

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Klinisk
allmänmedicin

1
1990

Specialist-
examen

Tillsammans blir vi starkare.



DISTALGESIC^B

Dextropropoxifen och paracetamol.

Tillsammans ger de bättre smärtlindring*

Dosera 2 tabletter×3.

 **DISTA PRODUCTS LTD**

En division i Eli Lilly Sweden AB

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

Δ 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 1990. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

Tabell: Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1990.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
2/90	22/1-90	14
3/90	26/3-90	23
4/90	18/5-90	37
5/90	13/8-90	42
6/90	10/9-90	47

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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

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

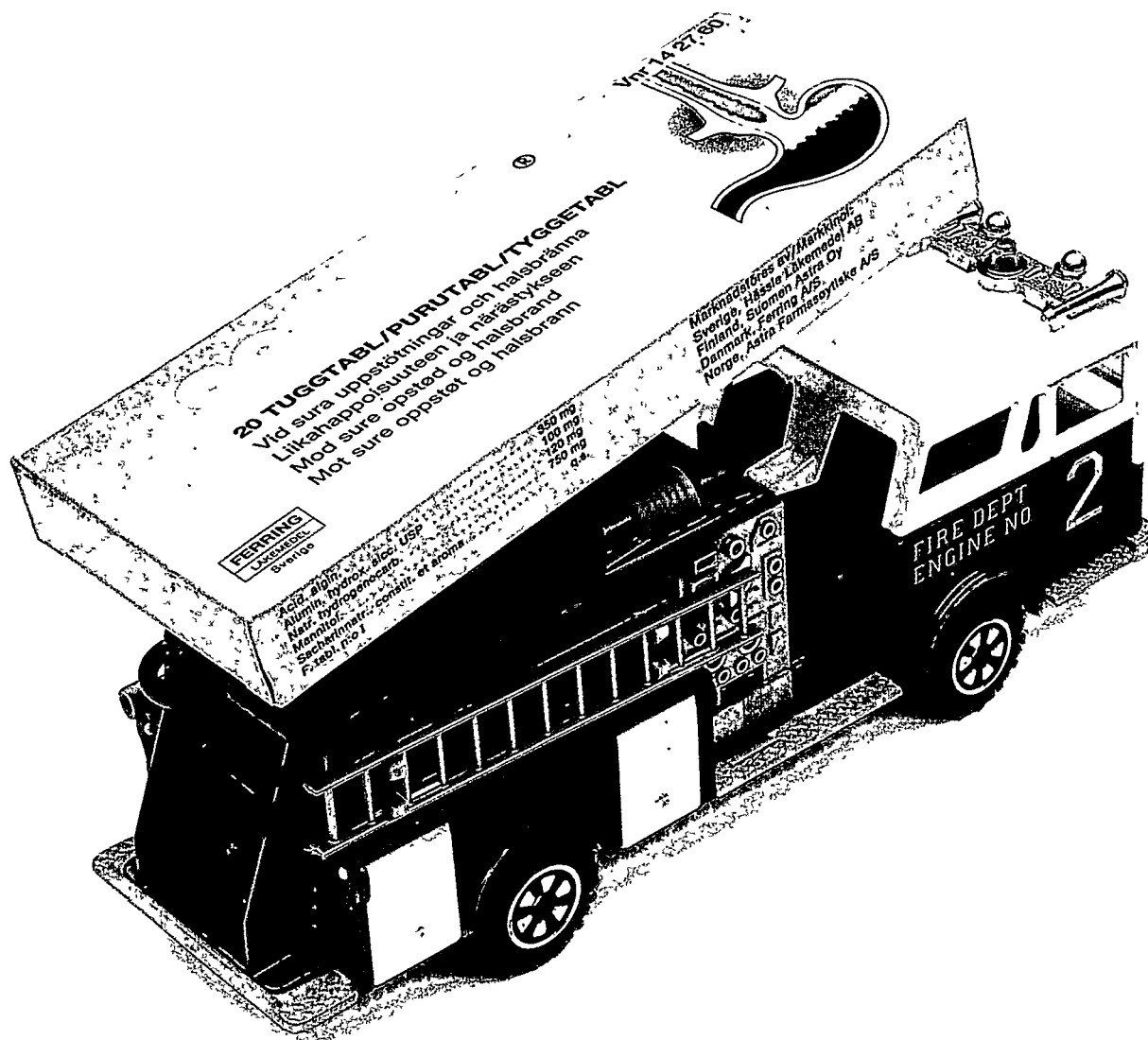
Prenumerationsavgift:
400 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmänmedicin).

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

Tryckt på miljövänligt papper hos
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1990

ISSN 0281-3513

Kalendariet	3
Ledare:	
Allmänläkarnas efterutbildning <i>Kenneth Widäng</i>	4
En vägvisare för primärvård och allmänmedicin	5
Nytt från SFAM:	
"Ansaret för äldreomsorgen" Remissvar	5
SFAMs lokala kontaktpersoner	8
WONCA NEWS	9
Databasen Spriline <i>Bo Henricson</i>	10
Specialistutbildningen:	
Milstolpe i svensk allmänläkarutbildning <i>Kenneth Widäng</i>	10
Debatt:	
En kärna eller hela frukten? <i>Ingemar Hermansson</i>	13
Allmänläkare och BVC <i>Bo Werner</i>	13
Om allmänläkare i allmänhet och distriktsläkare i synnerhet <i>Göran Westman</i>	14
Vi måste lära våra kroniska smärtpatienter att ta ansvar för sig själva! <i>Gunnar Engberg</i>	14
Klinisk allmänmedicin:	
Handläggning av tyreoidasjukdom i primärvården <i>Åke Andreasson</i>	16
Sjunker kobalaminnivån hos äldre astmatiker? <i>Anders Överby</i>	17
Medicinska och sociala konsekvenser av akut intermittent porfyri. Porfyriundersökning i Arjeplog 1989-90 <i>Christer Andersson</i>	19
Det kom ett brev ... <i>Hundar får också hjärtinfarkt</i>	20
 Apoteksbolaget	21
Arbetsmiljö:	
Upplevelse av symtom på utbrändhet - en jämförelse mellan sjuksköterskor i privat och offentlig vård <i>Birgit Andersson, Ingrid Hesselid, Karin Westin</i>	25
Alternativ vård:	
Vistelse på Tallmogården - ett försök att utvärdera behandlingseffekten <i>Inger Örstig</i>	28
Prevention:	
Stort behov av utbildning i prevention av hjärt/kärlsjukdom <i>Mai-Lis Hellénus</i>	31
Miljö och hälsa:	
Hur påverkas våra levnadsvanor tre år efter Tjernobylolyckan? <i>Göran Fahlén, Leif Hammarström</i>	34
Dagboken:	
En novembervecka <i>Britt Asplund</i>	36
Invandrare och primärvård:	
Sjuk- och hälsovård för invandrare Från Rinkeby till London - rapport från en studieresa <i>Monica Löfvander</i>	38
Recensioner:	
Mörk Hansen T. Rheumatology <i>Leopold Recht</i>	32
Thune Jacobsen E. Børn i sundhedsvæsenet - om organisation af den sundhedsmæssige indsats i sygehusvæsen og primær sektor <i>Anders Håkansson</i>	35
Almind G, Bruusgaard D, Bentzen N, Hovelius B. (Red) Forskning i nordisk allmenmedisin <i>Peter Olsson</i>	41
Matell G, Reichard H. Akutmedicin <i>Anders Håkansson</i>	42
Jonsson C-E. Brännskador <i>Ann-Britt Zackrisson, Elisabeth Meyer</i>	42
Författarregister 1989	42



Skumsläckningsmetoden mot halsbränna.

Gaviscon® är det enda specifika antirefluxmedlet. Det innehåller alginsyra som reagerar med syran i ventrikeln och bildar en skummande viskös gel, vilket motverkar att surt maginnehåll stöts upp.

Gaviscon® ger inga systemeffekter utan

fungerar genom sin sammansättning enbart som antirefluxmedel med lokal effekt.

Gaviscon® finns som mixtur, tugg-tabletter och avdelade pulver.

gaviscon[®]
alginat
det specifika antirefluxmedlet

KALENDARIUM

1990 MARS

□ **12–14 mars.** Kurs i näringslära, LIDINGÖ.

Information: Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, S-111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **17–24 mars.** Kurs om sjukdomar och skador i vintermiljö, Riksgränsen.

Information: Harriet Britth eller överläkare Torbjörn Messner, Lasarettet, Box 805, 981 28 Kiruna. Tel 0980-122 20 vx.

□ **19–22 mars.** Kurs i epidemiologi, HUD-DINGE.

Information: Apotekarsocieteten, Box 1136, S-111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **20–22 mars.** FHV Konf & Fackmässa, Människan i ett föränderligt arbetsliv, Älvsjö/Stockholm.

Information: Stockholmsmässan i Älvsjö, Mässv 1, 125 80 Stockholm. Tel 08-749 44 02.

□ **24–31 mars.** Grundkurs resp Påbyggkurs i Idrottsmedicin för läkare, Vålådalen. *Information:* Artur Forsberg, GIH. Tel 08-23 37 20, eller Britt-Inger Jonsson, Sveriges Riksidrottsförbund. Tel 08-713 61 58.

□ **30 mars.** Sydsvenska Allmänläkarklubben. Vårsmöte i Markaryd.

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

APRIL

□ **1–5 april.** 7th World congress on tobacco and health, Perth, Australien.

Information: The Secretariat, 7th World Conference on Tobacco and Health, Locked Bag No 1, Post Office Northbridge, Western Australia 6000.

□ **1–6 april.** 6th Triennial congress of the international association for the study of pain, Adelaide, Australien.

Information: IASP, 909 NE 43rd Street, Rm. 306, Seattle, WA 98105-6020, USA.

□ **2–4 april.** Symposium on self-medication – consumer aspects, Stockholm.

Information: Anne-Marie Johansson eller Ingegerd Kalles, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08-24 50 85.

□ **2–12 april.** Course: The clinical medicine of later life: the scientific basis of practice, Oxford, Storbritannien.

Information: The British Council.

□ **3–4 april.** Svensk Förening för Sterilisering och Sjukhushygien: Årliga studiedagar, hotell Stenungsbaden, Stenungsund, Bohuslän. Tema: Nosokomiala pneumonier och mat som sjukhushygieniskt problem. Dessutom kommer aktuella mikrobiologiska problem som HIV, streptokocker och MRSA att diskuteras liksom olika renhetsgrader (rent, desinfekterat, sterilt) inom sjuk- och tandvård.

Inbjuden gästföreläsare är prof Don Craven, City Hospital and University, Boston, USA, som talar om hur man förhindrar uppkomst av nosokomiala pneumonier.

Fullständigt program och övrig information erhålles från Kongresshuset AB, Östra Hamngatan 45, 411 10 Göteborg, tel 031-10 15 80. Sista anmälningssdag 16 februari 1990.

□ **5–6 april.** Primärvård i praktiken. Rikskonferens i Borgholm, Öland, för distriktsläkare och distriktsköterskor. *Arrangör:* Kalmar läns landsting.

Information: Personalutbildningen, Kalmar läns landsting, tel 0480-841 62 eller 841 20.

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.

□ **21 april.** Vårsmöte för Stockholms Allmänläkarklubb.

Tema: Ögat i primärvården.

Information: Lena Karlberg, Sollentuna vårdcentral. Tel: 08-96 81 00.

□ **25–28 april.** 24th Annual meeting of the European society for clinical investigation, Maastricht, Nederländerna.

Information: Dr A C Niewenhuyzen Krusen, Academic Hospital Maastricht, PO Box 1918, 6201 BX Maastricht, Nederländerna.

MAJ

□ **9–11 maj.** Sv Företagsläkarföreningens årsmöte, Örebro.

Information: Barbro Nordenhäll, Munkfors-hälsan. Tel 0563-160 00 eller Ulla-Britt Thorsell, SFLF, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel 08-790 33 86.

□ **10–12 maj.** SFAMs/Distriktsläkarföreningens Vårsmöte, Östersund.

Information: Birgitta Berger eller Kaj Norrby, Jämtlands läns landsting, Box 602, 832 01 Frösön. Tel 063-14 76 27 eller 14 76 29.

□ **10–13 maj.** Kvinnor Kan-Mässan, Västerås.

Vårdseminarier:

11 maj "Kvinnors tysta åkommor".

12 maj "Vem skall leda värden?"

13 maj "Kvinnor i manlig yrkesroll".

Information: Kvinnor Kan till 1000, Stadshuset 9 vån, 721 87 Västerås, 021-16 29 00.

□ **14–19 maj.** World congress of biomedical communication, Köpenhamn, Danmark.

Information: Multinational Meetings Information Services BV, J W Brouwersplein 27, PO Box 5090, 1007 AB Amsterdam, Nederländerna.

□ **20–25 maj.** 8th International congress on circumpolar health, problems and solutions in the north, Yukon, Canada.

Information: 8th International Congress on Circumpolar Health, 801-750 Hervis St Vancouver, B.C., Canada, V6E 2A9.

□ **?? maj.** 43rd World Health Assembly, Genève.

Information: World Health Org, Ave Appia 27, CH-1211 Genève.

□ **27 maj–1 juni.** XXIVth World congress on sports medicine, Amsterdam, Nederländerna.

Information: Sports Medicine Congress Secretariat, PO Box 90, 6860 AB Oosterbeek.

□ **28–31 maj.** Int Society for the Prevention of Iatrogenic Complications, Elsinore, Danmark.

Information: Secr, ISPIC, Univ of Copenhagen, 21 Blegdamsvej, DK-2100 Köpenhamn Ø.

JUNI

□ **4–7 juni.** World congress on sport for all, Tammerfors, Finland.

Information: Joel Juppi, Finnish Soc for Research in Sport and Physical Education, Stadion, SF-00250 Helsingfors, Finland.

□ **4–7 juni.** Self-Medication Meeting, the Challenges of the 1990s, Rom.

Information: AESGP, 70 rue du Gouverneur Général Eboué, F-92130 Issy les Moulineaux/Paris.

□ **5–15 juni.** Residential course: Epidemiology and field research methodology, UMEÅ.

Information: Maria Emmelin (sekr). Dept of Epidemiology and Health Care Research, University of Umeå, S-901 87 Umeå. Tel 090-10 27 69.

□ **6–9 juni.** VITEC – Mässa för sjukvård och handikapp, Göteborg.

Information: Överl Olof Lyngstam, tel 031-84 04 90, Allmänmedicinskt centrum i Göteborg eller VITEC, Sv Mässan, Anitha Asplind. Tel 031-1091 00.

□ **17–20 juni.** The 7th International Conference on Quality Assurance in Health Care.

Information: L Laurén, Hematology Laboratory, Karolinska sjukhuset, 104 01 Stockholm.

AUGUSTI

□ **13–17 augusti.** 18th European Conference on Psychosomatic Research, Helsingfors.

Information: Conf secr, The 18th European conf on psychosom res, Conf off, Congr managem systems, PO Box 189, SF-00171 Helsingfors.

□ **20–24 augusti.** 9th Congress of the European Federation for Medical Informatics, Glasgow.

Information: Multinat Meet's Info Services BV, PO Box 5090, NL-1007 AB Amsterdam. Tel 020-64 88 51.

SEPTEMBER

□ **26–29 september.** American Academy of Family Physicians, Annual Scientific Meeting, Washington DC.

Information: AAFP, 8880 Ward Parkway, Kansas City, Missouri 64114-2797, USA.

OKTOBER

□ **Okt/nov.** 42nd World Medical Assembly, Rancho Mirage, USA.

Information: Mr Angel Orozco, Exec Dir, World Med Ass, 28 ave des Alpes, F01210 Ferney-Voltaire, Frankrike.

NOVEMBER

□ **28 november–1 december.** WONCA European Regional Conference, Alicante.

Information: Dr Silvia Ayala Luna, Secr, SEM-FYC, C/-Fuencarral, 41 3o Izq Desp 3, E-28004 Madrid, Spanien.

1991

MAJ

□ **Maj.** 44th World Health Assembly, Genève.

Information: World Health Org, Ave Appia 27, CH-1211 Genève.

□ **9–15 maj.** 13th WONCA World Conference on Family Medicine, Vancouver.

Information: Dr Reg Perkin, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario M2K 2R9, Kanada.

KONSULTATIONSLÄKARE

Sedan något år tillbaka finns det kolleger, kallade konsultationsläkare, som personligen kan bistå i händelse av att ärenden kommer upp i läkarnas ansvarsnämnd. Konsultationsläkarna i allmänmedicin är erfarna distriktsläkare som med sin mångåriga yrkes- och livserfarenhet åtagit sig att ställa upp som stöd och rådgivare åt kolleger, som i händelse av anmälan till ansvarsnämnden skulle vara i behov av ett sådant stöd. Kontakt med konsultationsläkarna får man via Läkarförbundet (Jan Schöldström, sekr i Läkarförbundets ansvarsråd). Servicen är kostnadsfri för medlemmar i Läkarförbundet. Broschyren "Om jag blir anmäld" kan också rekvideras från Läkarförbundet, telefon 08-790 33 00.

Allmänläkarnas efterutbildning

LB0 6442

Allmänläkaren arbetar på ett brett verksamhetsfält. Kunskapsutvecklingen inom olika delområden är snabb och ibland svåröverskådlig. Detta ställer utomordentligt stora krav på en fungerande efterutbildning.

Behov

Eftersom allmänläkararbetet utnyttjar kunskaper från såväl den somatiska medicinen som beteendevetenskap i vid bemärkelse behöver efterutbildningen sprida ny kunskap från en mängd olika delområden. Dessutom är allmänmedicinen beroende av samhället och samhällsförändringar såsom socialförsäkring, organisation av den sociala äldre vården, familjeförhållande, boendeförhållande. Ja, listan kan göras mycket lång.

Med viss schematisering kan man avgränsa fyra specifika områden för efterutbildning. Nyheter inom den *somatiska organmedicinen*, *beteendevetenskap* med interaktion mellan individer, i grupper och mellan grupper, *samhällsmedicin* med epidemiologi och sist men inte minst framsteg och utveckling inom den *kliniska allmänmedicinen*, som utgör en unik sammanställning av allt detta.

Somatisk organmedicin

Efterutbildningsutbudet är relativt brett. Inom detta område förekommer aktiviteter som lokalt vårdprogramarbete, lokala föreläsningsserier av organspecialister för allmänläkare, kvällsföredrag och tvådagarskurser arrangerade och sponsrade av läkemedelsindustrin med framstående organspecialister som föredragshållare. Till detta kommer merparten utav de kurser som arrangeras av provinsialläkarfonden.

Beteendevetenskap

Här ser situationen ganska annorlunda ut. En kurs hos provinsialläkarfonden, ett fåtal tvådagarskurser med läkemedelsindustrin som sponsorer och såvitt mig bekant nästan inga lokala aktiviteter. Kursutbudet är ofta bundet till enstaka entusiaster och utan direkt förankring i aktuell beteendevetenskaplig forskning.

Samhällsmedicin

På senare år har utbudet med omfattande kurser på detta område kommit till med anknytning till Nordiska Hälsovårdshögskolan men även flera utav universiteten. Detta kursutbud är huvudsakligen av ganska omfattande karaktär med månads- till årslånga studietider och kan sägas ha mer vidareutbildnings- än efterutbildningskaraktär.

Klinisk allmänmedicin

Inom fördjupad handledarutbildning som har bedrivits på några ställen har ämnet kommit upp liksom i någon enstaka veckokurs organiserad av Socialstyrelsen. Regelbundet återkommande är SFAM:s vår- och höstmöte, allmänmedicinska sektionen på Riksstämman och internationella kongresser.

Finansiering

Största delen av kostnaderna för efterutbildning utgörs av löne-medel och faller alltså på landstingen och på privatpraktiserandes eget företag. De medel som styr kursernas innehåll kommer däremot från andra håll, provinsialläkarfonden, läkemedelsindustrin, universiteten och högskolorna, Läkarsällskapet och SFAM.

Sammanfattande bedömning av nuläget

Allmänläkarnas efterutbildning sker genom ett brett utbud av kurser arrangerade från många olika håll. Endast inom området den somatiska organmedicinen är dock utbudet någorlunda motsvarande behovet och man blir ju i detta sammanhang närmast förskräckt när man ser att samhället i form av provinsialläkarfonden också i huvudsak satsar sina pengar inom detta område. Alldeles uppenbart saknas en allmänläkarledd planering för att balansen i efterutbildningen skall motsvara behoven i allmänläkarnas arbete.

Önskemål för framtiden

Envar allmänläkare ges rättighet (och med detta borde följa åtminstone en moralisk skyldighet) att ägna tre arbetsveckor per år åt egen efterutbildning. En av dessa veckor innehåller olika mer eller mindre lokala korta utbildningsinsatser och de två andra regionala och centralt anordnade genomtänkta efterutbildningar. En grupp allmänläkare bör ges uppdrag att kvalitetsgranska det regionala och centrala kursutbudet och avgöra om det kan införas i en två gånger om året utkommande katalog med efterutbildningskurser för allmänläkare. Det är härvid viktigt att en helt annan balans skapas i kursutbudet än vad som föreligger för dagen. Alltså ett större inslag av beteendevetenskapliga kurser, tillskapande av korta samhällsmedicinska och epidemiologiska kurser och kanske allra viktigast, genomtänkta återkommande efterutbildningskurser inom klinisk allmänmedicin.

Kurser i klinisk allmänmedicin kan ha ett mångskiftande innehåll. Här

några tänkbara exempel på kursinnehåll:

Konsultation – kommunikationsteori, kroppsspråk, terapeutisk hållning och framför allt praktisk övning under trygga förhållanden. Videotekniken har ju gett helt nya möjligheter för fördjupning i konsultationsteknik.

Konsultationens yttre ram – vad betyder lokalen, hur använda hembesök, tidsramar, mottagningslokalernas utformning.

Samverkan – med länssjukvård, försäkringskassa, arbetsvård, socialtjänst och hemtjänst. På vems villkor? Patientens ställning? Läkaren, patientens advokat eller samhällets företrädare?

Vårdorganisation – befolkningsansvar, kontinuitet och tillgänglighet – går de att förena? Och till vilket pris?

Detta var ett axplock av det jag först associerar till som ett tänkt kursutbud i klinisk allmänmedicin, men naturligtvis kan exemplen mångfaldigas och min förhoppning är att en bred diskussion kommer till stånd om allmänläkarnas efterutbildning, framför allt inom allmänläkargruppen. De yttre ramarna som finansieringen och behovet av efterutbildning behöver även diskuteras av tillsynsmyndigheten, statsmakten och allmänläkarnas arbetsgivare.

I denna framtidsönskan förefaller det självklart att de medel som provinsialläkarfonden disponerar kommer till användning. Jag tror också att det är klokt av allmänläkarnas arbetsgivare att tillskjuta medel för en efterutbildningsfond. Man betalar redan nu alla löne-medel så att en sådan kostnad kan betraktas som marginell men betyda mycket för kvaliteten i efterutbildningen. Läkemedelsindustrin kan säkert också bidra inom de områden av efterutbildningen som är intressanta ur industrins synpunkt. Enligt min uppfattning är det viktigt att allmänläkarnas vetenskapliga förening tar en ledande roll i den framtida efterutbildningen.

Kenneth Widäng

En vägvisare för primärvård och allmänmedicin

130 6443

Kjell Lindström, distriktsöverläkare vid Habo vårdcentral, tilldelades i december 1989 års Gunnar Rosell-pris, Aftonbladets medicinpris. Han är den förste inom primärvård-allmänmedicin som hedrats med konstnären Bengt Liljedahls silveräpple. Juryn bestod av förra årets pristagare, professor Jerzy Einhorn, Radiumhemmet, Aftonbladets chefredaktörer Rolf Alsing och Thorbjörn Larsson och medicinske reportern Gunnar Rosell.

Motiveringen löd:

"Genom ett långvarigt, hårt och målmedvetet arbete har Kjell Lindström, tillsammans med sin personal, visat hur sjukvårdens spjutspets, primärvården, ska byggas upp och bli effektiv för att få allmänhetens patienternas förtroende. Den modell han skapat motsvarar alla de krav som vi har rätt att ställa på den gren av sjukvården som har förstahandsansvaret för vår hälsa: att väl ta hand om de sjuka och arbeta kraftfullt med förebyggande åtgärder mot ohälsa.

Genom sitt engagemang och sin vidsynthet har årets pristagare också skapat en arbetsmiljö där personalen trivs och tror på verksamheten – den bästa garantin mot den vakanskarusell som nu råder inom stora delar av dagens primärvård."

Gunnar Rosell om pristagaren:

"Han ser till att patienterna blir väl medicinskt omhändertagna, han jobbar hårt med förebyggande hälsovård och är lyhörd för de krav som befolkningen ställer på primärvården. Denna viktiga gren inom hälso- och sjukvården befinner sig i kris i stora delar av landet och den främsta anledningen är bristen på doktorer. I Habo har den initiativrike, energiske och handlingskraftige Kjell Lindström visat hur primärvården kan fungera när den är som bäst. En värdig pristagare och vägvisare för den offentliga vård som bedrivs utanför sjukhusen."

SFAM och AllmänMedicin gratulerar sin lokale kontaktperson i Skaraborg!



Foto: Kaj Rehn.

Nytt från SFAM

130 6444

"Ansvar för äldreomsorgen"

Remissvar

Svensk Förening för Allmänmedicin har tagit del av och givits tillfälle yttra sig över äldrelegationens rapport "Ansvar för äldreomsorgen", och vill lämna följande yttrande.

Föreliggande rapport har i uppgift att peka på möjligheter att utveckla innehållet och förbättra samverkan mellan de två huvudmännen inom äldreomsorgen, att förtydliga ansvarsförhållandena, och att analysera konsekvenserna av en förändring.

Motivet för utredningen är upplevda brister inom äldreomsorgen inom framförallt storstadsområdena. Istället för att då analysera och dra erfarenheter av det betydande utvecklingsarbete som skett runt om i landet, och lett till väl fungerande äldrevård med gott samarbete och effektiv samlad resursanvändning, och peka på möjligheter att sprida dessa erfarenheter i landet, förordar utredningen, utan att diskutera konsekvenserna av det, en radikal omorganisation. Man väljer att föreslå att än en gång starta från noll istället för att bygga vidare

från en plattform av kunskap och erfarenhet.

För en fungerande hemsjukvård och medicinsk tillsyn vid servicehus och ålderdomshem krävs en fungerande primärvård. Denna vårdnivå föddes i ett gemensamt utredningsarbete av Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen för endast drygt tio år sedan. Dess utbyggnad har aldrig blivit sådan den föreslogs, bland annat beroende på brist på distriktsläkare. I synnerhet inom storstadsområdena har vårdnivåns etablering och utveckling försumrats. De så kallade honnörsorden befolkningsansvar, helhets-syn, kontinuitet, primärt ansvar, närhet har inte kunnat omsättas i praktiken.

För äldrevården gäller en utveckling som innebär att fram till år 2000 kommer andelen personer över 80 år att öka med 50%. Dessa pensionärer kommer att ställa avsevärt högre anspråk på omhändertagande, och då i synnerhet i samband med sjukdom. Samtidigt brottas hem- och åldrings-sjukvård i alla dess former med avse-

värda problem att rekrytera och behålla personal såväl på kommun- som landstingsidan.

Ett centralt problem har varit bristen på anpassade boendeformer för äldre och sjuka. Inom områden där man tagit gemensamt ansvar för att analysera behov, skapa "rätt" boende, och samarbeta, har man fått en fungerande äldrevård, eller är på väg att få. Som exempel skall framhållas de sk Sundsvalls-studierna.

Med denna bakgrund är det anmärkningsvärt att utredningen vill förordna en omorganisation som slår sönder primärvården, och därmed underkänner tankarna bakom honnörsorden. Man skiljer ut undersköterskorna i äldrevården från sina arbetsledare distriktssköterskorna, som blir väsentligen friställda från sin idag väsentligaste patientgrupp. Man vill ställa sköterskor inom äldrevården (kommunanställda) utan fast stöd bland distriktsläkarna. Kort sagt vill man splittra upp sjukvården enligt nya gränser, så att nya samarbetsformer måste skapas, etableras och utvecklas.

☞ För att undvika missförstånd vill vi klart deklarera att vi delar utredningens uppfattning att det sociala synsättet behövs inom äldreården, och att principen om de äldres och sjukas rätt till egen bostad, rätt att själv bestämma över sitt eget liv och att ta eget ansvar är viktiga. Men det ger oss inte rätt att äventyra den medicinska kvaliteten i omhändertagandet inom äldreården. När ohälsa komplicerar tillvaron behövs sjukvårdens tradition att kortvarigt överta ansvar, att agera inte om en dag eller när man lyckats lösa personalproblem, utan i samma timme. Och då är personkännedom, upplevelse av primärt ansvar, kontinuitet och närhet väsentliga förutsättningar för god och mänsklig vård.

Vi önskar punktvis anföra specifika synpunkter på rapporten enligt följande.

1. Av de förslag som rapporten innehåller kan vi ansluta oss till det som gör kommunen ansvarig för boendet för de äldre, inklusive sjukhem. Det mesta av svårigheter då det gäller att få äldre och äldre sjuka i rätt boendeform har varit brister här. Ett klart utpekad ansvar är viktigt.

2. Utredningens totala brist på analys av konsekvenser vad gäller den medicinska kvaliteten inom äldreården med den föreslagna nya organisationen är oacceptabel. Konsekvenserna såväl på primärvårdsnivå som inom akutsjukvården måste analyseras, i synnerhet övergången mellan nivåerna.

3. Den nuvarande distriktssköterskerollen slås sönder. Återkommande i de hälsokontrollundersökningar som genomförts på många håll i landet är i vilken stor utsträckning personer över 75 år har kontakt med och känner "sin" distriktssköterska. Dessa kontakter kommer nu att brytas i samband med flyttning till institution. De gamla kommer att, i en situation då de som bäst behöver tillgång till etablerade vårdkontakter med god kompetens, tvingas hålla tillgodo med lägre medicinsk kompetens, och måste i en stressituation bygga upp relationer till nya människor.

Risken är stor att utarmningen av distriktssköterskerollen gör yrket mindre attraktivt. Om vi drar parallellen med den svåra rekryteringssituationen många långvårdskliniker befinner sig i vad gäller sköterskor, så tror vi att de speciella äldre sjukvårdstjänsterna, (ett ensamarbete med dåligt medicinskt stöd från läkare som känner patienterna ofullständigt) knappast blir lättare att besätta.

4. Utredningen saknar varje försök till konsekvensanalys eller åtminstone ansträngning att diskutera vilka problem omstruktureringen i sig för med sig. Den process det innebär att ställa om vården för de äldre efter nya gränser, skapa nya samverkansvägar och bygga upp fungerande vårdkedjor berörs inte med ett ord. Hur reagerar

den personal som i nuläget med ansvar och entusiasm ser till att det fungerar i äldreården när dess ansträngningar underkänns? Orkar man börja om på nytt? Utbildningsinsatser i samband med omställningen behövs – vem gör jobbet medan man utbildar? Vad kostar det? Hur behåller man kompetent personal?

5. Redan i dagsläget är det svårt att rekrytera sjukgymnaster och arbetsterapeuter, och möjligheterna att rekrytera dem till insatser enbart inom äldreomsorgen måste bedömas som små. Även detta förhållande talar för att äldreården får en bättre kvalitet i en sammanhållen primärvård, som har helt andra möjligheter att rekrytera dessa eftertraktade personalkategorier.

6. Då det gäller nya ekonomiska regler ser vi svårigheter. Vem tar ställning till om en patient är klinikfärdig? Hur klarar sig äldreårddssköterskan från kommunen i en diskussion med en akutvårdsläkare? Vilken frihet att fatta det optimala beslutet ur medicinsk synpunkt kommer den till kommunens ålderdomshem inhyrda landstingsanställda distriktsläkaren att ha? Vilka möjligheter får de små kommunerna att leva upp till ett lagstadgat ansvar enligt utredningens förslag? Kommer Hälso- och Sjukvårdslagens påbud om rätt till lika vård verkligen att gälla i hela landet och för alla åldrar?

7. Möjligheter finns att kommunerna inte klarar av att bygga upp sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeutresurser till erforderlig nivå för att klara sitt nya ansvar. Skall då vårdcentraler och sjukhusen, det vill säga landstinget, betala priset för detta misslyckande? En insats beräknad till idag 22 miljarder kronor i en omstruktureringsprocess som inte är genomanalyserad och baserad på kunskap och erfarenheter ger snarare intryck av roulettspel än målinriktad utveckling under ansvar.

8. Utredningen anger att kommunerna skall ha möjlighet att välja att köpa tjänster från landstingen för att fullgöra sjukvårdande uppgifter i människors hem. Varför vill man då först organisera sönder den i detta sammanhang viktigaste resursen – primärvården?

Avslutande kommentar

Rapporten från äldredelegationen är ett dåligt förslag att på pappret lösa ett problem som inom vissa delar av Sverige, kanske i synnerhet i Stockholmsregionen, upplevs som stort. På andra håll i landet känner man inte ens till dess existens.

Inom äldreården har man tidigare talat om kompetensprincipen, där kommunen står för sociala insatser, inklusive boende, och landstinget med primärvården som sin yttersta länk för de medicinska insatserna. Inom området där den nuvarande utvecklingen

slagit fel beror det nästan alltid på att man gjort avsteg från denna princip och låtit landstingshuvudmannen ta ansvar för boende på sjukhem och långvårdskliniker. Likaväl som man inom omsorgsvården nu snabbt överför ansvaret för boendet från landstinget till kommunen torde man kunna renodla kompetensprincipen inom äldreården. Däremot ser vi inga skäl att överföra sjukvårdsresurser till primärkommunen.

Ett sådant avsteg från kompetensprincipen, men nu åt andra hållet, kan med stor säkerhet förutses ge lika svåra gränsdragningsproblem som det tidigare avsteget gjort. Kanske rent av större, eftersom landstinget trots allt hade en viss erfarenhet av att organisera sjukhems- och långvårdsboende medan kommunerna i dagsläget, med ett i sammanhanget oväsentligt undantag för skolhälsovården, helt saknar erfarenhet av sjukvård och kompetens inom sjukvårdsområdet.

Sammanfattning

– Renodla kompetensprincipen inom äldreomsorgen. Ge primärkommunerna ansvar för boende och sociala insatser.

– Behåll nuvarande medicinska öppenvårdsresurser – primärvården – intakt.

– Bygg framtidens äldreomsorg på befintlig kunskap, men stimulera kraftfullt till gemensamt utvecklingsarbete för huvudmännen tillsammans.

– I den mån långsiktiga huvudmannaskapsfrågor skall aktualiseras – gör det med ett samlat grepp och under lugna former.

För Svensk Förening för Allmänmedicin

Mats Ribacke

Ordförande

SFAM-Norrbotten

I samband med Norrbottens läns läkarförenings höstmöte den 14 oktober 1989, bildades SFAM-Norrbotten. Vi tyckte att behovet av lokalföreningar av SFAM blev tydligt vid SFAM:s årsmöte i Gävle hösten 1988 och har sedan dess haft en arbetsgrupp som förberett bildandet av en lokalförening i Norrbotten. Till styrelsen för SFAM-Norrbotten valdes Ulf Måwe (Luleå), Ingemar Nilsson (Piteå), Björn Olsson (Luleå), Meta Wiborgh (ordf Luleå) och Kenneth Widäng (Boden).

Meta Wiborgh

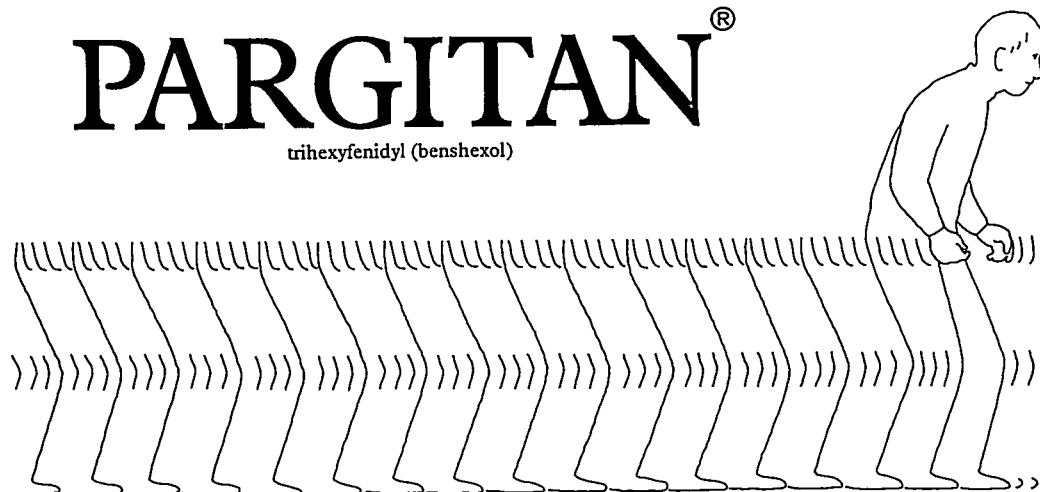
Kommunhälsan

Köpmangatan 40 A

951 32 Luleå

PARGITAN[®]

trihexyfenidyl (benshexol)



Antikolinergika vid Parkinsons sjukdom

I komplikationsfasen, t ex vid "on-off"-fenomen, kan antikolinergikas egenskaper utnyttjas.

Även vid behandling av biverkningar framkallade av neuroleptika

Neuroleptika kan framkalla akuta extrapyramidala biverkningar av typ pseudo-parkinsonism, akatisi (motorisk rastlöshet) och akuta dystonier. Samtliga dessa biverkningar kan behandlas med antikolinergika.

PRISJÄMFÖRELSE

		AUP per 100 st förp	DDD	AUP/ DDD
AKINETON	2 mg tabl	54,00 kr	10 mg	2,70 kr
DISIPAL	50 mg tabl	30,10 kr	200 mg	1,20 kr
	100 mg tabl	52,60 kr	200 mg	1,05 kr
PARGITAN	5 mg tabl	48,50 kr	10 mg	0,97 kr
PARGITAN MITE	2,5 mg tabl	29,80 kr	10 mg	1,19 kr

Priset per DDD (definierad dygnsdos) för Pargitan i 100-förpackning är avsevärt lägre än för övriga antikolinergika i motsvarande förpackning.

OBS! Får ej ges till patienter med begynnande eller manifest demens. Särskild försiktighet tillråds därför vid behandling av äldre personer. Vidare finns risk för urinretention hos patienter med prostatism samt obstipation och muntorrhet (positiv effekt vid riklig salivation).

För övrig information se FASS.

Referens: Läkemedelsboken 89/90, Apoteksbolaget.

KABI

Pharma

Telefon 08-705 40 00

SFAMs lokala kontaktpersoner

BLEKINGE	Kennert Lenhoff DLM Källev 12 370 20 Lyckeby 0455-889 00	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
GOTLAND	Claes Jonsson Korpens VC, Brömsebrov 8 621 23 Visby 0498-680 00	MEDELPAD	Markus Kallioinen VC Centr, Skönsbergsv 1 852 50 Sundsvall 060-17 33 50
GÄVLEBORG	Mats Ribacke Sätra HC, Sicksackv 34 803 33 Gävle 026-15 74 80 Bo Bergstad Läkarmott, Staketg 32 803 11 Gävle 026-18 04 00	NORRBOTTEN	Björn Olsson Hertsö VC, Box 843 951 28 Luleå 0920-665 00
GÖTEBORG	Olle Lyngstam Allmänmedicinskt centrum Redbergsv 6 416 65 Göteborg 031-84 01 70	SKARABORG	Kjell Lindström Habo vårdcentrum, Box 204 566 00 Habo 036-410 00
HALLAND NORRA	Lars Nilsson VC Särö 430 40 Särö 031-93 60 10	STOCKHOLM Västra	Göran Sjönell Kvartersakuten, Surbrunnsg 66 113 27 Stockholm 08-729 10 21
HALLAND SÖDRA	Krister Haglind Läkarmott Parkv 4 313 00 Oskarström 035-612 00	STOCKHOLM Sydvästra	Ylva Tomson Vårby VC, Solhagav 8 143 00 Vårby 08-740 53 45
JÄMTLAND	Kaj Norrby Hoverberg 2060 840 40 Svenstavik 0687-123 54	STOCKHOLM Södra	Conny Svensson Lagårdsv 4 131 50 Saltsjö-Duvnäs 08-718 12 47
JÖNKÖPING	Lars-Erik Adolfsson Bankeryds VC, Box 83 564 01 Bankeryd 036-10 38 00	STOCKHOLM Nordvästra	Anna Källkvist VC Kronan 172 83 Sundbyberg 08-98 91 00
KALMAR	Birgitta Björkman DLM, Stureg 22 A 593 01 Västervik 0490-166 00	STOCKHOLM Nordöstra	Ylva Roth VC Korallen, Åby gata 6 186 36 Vallentuna 0762-856 00
KOPPARBERG	Leif Giesing DLM, Lasarettet 791 82 Falun 023-822 48		Lars Nordberg Mörby VC, Box 48 182 11 Danderyd 08-55 73 50
KRISTIANSTAD LÄN	Åke Bengtsson VC Storgatan 295 00 Bromölla 0456-280 70	SÖDERMANLAND	Bernt Svensson VC City, Kungsg 39-41 631 88 Eskilstuna 016-10 30 00
KRONOBERG	Anders Håkansson VC Teleborg, Box 5044 350 05 Växjö 0470-888 00	UPPLAND	Iris Denstedt-Stigzelius Nyby VC, Topeliusg 18 750 19 Uppsala 018-17 75 01
		VÄRMLAND	Stefan Bernesjö Sjukhuset 671 80 Arvika 0570-131 00

VÄSTERBOTTEN

Ulla Söderström
Umeå VC, Box 10093
900 10 Umeå
090-15 80 00

VÄSTMANLAND

Göran Måwe
DLM Västra Sjukhuset
751 23 Västerås
021-16 55 00

ÅNGERMANLAND

Örjan Nilsson
Läkarst, Erstav 9
882 00 Långsele
0620-20 12 23

ÄLVSBERG NORRA

Bertil Marklund
VC Torpav 23
462 36 Vänersborg
0521-766 00

ÄLVSBERG SÖDRA

Peter Keiding
VC Uppegårdsg
516 00 Dalsjöfors
033-710 50

ÖREBRO

Lennart Holmqvist
Olaus Petri VC, Storg 33
703 63 Örebro
019-15 34 07

ÖSTERGÖTLAND

Göran Sommansson
Skogsfrid VC, Vestmansg 18
582 46 Linköping
013-11 19 80

SVENSK FÖRENING
FÖR ALLMÄNNMEDICIN
STYRELSEN 1989-1990

ordförande

Mats Ribacke
Sätra Hälsocentral
Sicksackvägen 34
803 33 GÄVLE
026-17 70 40

vice ordförande

Christina Nerbrand
Vårdcentralen Gripen
Box 547
651 12 KARLSTAD
054-10 66 14
054-19 41 04

vetenskapl sekr

Calle Bengtsson
Allmänmed institutionen
Redbergsvägen 6
416 65 GÖTEBORG
031-84 01 70

facklig sekr

Dag Domeij
Primärvårdsledningen
581 85 LINKÖPING
013-19 26 69
19 26 61 sekr

skattmästare

Anna Källkvist
Vårdcentralen Kronan
172 83 SUNDBYBERG
08-98 91 00

Elisabeth Jaenson

Vårdcentralen Granen
Grangatan 11
212 14 MALMÖ
040-33 54 20

Björn Olsson

Hertsö vårdcentral
Box 843
951 28 LULEÅ
0920-665 00

Lars Berg

Vårdcentralen Kronan
172 83 SUNDBYBERG
08-98 91 00

Cecilia Björkelund

Studenthälsovårdsmott
Suttings gränd 3
753 23 UPPSALA
018-15 50 50

WONCA NEWS

LB 0 8798

The present position and plans for
the future

WONCA NEWS at present is a relatively modest publication. Its full potential as the publicity vehicle for the World Organization of Family Doctors has not, as yet, been achieved.

The ideal situation of circulating it to all the individual members of Member Organizations, approximately 150,000, it obviously far beyond the financial resources of WONCA. Other avenues must be explored if this is to be achieved.

WONCA NEWS is a quarterly publication. It is printed as an inclusion in the International Journal, FAMILY PRACTICE, and so is received by the subscribers to this Journal. It is also produced as an identical but separate publication and circulated to all Member Organizations and to all Direct Members (at present of whom there are 452).

What is the purpose of the WONCA NEWS? This question was reviewed recently by WONCA Council. Its policy is, in broad terms.

- ★ To be an information vehicle, serving to distribute news for and about WONCA and its Member Organizations, and its individual members.

- ★ Provide factual information about medical education and organizations in various parts of the world, particularly if it is of a different or innovative nature.

- ★ That it include news of research activities, for example what is being done and how individual family doctors may become informed of or involved in research projects.

It is not intended that it should be a vehicle for the publishing of original research type articles or pure clinical material as this is beyond the resources of WONCA and more importantly there are already many other reputable journals serving these purposes.

Ideally every family doctors should have access to the information contained in WONCA NEWS. WONCA NEWS would then really be a source of information for family doctors the world over.

Currently, negotiations are under way to upgrade the publication to make it more attractive.

One obvious method of improving both presentation and distribution is to seek advertising, especially from

pharmaceutical and related organizations.

It appears that at an international level advertising support would be limited. This should not, however, be the case nationally. In line with this, the concept has been evolving of printing and distribution WONCA NEWS at a national level. The plan would be to provide each Member Organization with the same camera ready copy as used for the basic printing and publishing and the Member Organizations would seek national advertising. This would allow distribution to all individual members of Member Organizations without cost and with minimum effort to the Member Organizations who availed themselves of this opportunity.

We see this as quite an exciting concept and one which merits further investigation as to its acceptance and feasibility.

Member Organizations are requested to consider this, and if they are interested in the proposal, to investigate the possible availability of financial support through advertising at a national level.

David A Game, Editor, Wonca News

Databasen Spriline

BO HENRICSON

LB0 6445

Databasen Spriline är en väl etablerad informationskälla när det gäller böcker, tidskriftsartiklar samt utrednings- och forskningsdokumentation inom hälso- och sjukvårdsområdet. Spriline produceras av SPRI's bibliotek och utredningsbank.

Vid SPRI finns också en upplysningstjänst, som ger basfakta om svensk och internationell sjukvård, ger kortfattad information om pågående och avslutade utredningar och försöksverksamheter centralt och lokalt, samt hänvisar till litteratur, rapporter, organisationer och personer.

Spriline har i dag 18 000 referenser (september 1989) och en årlig tillväxt på 3 000 referenser.

Spriline bevakar följande ämnen: Byggnadsteknik, försörjning, hälsoekonomi, hälso- och sjukvårdsplanering, hälso- och sjukvård med samhällsvetenskaplig inriktning, landstingsfrågor, länssjukvård, medicinsk etik, medicinsk teknik, offentlig förvaltning, omvårdnad, personalfrågor, primärvård, regionssjukvård, sjukvårdsbyggnader, sjukvårdsorganisation, standardisering, utrustningsfrågor, vårdorganisation, vårdprogram, vårdstatistik, äldreomsorg.

Databasen startade 1983 och har varit sökbar on-line sedan 1984. Spriline har hittills saknat uppgifter om pågående projekt och hälsoupplysningsmaterial.

I samband med diskussioner om bättre tillgänglighet till hälsoupplysningsmaterial och samhällsmedicinska projekt startade som försöksprojekt vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg en databas som var sökbar vid QZ, Stockholms Datorcentral. Detta projekt pågick i tre år och var mycket uppskattat, men efter svårigheter att skaffa medel att vidareföra projektet,

lades databasen ner 1986 och övergick till att vara en lokal databas, ej sökbar utanför Kronan.

Då behovet av en databas av detta slag har varit och är stort över hela riket, har förhandlingar mellan initierade parter nu resulterat i att Spriline i framtiden kommer att vara värd för den information som tidigare producerades på Vårdcentralen Kronan.

På grund av speciella omständigheter kommer produktionen och en stor del av materialinsamlingen att ske i Arjeplog, dit projektet efter beslut av SPRI's styrelse den 21 september 1989 kommer att förläggas.

Vid produktionsenheten skall anställas personal, i början en chef och ytterligare två bibliotekarier, som skall indexera och mata in materialet. Dessutom skall man utveckla databasen i takt med nya tekniker, således att basen så småningom kan erbjuda service till en bredare kundkrets, både vetenskapligt och populärvetenskapligt inom alla de ämnesområden som Spriline täcker. Många utvecklingsbara idéer finns redan och samarbete med andra samhällssektorer och företag är möjligt i en inte så fjärran framtid.

Materialinsamlingen kommer att ske, dels via Socialstyrelsen som kommer att samla in allt hälsoupplysningsmaterial, dels via SPRI, och slutligen skall Spriline produktionsenhet själv ansvara för insamlingen av uppgifter om pågående projekt inom hela hälso- och sjukvårdsområdet.

Även i fortsättningen kan man beställa dokumentationen on-line vid SPRI's bibliotek och utredningsbank i Stockholm, som tillhandahåller ett komplett referensbibliotek.

Att Spriline produktionsenhet förlägges till Arjeplog mitt inne i Pite

Lappmark är ett djärvt och lovande försök att utplacera modern teknik i en bygd som behöver nya arbetstillfällen utanför de traditionella sektorerna. Arjeplogsprojektet, som handlar om hälsoarbete i lokalsamhället, är känt inom landet och internationellt, och det är ingen hemlighet, att vi hoppas på att detta kan bidra ytterligare till produktionsenhetens utveckling.

Spriline produktionsenhet finansieras de första tre åren med medel från länsstyrelsen i Norrbottens Län, Projekt Västra Norrbotten, Utvecklingsfonden i Norrbotten, SPRI, Socialstyrelsen, Statens industriverk, Norrbottens läns landsting samt Arjeplogs kommun och under dessa tre år skall en slutgiltig finansiering ordnas.

Vi tror, att de nya ämnesområdena, hälsoupplysningsmaterial och fakta om projekt som hälsoarbete, förebyggande arbete, friskvård etc kommer att dra till sig en ny kategori kunder i takt med att hälsoarbetet blir en allt mera integrerad del i kommunernas planering, vårdcentralernas arbete och omsorgerna om miljön, antingen genom att man själv söker on-line eller via något bibliotek. Explosionen i antalet datorer inklusive ett ökande behov av tillgång till Videotex tjänster (telefonkatalogen ex) gör att allt fler känner sig hemmastadda vid databassökning, även utanför forskarleden.

Om ytterligare upplysningar om Spriline Produktionsenhet eller Spriline önskas kan Arne Jakobsson, SPRI, eller Bo Henricson, Vårdcentralen Arjeplog, kontaktas.

Författarpresentation

Bo Henricson, distriktsläkare.

Postadress: Arjeplogs Vårdcentral, 930 90 Arjeplog.

SPECIALISTUTBILDNINGEN

LB0 6446

Milstolpe i svensk allmänläkarutbildning

KENNETH WIDÄNG

Den 17 november 1989 avfirades Sveriges första elva examinerade allmänläkare på Hotell Nordkalotten i Luleå. Examinanderna utgjordes av FV-läkare i allmänmedicin från Norr- och Västerbotten, vilka befann sig under sista året på FV-utbildningen eller under första året därefter. En grupp kvalificerade examinatore anförda av Ulf Måwe stod för genomförandet av examinationen.

Process sedan augusti

Examinationen har genomförts i flera steg. Examinanderna har fått presentera ett kortare skriftligt arbete, byta

levnadsbeskrivning med examinator, redovisa kliniktjänstgöringar och kurser under utbildningstiden samt göra en litteraturgenomgång.

Vårdcentralsdagen

Själva examinationen genomfördes under två dagar. Den första dagen på examinandens vårdcentral började med ett samtal mellan examinand, handledare och examinator med utgångspunkt från handledaryttrande, utbildningsbok och levnadsbeskrivning. Därefter följde en timmas skriftligt förhör med åtta öppna frågor skildrande kliniska situationer. Frå-

gora var tagna ur examinatorens egen kliniska verksamhet. De var inte av typen rätt eller fel utan snarare testades examinandernas förmåga att resonera kliniskt och välja bland olika tänkbara förhållningssätt i en given situation. Parallellt med det skriftliga förhöret ägnade sig examinator åt genomgång av presenterat journalmaterial. Eftermiddagen användes åt 2-3 examenspatienter, varvid examinator var närvarande vid hela handläggningen. Dagen avslutades med gemensam genomgång av journalmaterialet.

*Gemensamma dagen

Hela gruppen, vardera elva examinander och examinators, ägnade den gemensamma dagen åt att i små grupper se på examinandernas medtagna videokonsultationer. I lite större grupper genomgicks därefter de skriftliga arbetena. Dagen avslutades med ett sammanfattande samtal mellan examinators och examinand som även innehöll genomgång av skrivningen. I detta samtal hade även examinandens handledare möjlighet att närvara.

Som slutvinjett talade där examinators och representanter för läkarorganisationer om nödvändiga villkor för att fungera som allmänläkare, där en avgränsad befolkning av rimlig storlek framhölls som det viktigaste kravet. Målet i Sverige idag bör vara 1 500 invånare per allmänläkare och tjänster med mer än 2 000 invånare tillåter inte ett allmänläkararbete med full bredd och god kvalitet mot hela befolkningen. Behov och möjligheter till efterutbildning diskuterades också.

Så utbröt examensfestligheter med mat, dans, tal och musik.



Videokonsultation.

Vilka effekter kan examen ge

För examinanden åskådliggör examen vilka kunskaper som inom allmänmedicinen uppfattas som väsentliga och examinationen kan på det sättet tjänstgöra som en vägledning för kunskapsinhämtandet under FV-tiden. Blottor i utbildningssystemet avslöjas och lyfts fram i ljuset, varigenom den enskilde FV-läkaren kan hjälpa till att skapa bättre förhållanden för efterkommande. Den enskilde FV-läkaren får vid examenstillfället starka och svaga sidor i sin yrkespersonlighet belysta vilket kan ge upphov till en rationell planering av egna efterutbildningsinsatser.

För allmänläkarspecialiteten innebär examinationen plikten och möjligheten att formulera det väsentliga kunskapsinnehållet inom specialiteten på ett begripligt sätt. Examinationen ger där svar på huruvida utbildningen på FV-nivå ger detta kunskapsinnehåll.

För tillsynsmyndighet och allmänhet kan examinationen fungera som en kvalitetsgaranti på de läkare som genomgått densamma.

För sjukvårdens arbetsgivare fungerar examinationen dels som en kvalitetsgaranti men också som ett krav på att leva upp till det utbildningsansvar

som finns inför läkare på AT- och FV-nivå.

För examinators blir frivillig examination en givande och intressant metodutveckling inför den nödvändiga och sannolikt obligatoriska examination som kommer att finnas vid ett fullt genomfört nytt utbildningssystem med ST-läkare istället för FV-läkare.

Vilka förutsättningar krävs för examensgenomförande

Examen kan endast genomföras i ett fungerande utbildningssystem där varje FV-/ST-läkare har en personlig handledare. Jag tror också att det är oerhört svårt att få en utbildning av tillräcklig kvalitet om man inte också har en studierektorsfunktion inom varje förvaltningsområde, en studierektor med direkt ansvar för utbildningens uppläggning och introduktion på de olika klinikerna. Vidare måste möjlighet till projektarbete ges på vårdcentralen.



Examinator, Dr Kroon, mamma, examenspatient.

Slutord

Jag kan med glädje konstatera att svensk allmänmedicin nu har genomfört den mest mångsidiga yrkesexamen som i nuläget finns inom svensk medicin. Arbetet kring examinationen lyfte fram både medicinskt kunskapsstoff och läkarens yrkespersonlighet. Examen ställer stora och berättigade krav på vidareutbildningen inom svensk sjukvård.



Redovisning av egna arbeten.

Från Göran och Ulf kom en invit
Vill Du testa Din förmåga i Ditt framtida gebit?

Tar Du chansen att framtidens utbildning forma?

Vem kan när det framställs så, tveka och gorma.

Jag visste ej om utvecklingsarbetet var nåt för mej
en vardagslivs-älskande-vårdcentralstjej

Men att per telefon träffas av entusiastiska examinanders låga

Det fanns bara ja-svar på denna fråga.

Så kom en trave papper med uppgifter och mål
ambitionerna stressades och tiden kändes snål!

Men när jag uppifrån började min läxa såg jag, detta är en vinkling som får mig att växa.

En levnadsbeskrivning, tänk nu har det hänt?

Vi inser att kunskapen mixas med det vi levtt och känt

När patienterna i mötet en sträng slår an
kan vi lyhört välja vilken sång som går an.

Att möten är samspel där vi vill hitta tonen
som bär och når fram utan megafonen
Idag har vi samlats från olika håll och inte kan man säga att vår kör gick i moll.

Nej även om intrycken blev starka och många
känns det som vi hittat den G-klav under vilken vi sånga
Jag tackar från oss examinanders sida
Här har såtts frön vi skall sprida vida.

Vi tackar också för mat och en chans att testa förmågan i sällskapsdans.

Eva Johansson, examinand



Övre raden från vänster

Ulf Lindström, Gösta Tibblin, Ulf Måwe, Tomas Kanter, Christer Nordenhäll, Birgit Breitholtz, Margareta Troein, Robert Svartholm, Björn Olsson, Torgny Karlsson, Bengt Lunnergård, Eva Johansson, Göran Westman, Anna-Karin Furhoff, Carl-Edward Rudebeck.

Nedre raden från vänster

Hans Kroon, Sten Sundberg, Jens Holm, Erik Sellin, Peter Sälldin, Anna-Lena Zackari, Lars Grundström.

En kärna eller hela frukten?

LB 06447

INGEMAR HERMANSSON

I sökandet efter allmänmedicinens kärna och innersta identitet riskerar man givetvis nya begränsningar och nya avskärmningar, eventuellt en ny dogmatism. Har allmänmedicinen bara en kärna? För mig känns det snarare som om allmänmedicinen är ett äpple eller en apelsin med flera kärnor och dessutom med ett skal och ett saftigt fruktkött. Om någon säger sig ha funnit allmänmedicinens innersta kärna så tror jag alltså inte honom eller henne. Jag tror att han/hon bara funnit en av kärnorna.

Givetvis har traditionell medicin dominerat hittills, men det innebär inte att den skall överges. *Allt, som är bättre forskningsbart på primärvårdsnivå, bör utforskas av allmänmedicinare*, även om det rör sig på traditionell medicinsk forskningsmark. Det kan utvidga vetandet väsentligt.

För den, som länge arbetat i svensk primärvård och deltagit i primärvårdsutveckling i tredje världen är det lika klart att människan, hennes sjukdomar och symtom påverkas av ekonomiska, politiska, sociala, psykologiska och kulturella faktorer likväl som av virus, bakterier, gifter mm. Vi måste alltså acceptera att den kunskapsmässiga utmaningen inom allmänmedicinen är enorm, men samtidigt vara medvetna om att vi har en unik ob-

servationspunkt, nära människorna, mitt i samhället. Givetvis borde detta vara en utmaning för forskarbegävningar av olika typer. Traditionellt naturvetenskapligt biologiska forskare men även humanister, samhällsvetare, epidemiologer, sociologer, psykologer hör hemma i den allmänmedicinska forskningen.

Det finns genom människans breda "väsen" inget som helst skäl att begränsa allmänmedicinsk forskning till vare sig det traditionellt biologiska eller det svårgripbara humanistiska eller till något som ligger där emellan.

Vår observationspunkt är unik och ger oss tidiga signaler om missförhållanden, sjukdomar, symtom och plågor. I detta sammanhang får man aldrig begränsa sig till ett synsätt, en metod, ett paradig. Det är alltså som vanligt allmänmedicinens enorma tjusning – bredden, och svåröverskådligheten, som också ger oss svårigheterna.

Vår forskning skall naturligtvis ske på fältet och från fältets perspektiv, men vi måste använda oss av alla metoder, som kan ge relevant information om problemets art, orsaker och möjliga problemlösningar. Allt sådant arbete bör enligt mitt synsätt ske i samarbete med och med stöd av allmänmedicinska institutioner. Det krä-

ver alltså av ledningen för dessa en fördomsfrihet. Det skulle också kräva att de som arbetar på dessa institutioner borde täcka in alla vetenskapliga metoder, vilket dock är omöjligt. Man kan däremot kräva att *den allmänmedicinska institutionen har ett öppet samarbete med institutioner inom alla fakulteter*, så att forskningsmetoder, nödvändiga inom allmänmedicinen men ej tillgängliga inom en medicinsk fakultet, kan användas med stöd av tex sociologer, psykologer, filosofer, humanister.

Svårigheten inom allmänmedicinen kommer alltid att bestå. Sök alltså inte den enda kärnan, det finns många kärnor och dessutom en hel frukt. Att utforska den kräver användande av alla tillgängliga metoder. Allmänmedicinen kan säkert också utarbeta en del mer egna, specifika metoder, men inte heller dessa får monopolisera allmänmedicinsk forskning. Sjukdomar, symtom, problem kräver forskning från alla aspekter. Allmänmedicinen rymmer såväl naturvetenskap som humanism. *Begränsa inte synfältet, använd alla redskap!*

Författarpresentation

Ingemar Hermansson, distrikts- och företagsläkare, forskningsenheten i Vilhelmina

Postadress: Box 4, 91200 Vilhelmina.

Allmänläkare och BVC

LB 06448

BO WERNER

Apropå inlägg av Gunnar Lundqvist och kommentar av Mats Ribacke i 4/89.

Vi som minns skyttegravskriget mellan allmänläkare och barnläkare för 10–15 år sedan, om vem som bäst skötte BVC, vill inte ha den diskussionen tillbaka. Alltså, bevara oss från inslag som antyder att allmänläkare i barnhälsovården skulle utgöra något problem. Men detta hoppas jag att vulgärargumenten från barnläkar-allmänläkar-debatten på 70-talet inte får någon fortsättning.

Dock finns det problem som vi gemensamt behöver diskutera.

Idag finns det många informella erfarenheter av vad struktur och innehåll i barnhälsovårdsarbetet har för betydelse för det arbete man vill utföra. Några exempel: Sköterskor med få barn i sitt område har svårt att få tillräcklig erfarenhet för att bli trygga i sin funktion. Från att ha arbetat med

strikt områdesansvar har många vårdcentraler övergått till sköterskor med profilering. Några på varje vårdcentral koncentrerar sina krafter på BVC. Detta är bra. Man kan nu lättare få igång exempelvis föräldrautbildning som, trots att det är lag att sådan ska erbjudas alla föräldrar, endast förekommer i mycket blygsam skala ute i landet.

Allmänt kan sägas att ett tillräckligt stort antal inskrivna förskolebarn hos respektive sjuksköterska med BVC är en förutsättning för en bra verksamhet.

Arbete pågår med att studera om BVC-verksamhetens kvantitet och kvalitet har något samband med arbetsform för läkare och sköterska. I denna diskussion är både allmänläkare och barnläkare involverade. Inom Barnläkarföreningens sektion för Hälso- och öppenvård (BLF:s HÖV-sektion) pågår en diskussion kring hur man ska kunna utvärdera olika arbets-

sätt. Samma diskussion har vi börjat inom Initiativgruppen för Primärvårdsforskning i Örebro län.

Artiklarna i Läkartidningen (LT) om BVC 50 år var ett resultat av en samlad ansträngning från BLF:s HÖV-sektion. Detta resulterade i en barnläkardominans, vilket är en svaghet som vi dock var medvetna om, men det avspeglar också litet det som GL efterlyser, nämligen att allmänmedicinen inte vad jag vet (Anders Häkansson undantagen) sysslar med forsknings eller utvecklingsarbete inom barnhälsovård.

Forsknings- och utvecklingsarbete bedrivs dock av öppenvårdspediatriner. Vid en inventering via barnhälsovårdsöverläkarna för några år sedan framkom att det finns många projekt av både forsknings- och utvecklingskaraktär ute i landet kring barnhälsovården i primärvården.

Från BLF:s HÖV-sektions sida efterlyser vi ett ökat samarbete både lo-

Om allmänläkare i allmänhet och distriktsläkare i synnerhet

LB0 6449

GÖRAN WESTMAN

Gunnar Lundquist tar i AllmänMedicin 4/89 upp frågan om dem begrepps-förvirring som finns kring uttrycket allmänläkare. De framväxande allmänmedicinska institutionerna tillskrivs en mer eller mindre omedveten vilja och kraft att sprida orden "allmänmedicin" och "allmänläkare". I artikeln reder GL ut begreppen. Med denna kommentar vill jag visa att en allmänmedicinsk institution inte har någon speciell önskan att lansera begrepp. En frekvent användning av begreppen är snarare en konsekvens av det arbete man har.

Skillnad mellan funktion och tjänst

GL gör just den distinktion mellan funktion och tjänst som jag också tycker att man måste göra. Idag omfattas funktionen allmänläkare av flera tjänstutövare; distriktsläkare (landstingsanställda), företagsläkare (privat eller offentligt anställda) och privatpraktiker (egna företagare). Tidigare uppehölls funktionen av provinsialläkare (statligt anställda) och på sikt får vi kanske en "kommunalläkarförening" för kommunläkare (primärkommunalt anställda).

Den i Läkartidningen 12/89 citerade

redovisningen kunde i enlighet med ovan förda resonemang göras tydligare med ordalydelsen "Utifrån gällande avtal kan allmänläkare se uppgiften att handleda som en komplikation snarare än som en viktig arbetsuppgift i yrkesrollen. Detta förhållande blir speciellt tydligt hos dem som idag är verksamma som distriktsläkare." Det var således inte fråga om en sammanblandning utan en otydlighet om man inte strikt skiljer på funktion och tjänst.

Som verksam på en institution talar jag ofta om *funktionen allmänläkare*. Det må vara i umgänget med studenter, kollegor eller vid internationella möten. Vid WONCA-mötet i Jerusalem 1989 deltog jag på inbjudan av John Fry i en arbetslunch rörande allmänläkares arbetsförhållanden i olika länder. Det var lätt för oss alla att följa med i en diskussion om allmänläkares förhållande till sjukhusspecialister, etiska problem med olika betalningssystem i allmänläkarvård, betydelsen av ett kvinnligt och manligt betraktelsesätt i allmänläkarvården eller exempel på den utvecklingspotential som finns i mötet mellan patienter och allmänläkare. Funktionen kunde alltid

diskuteras även om yrkesutövarna var verksamma på tjänster i olika organisatoriska och samhälleliga system.

I umgänget med patienter och lek-män finns emellertid ingen anledning att föra in ett nytt begrepp som "allmänläkare". Speciellt olyckligt är det i vårt land just nu. I en mycket välbevakad styckmordsutredning i Stockholm har en av de anklagade ständigt kallats för "allmänläkaren" på löpsedlar, i tidningar och radio. Begreppet "allmänläkaren" används där som en tjänst och inte som en funktion. De olustiga omständigheterna i fallet bidrar också till att begreppet får negativa förtecken.

Uttrycket allmänläkare bör begränsas till de funktioner som är förknippade med de yrkesutövare som finns inom ämnet allmänmedicin. Interkollegialt kommer det väl till pass. Jag ser fn ingen anledning till att lansera begreppet som sådant i umgänget med patienter eller folk i allmänhet. Det förvirrar mer än det tillför något.

Författarpresentation

Göran Westman, Inst för allmänmedicin

Postadress: Umeå universitet, 901 85 Umeå

Vi måste lära våra kroniska smärtpatienter att ta ansvar för sig själva!

LB0 6450

GUNNAR ENGBERG

kalt och centralt med allmänmedicinen. Tiden är i högsta grad mogen för ett fördjupat samarbete kring form och innehåll i barnhälsovårdsarbetet, flera lokala exempel på detta finns som manar till efterföljd. Att ordet distriktsläkare eller allmänläkare inte fanns med i BVC 50 år-artiklarna i LT stämmer, dock fanns i den historiska artikeln provinsialläkare, allmänpraktiker och tjänsteläkare nämnda (synonymer?). Låt oss tillsammans se till att allmänläkarna får sin rättmätiga plats i skriften kring 100-års jubileet!

Bo Werner

För BLF:s HÖV-sektions styrelse

Under rubriken "Vi måste ta ansvar för våra smärtpatienter" i AllmänMedicin 3/89 framför Hans Törn akupunktur som en lämplig behandlingsmetod för patienter med kronisk smärta. Inte bara för att akupunktur skulle ha en specifik smärtlindrande effekt utan framför allt för att det ger så god kontakt med patienten. Det är mycket häpnadsväckande. De flesta kroniska smärtpatienter har ett hjälpsökande beteende och har av en akut-tänkande sjukvårdsapparat uppfostrats till att de skall vara behandlingsobjekt. När man har fått en kronisk värkproblematisering är ett sådant beteende ofta passiviserande och förödande. Att då ge akupunktur i syfte att skapa kontakt och beroende förstärker bara den traditionella patientrollen.

I den behandlingsmodell som Hans Törn beskriver fokuserar man dess-

utom patienten och behandlaren till smärtupplevelsen. Ofta är patienterna redan alltför fokuserade kring sin smärta. Det de istället behöver lära sig är att ta tillvara det friska hos sig och genom aktivitet, fysisk träning och utbildning i smärtfysiologi bli fysiskt och psykiskt starkare och därmed kunna möta sin smärta på ett bättre sätt. (1). Det bästa sättet att ta ansvar för sina smärtpatienter är att lära dem att ta ansvar för sig själva och sin smärta.

Referenser

1. Sternbach R A. Leva med smärta Stockholm Bonniers 1988 pp 1-225

Författarpresentation

Gunnar Engberg FV-läkare Allmänmedicin, Skellefteå sjukvårdsdistrikt.

Postadress: Skellefteå sjukhus, 931 85 Skellefteå

Nu även 5 mg

Enda lägdos-tabletten av oxazepam

SOB RIL

SOBRIL® oxazepam

BEPRÖVAT ANXIOLYTIKUM
MED SPÄNNINGSLÖSANDE
OCH OROSDÄMPANDE
EGENSKAPER

Sobril är ett förstahandspreparat vid läkemedelsbehandling av oro och ångest. Oxazepam har en enkel metabolism, saknar aktiva metaboliter och elimineras lika snabbt hos gamla som hos unga.

KABI kan nu även erbjuda Sobril i lägdos 5 mg i små förpackningar, 10 st och 50 st.

För fullständig information se FASS.

△ ♦ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid forskrivning.

KABI

Pharma

Tel. 08-7054000

Handläggning av tyreoidasjukdom i primärvården

ÅKE ANDREASSON

De patienter med tyreoidasjukdom, som handlades vid en vårdcentral 1982–1985, utvärderades. De 99 patienterna (90 kvinnor, 9 män) hade följande huvuddiagnoser: hypothyreos 30%, kolloidstruma 28%, hypertyreos 23%, annan diagnos 19%. Efter initial diagnostik och terapi följdes 73% av patienterna upp vid vårdcentralen. Det är tydligt, att en majoritet av dessa patienter kan handläggas i primärvården, men att en mindre grupp bör skötas i samarbete med specialister i internmedicin och kirurgi, åtminstone i början av utredningsgången och under initial behandling.

Nyckelord: Primärvård, hypertyroidism, utvärderingsstudier, struma

Screening av olika patientgrupper har uppdagat okända tyreoidasjukdomar med varierande frekvens (0,15–1,9%), varför frekvent provtagning av tyreoidaprover är viktig i ett oselektat primärvårdsmaterial och hos kvinnor över 40 års ålder (1–7). Patientkontrollerna blir ofta livslånga och de flesta sker i primärvården, ibland efter initial utredning och behandling inom länssjukvården.

Syftet med denna undersökning var att undersöka det totala antalet tyreoidasjuka patienter som handlades vid en vårdcentral i ett geografiskt avgränsat område, samt att bedöma möjligheterna att sköta dessa patienter på vårdcentralen, både under initial utredning och långsiktig uppföljning.

Material och metoder

Undersökningen utfördes på vårdcentralen i Mölnlycke, som är ansvarig för primärvården i ett distrikt med 25 000 människor. Till närmaste sjukhus är det ca 8 km. Under 1982–1985 blev alla patienter 18 år och äldre, som sökte vårdcentralen pga tyreoidasjukdom speciellt registrerade, dvs alla patienter med en diagnosticerad tyreoidasjukdom, med eller utan terapi, inkluderande de som blev diagnosticerade under denna period. Alla journaler undersöktes i syfte att ta reda på diagnos, utredningsgång, terapi och plats för behandling, både under den diagnostiska perioden och under den långsiktiga uppföljningen. Den totala gruppen bestod av 99 pati-

enter med en medelålder av 51 år (intervall 21–83).

Resultat

Det blev tre större diagnosgrupper: hypothyreos (30%), kolloidstruma (28%) och hypertyreos (23%). Dessa och andra mindre diagnosgrupper beskrivs i Tabell I.

Patienterna med hypothyreos utgjorde den största gruppen (n=30) och bland dem var 21 diagnosticerade som atrofisk hypothyreos. Den ursprungliga utredningen var oftast okänd, eller hade bestått av klinisk undersökning, basalmetabolism (BMB) eller laboratorietest flera år tillbaka. Resterande 9 var diagnosticerade som Hashimoto's tyreoidit baserad på finspetspunktion och laboratorietest. Alla patienter med hypothyreos var nu behandlade med tyroxin. Alla patienter i gruppen med Hashimoto's tyreoidit och 13 av dem med atrofisk hypothyreos togs omhand på vårdcentralen.

Det fanns 28 patienter med kolloidstruma och denna grupp var noggrant undersökt. Finspetspunktion gjordes på 24 av 28 patienter och 16 av 28 genomgick tyreoidascintigrafi. Tyroxinbehandling var insatt på 11 patienter och totalt 24 av 28 patienter handlades vid vårdcentralen.

Gruppen hypertyreos bestod av 23 patienter. Av dessa genomgick 11 radiojodbehandling och resterande 12 opererades. I efterförloppet blev 18 behandlade med tyroxin. Ingen behandlades med tyreostatika förutom kort tid före kirurgi eller radiojod. Vid vårdcentralen följdes 16 patienter upp, men alla patienter hade initialt remitterats till internist eller kirurg för bedömning inför definitiv terapi.

De mindre diagnosgrupperna (tumörer, solitära adenom, subakut tyreoidit) bestod av 18 patienter och av

de med subakut tyreoidit togs 2/5 helt omhand vid vårdcentralen. Övriga patienter i gruppen remitterades till kirurg (tumörer, solitära adenom).

Jag fann, att av det totala patientmaterialet (n=99) följdes 73% upp vid vårdcentralen efter initial diagnostik och behandling, och att 77% av patienterna i de tre huvudgrupperna (hypothyreos, kolloidstruma och hypertyreos) sköttes vid vårdcentralen.

Diskussion

Detta patientmaterial (n=99) torde vara en representativ patientgrupp med tyreoidasjukdom i ett primärvårdsområde i Sverige. Givetvis finns en annan grupp, som tas omhand i företagshälsovården, hos privatpraktiserande läkare och på sjukhus, men sjukhuspatienterna i detta område har oftast remiss från vårdcentralen. Min grupp omfattar alla patienter som handlades på vårdcentralen. Diagnosfördelningen torde vara representativ, då den överensstämmer med resultatet från andra undersökningar.

Beträffande gruppen med hypothyreos följdes 22/30 upp på vårdcentralen. De flesta av dessa patienter kan från början handläggas och utredas i primärvården. Det torde dock finnas ett behov av specialistkonsultation för finspetspunktion då totala antalet biopsier i primärvård kan bli för litet, i varje fall i små primärvårdsområden, för att uppnå erforderlig metodträning. En liten grupp patienter med hjärtsjukdom behöver sjukhusvård för att ej försämrats under inledande substitutionsbehandling. En grupp med allvarliga sjukdomar behöver regelbunden sjukhuskontakt och då sköts deras hypothyreos med fördel av samma klinik.

De patienter som behandlas för hypertyreos hade alla avslutat den initi-

Tabell I.
Patienter med tyreoidasjukdom

	Antal resp andel				Åldersintervall		Medelålder	
	totalt	%	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män
HYPOTYREOS								
a) Atrofisk	21	21	20	1	37–83		57	37
b) Hashimoto	9	9	9		21–64		41	
KOLLOIDSTRUMA	28	28	26	2	30–76	41–58	47	50
HYPERTYREOS	23	23	20	3	39–82	29–40	57	37
Subakut tyreoidit	5	5	4	1	37–54		48	73
Solitära adenom	5	5	5		38–55		49	
Tyreoidatumörer	4	4	3	1	32–73		55	58
Okända diagnoser (under undersökning)	4	4	3	1	37–73		54	19
Totalt	99	100	90	9	21–83	29–58	51	44

ala behandlingen efter kirurgi eller radioaktivt jod. Ingen långtidsbehandlades med tyreostatika som enda terapi, men 18/23 medicinerade med tyroxin. Denna patientgrupp behöver sjukhusvård, antingen inläggande eller polikliniskt beroende på valet av behandling. 4/23 förbehandlades med tyreostatika på vårdcentralen och det kan vara en möjlighet för patienter med lättare former av sjukdomen att inleda behandlingen redan på vårdcentralen. 16/23 följdes upp på vårdcentralen och av de resterande 7 är det tänkbart att många efter behandling skulle kunna överföras till vårdcentralen för fortsatt kontroll.

Patienter med *kolloidstruma* utgjorde den tredje stora gruppen och 24/28 följdes upp på vårdcentralen. Också i denna grupp fanns ett behov av initial specialistkontakt i samband med finspetspunktion (24/28) och några var aktuella för kirurgi. Långtidsuppföljning i primärvården torde dock kunna omfatta fler patienter än vad vi hade.

Sammanfattningsvis fann jag, att av de patienter som på vårdcentralen handlades för tyreoidasjukdom under perioden 1982–1985, (n=99), följdes 73% upp vid vårdcentralen efter initial diagnostik och behandling. Ett nära samarbete mellan specialister i internmedicin och kirurgi är nödvändigt för en mindre grupp i början av utredningen och under initial behandling. En majoritet av patienter med stabilt sjukdomstillstånd kan sedan med fördel följas upp av intresserade läkare i primärvården.

Referenser

1. Tunbridge W M G, Evered D C, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, Grimley Evans J, Young E, Bird T, Smith P A. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. Clin Endocrinol 1977; 7:481–93.
2. Nyström E, Bengtsson C, Lindquist O, Lindberg S, Lindstedt G, Lundberg P-A. Serum triiodothyronine and hyperthyroidism in a population sample of

women. Clin Endocrinol 1984; 20:31–42.

3. Nyström E, Bengtsson C, Lindstedt G, Lundberg P-A. Screening for thyroid disease. Lancet 1981; 2:927–8.
4. Falkenberg M, Kågedal B, Norr A. Screening of an elderly female population for hypo- and hyperthyroidism by use of a thyroid hormone panel. Acta Med Scand 1983; 214:361–5.
5. Borup Christensen S, Ericsson U-B, Janzon L, Tibblin S, Trell E. The prevalence of thyroid disorders in a middle-aged female population, with special reference to the solitary thyroid nodule. Acta Chir Scand 1984; 150:13–9.
6. Haraldsson A, Gudmunsson S Th, Larsson G, Sigurdsson G. Thyrotoxicosis in Iceland 1980–1982. Acta Med Scand 1985; 217:253–8.
7. Eggertsen R, Petersen K, Lundberg P-A, Nyström E, Lindstedt G. Screening for thyroid disease in a primary care unit with a thyroid stimulating hormone assay with a low detection limit. Br Med J 1988; 297:1586–92.

Sjunker kobalaminnivån hos äldre astmatiker?

ANDERS ÖVERBY

En undersökning från Väst-Värmland tyder på att en del personer med astma får lägre s-kobalamin än personer utan astma. Alternativa förklaringar diskuteras också såsom andra samtidiga sjukdomar, kaliumterapi eller markförsurning.

Nyckelord: Astma, forskning, vitaminbrist, kobalamin, vitamin B12, Värmland

Yrsel eller myrkrypningar i benen (parestesier) ingår ofta i symtombruset hos allmänläkarens patienter. I en tidigare artikel i AllmänMedicin har författaren visat att sänkt s-kobalamin ibland kan hittas hos dessa personer (1). Detta har under årens lopp lett till att jag ofta tar prov för kobalaminbestämning på rätt vida indikationer, som vid trötthet, oklara besvär i benen, yrsel, mag-tarmbesvär, symtom i munhålan eller psykisk sjukdom. Särskilt har sådan provtagning gjorts på äldre människor som ju är kända för att ofta ha låga värden på s-kobalamin.

En vårdag 1988 upptäckte jag att några av mina patienter med astma även hade låga kobalaminvärden. Jag beslöt att ta reda på om det fanns någon koppling mellan dessa två sjukdomar.

Metod och material

Skönneruds läkardistrikt ligger i en skogsbygd i Västra Värmland. Här

bor cirka 3 400 människor. Många av dessa är släkt med varandra. Författaren är den ende ordinarie läkaren och sköter de flesta av de människor som besöker läkarstationen på grund av kroniska sjukdomar.

Jag startade med att först jämföra frekvensen av terapi med vitamin B12 mellan 3 olika patientgrupper, prevalensstudien. Om där fanns några skillnader avsåg jag att undersöka kobalaminnivån hos patienter med obstruktiv lungsjukdom, screeningstudien.

Prevalensstudien.

Redan tidigare hade jag registrerat alla patienter med astma/kronisk bronkit (våren 1987), angina pectoris (våren 1987) samt hypertoni (våren 1986). Vid registreringen antecknades vilka andra diagnoser dessa patienter hade. Därigenom erhöles 3 patientgrupper där frekvensen av vitamin B12-substitution kunde jämföras. I alla tre grupperna hade diagnosen B12-brist ställts på likartat sätt (1). I några fall hade terapi med vitamin B12 startats av andra läkare för länge sedan.

Screeningstudien.

Under perioden maj–november 1988 bestämdes s-kobalamin vid ett tillfälle hos alla patienter med astma/kronisk bronkit i samband med att de kallades för återbesök utom hos dem som redan stod på vitamin B12-substitution.

För både prevalens- och screeningstudierna gäller att för de patienter

som vid studiens genomförande stod på vitamin B12-terapi hade diagnosen vitamin B12-brist ställts främst med radioimmunologisk metodik under 1970- och 1980-talen. I några fall hade diagnosen ställts med bakteriologisk metodik eller benmärgsundersökning och i enstaka fall bara genom att akyla konstaterats på sjukhus. Dessa förutsättningar är lika för alla patienter. Vissa grunddata finns i Tabell 1.

I screeningstudien analyserades s-kobalamin med radioimmunologisk teknik (renad intrinsic factor). Referensvärdet för s-kobalamin var 120–660 pmol/l.

Resultat

Resultatet sammanfattas i tabell 1.

Prevalensstudien

Frekvensen av vitamin B12-terapi var hos patienter med angina pectoris kring 8 procent, hos hypertoni-patienter 5 procent och hos patienter med astma/kronisk bronkit 15 procent (20 procent hos de över 50 år).

Bland kärlkrampspatienter med vitamin B12-terapi fanns det några som även hade obstruktiv lungsjukdom. Bland hypertoni-patienterna var detta fallet hos en person.

Screeningstudien

Medianvärdet för durationen av astma/kronisk bronkit var 12,5 år (1–60 år). Kronisk bronkit förelåg hos sex personer, resterande hade astma med eller utan bronkit.

Medianvärdet för s-kobalamin på

LB0 6452

Tabell 1. Patientantal, medianålder och frekvens vitamin B₁₂ terapi i prevalens- och screeninggrupperna.

	Prevalens		Screening	
	Angina pectoris 1987	Hypertoni 1986	Astma/kron bronkit 1987	Astma/kron bronkit 1988
Antal patienter (varav kvinnor)	145 (74)	123 (73)	65 (30)	75 (41)
Medianålder år (variationsvidd)	73 (52–90)	66,5 (28–85)	68 (16–93)	67,5 (17–90)
Antal med vitamin B ₁₂ -terapi	12 (=8%)	6 (=5%)	10 (=15%)	11 (=15%)

de 64 patienter som screenades 1988 var 250 pmol/l (88–597). Av de 13 patienter som var under 45 års ålder låg 10 under medianvärdet.

I screeningstudien förekom nyupptäckt s-kobalaminvärde <120 pmol/l hos fyra personer. Tillsammans med dem som tidigare hade vitamin B₁₂ behandling (elva personer) utgjorde de 20 procent av gruppen med astma/kronisk bronkit. Hos personer över 60 år var denna siffra 28 procent.

S-kobalaminvärden under 100 pmol/l (screeningvärden 1988 + äldre värden hos de som redan stod på vitamin B₁₂-behandling) förelåg hos 11,5 procent av screeningstudiens patienter. Hos personer över 60 år var denna siffra 15 procent.

Mångfacetterad sjukdomsbild

Utöver sin lungsjukdom hade knappt hälften av patienterna ytterligare mellan 3–7 andra sjukdomar. Hjärtsjukdom förelåg hos 43 procent, högt blodtryck respektive ledsjukdom hos 27 procent. Därutöver förekom cirka 40 andra diagnoser såsom epigastralgi, grön starr, diabetes mellitus, spondylos, claudicatio intermittens, osteoporos med mera.

Bland de 15 patienter som hade s-kobalamin under 120 pmol/l 1988 eller som behandlades med vitamin B₁₂ hade 11 stycken (73 procent) coronarsjukdom eller claudicatio intermittens. I resten av screeningstudien var siffran 45 procent. I övrigt fanns bland dessa 15 patienter en rad spridda diagnoser liksom i resten av materialet. Tre personer hade på sjukhus fått diagnosen pernicios anemi och två var Billroth II opererade. Hos övriga 10 var orsaken till sänkt s-kobalamin/vitamin B₁₂-terapi okänd. Flera var ej utredda på grund av hög ålder men tre personer hade genomgått kapselbiopsi av tunntarmen eller gastroskopi utan positiva fynd.

Av dem som hade sänkt s-kobalamin eller medicinerade med vitamin B₁₂ behandlades 1/3 med kaliumklorid. Hos övriga i screeninggruppen var frekvensen 17 procent. Ingen behandlades med metformin, som kan ge malabsorption av vitamin B₁₂.

Tobaksrökning var i screeningstudien lika vanlig bland de som hade s-

kobalamin <120 pmol/l, alternativt behandlades med vitamin B₁₂, som i resten av materialet.

Diskussion

Slutsatsen från denna studie bör göras med försiktighet, dels beroende på materialets begränsade storlek, dels beroende på att endast ett s-kobalaminvärde tagits. Ett större material är dock inte möjligt att erhålla i detta distrikt. I en glesbygd med långa transporter och gamla personer kan det också vara besvärligt att upprepa provtagningen.

Prevalensstudien

Här fanns en skillnad i frekvensen av vitamin B₁₂-terapi mellan å ena sidan astma/kronisk bronkit och å den andra sidan hypertoni eller angina pectoris. Skillnaden blir än mer slående när man i astmamaterialet bara tar med personer över 50 år och jämför med det i så fall jämgamla angina-materialet (20 respektive 8 procent med vitamin B₁₂-terapi). Skillnaden kan inte hänföras till att astmapatienterna besökt läkare oftare än de med kärlkramp (och därmed utsatts för mer provtagning). Snarast förhåller det sig tvärtom. Det fanns därför motiv till att fortsätta med en utvidgad studie.

Screeningstudien

S-kobalamin <120 pmol/l eller vitamin B₁₂-terapi fanns hos 20 procent (28 procent av personer över 60 år). Denna siffra är hög. Från Malmö har redovisats s-kobalaminvärden <110 pmol/l hos personer över 50 år i en frekvens av 7 procent (2). I mitt material hade 15 procent av de som var över 60 år ett s-kobalamin <100 pmol/l. Hos 75-åringar i Göteborg hade fem procent värden <130 pmol/l (3).

Pernicios anemi kombinerat med astma har beskrivits hos patienter med hypogammaglobulinemi (4, 5), men dessa patienter har återkommande infektioner vilket inte iakttagits i den nu genomförda studien. Datasökning på medicinska centralbiblioteket i Karlstad har i övrigt inte gett någon information om en eventuell koppling mellan astma och sänkt s-kobalamin.

Tobak

Rökare drabbas lättare av astma. To-

baksrök innehåller cyanid som kan inaktivera kobalaminet och minska dess bindning till äggviteämnen. Därvid finns risk för ökad förlust från kroppen (6). I Koppom-studien var dock rökarna jämnt spridda i materialet.

Kalium

Substitution med kaliumklorid i slow release-form (antingen som kaliumklorid i depot-tablett eller tillsammans med tiaziddiuretikum) var vanligare i den grupp som hade sänkt s-kobalamin eller som behandlades med vitamin B₁₂.

I början av 1970-talet visades att kalium i slow release-form försvårar vitamin B₁₂-resorptionen i tarmen (7). pH-sänkningen ger minskad intrinsic factoraktivitet vilket också stigande ålder gör. Medianåldern hos gruppen med sänkt s-kobalamin/vitamin B₁₂-terapi var 76 år i Koppom-undersökningen.

Kärlsjukdom

De allra flesta av de som hade sänkt s-kobalamin eller behandlades med vitamin B₁₂ hade coronarsjukdom eller claudicatio intermittens. Atherosclerosis är en generell sjukdom och kan drabba även tarmen. Grav cirkulationsinsufficiens där kan ge kliniska tecken på malabsorption (8) men frågan är om en mindre ischemi bara kan ge biokemiska rubbningar? Detta borde ha gett utslag i prevalensstudiens angina pectoris-material (men gjorde således inte detta). Man kan spekulera i om det trots allt är kombinationen av relativ tarmischemi och astma som på något sätt orsakar sänkt s-kobalamin.

Kobolt i marken

Kobolt ingår i vitamin B₁₂. Markförsurningen gör att kobolt lakas ur jorden (9). Miljöforskare hävdar att detta kan leda till brist på vitamin B₁₂ hos vilda djur (10). I Värmland är marken försurad (11). Veterinärmedicinare har visat att kobolthalten kan vara lägre i sandig och utdikad mark vilket sänkt kobalaminnivån hos djur i jordbruket (12). Den som handlar i dagens livsmedelsaffärer torde inte beröras av detta men i Västvärmland har många, särskilt i gången tid, tagit födan från eget jordbruk och jakt. Detta skulle kunna vara faktorer som bidrar till sänkta kobalaminnivåerna.

Ärftlighet

En faktor som också måste beaktas är att många människor i Sköneruds läkardistrikt är släkt, befolkningen har varit stabil under lång tid. Det finns familjär förekomst av hjärt-kärlsjukdom, tvillingar/trillingar (utan hormonbehandling), astma, choreoateos, hematuri med mera. Pernicios anemi är av mig känd hos två olika syskonpar och hos en mor och dotter.

Är sänkt s-kobalamin alltid patologiskt?

Det finns anledning att påpeka att ett sänkt s-kobalaminvärde inte alltid behöver vara liktydigt med brist på vitamin B12. Brist på ett av bärarproteinerna kan ge sänkt s-kobalamin utan metabola följder för patienten (13, 14). Lätt sänkta värden i övrigt behöver inte heller betyda brist på vitamin B12.

Slutsatser

Sänkt nivå på s-kobalamin är kanske vanligare hos patienter med astma/kronisk bronkit i Västvärmland än på andra håll i Sverige. Det skulle kunna bero på flera samverkande faktorer: hög ålder, koboltbrist i marken, släktförhållanden, andra samtidiga sjukdomar (tarmschemi?), kaliumterapi, immunologiska förhållanden och kanske en koppling till astma. Rökvanor bör beaktas.

Litteratur

1. Överby A. B12-brist i Koppom: En pilotstudie. AllmänMedicin 1986; 7:275-6.
2. Hartanto L, Hedner K. Vitamin B12-bestämning hos äldre bör bli rutin för upptäckt av pernicios anemi. Läkartidningen 1988; 85:1985.
3. Nilsson-Ehle H, Jagenburg R, Landahl S, Stockbrügger R, Svanborg A, Westin J. Betydelsen av låga B12-nivåer i serum hos gamla. Svenska läkarsällskapets handlingar Hygiea 1984; 93 (häfte 9):155-6.
4. Goodman DH, Smith RS, Northey WT. Hypogammaglobulinemia, allergy and absence of intrinsic factor. J Allergy 1967; 40:131-4.
5. Ehtessabian R, Cassidy JT, Thomas MR, Mathews KP, Tubergen DG. Common variable immunodeficiency with pernicious anemia, asthma, and reactions to gamma globulin; treatment with plasma. J Allergy Clin Immunol 1976; 58:337-50.
6. Beck WS. Cobalamin and the nervous system. N Engl J Med 1988; 318:1752-4.
7. Palva IP, Salokannel SJ, Timonen T, Palva HLA. Drug-induced malabsorption of vitamin B12. Acta Med Scand 1972; 191:355-7.
8. Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson, J. Harrison's principles of internal medicine. 9th ed. Tokyo: McGraw Hill, 1980.
9. Sangfors O. Are synergistic effects of acidification and eutrophication causing excessive algal growth in Scandinavian coastal waters? Ambio 1988; 17:296.
10. Sangfors O. Kobolt, kobalaminer och försurning. Kil. Svenska Miljöforskargruppen AB. 1988. (Stencil)
11. Naturvårdsverket. Monitor 1986: Sura och försurade vatten. Stockholm: Liber, 1986.
12. Schwan O, Jacobsson SO, Frank A, Rudby-Martin L, Petersson LR. Cobalt and copper deficiency in Swedish landrace pelt sheep. J Vet Med A 1987; 34:709-18.
13. Carmel R. A new case of deficiency of the R-binder for cobalamin, with observations on minor cobalamin-binding proteins in serum and saliva. Blood 1982; 59:152-6.
14. Carmel R. R-binder deficiency. JAMA 1983; 250:1886-90.

Författarpresentation

Anders Överby, distriktsläkare i Sköneruds läkardistrikt

Postadress: Läkarestationen, 670 41 Koppom, 0571/105 40.

Medicinska och sociala konsekvenser av akut intermittent porfyri.

Porfyriundersökning i Arjeplog 1989-90

CHRISTER ANDERSSON

Medicinska och sociala konsekvenser av Akut Intermittent Porfyri (AIP) studeras i en fallkontrollundersökning som startats i Arjeplog februari 1989.

Nyckelord: Forskning, fallstudier, porfyri, Arjeplog

Arjeplog har en framträdande plats i AIP-sjukdomens medicinska historia. Kommunen har troligen världens högsta prevalens av AIP. I materialet ingår cirka 50 fall och 200 köns- och åldersmatchade kontroller, 15 år och äldre, bosatta i Arjeplog kommun.

Följande områden av stort kliniskt och teoretiskt intresse penetreras i denna undersökning:

1. Sjuklighet vid symtomgivande och latent AIP.
2. Samband AIP - andra sjukdomar.
3. Utvärdering av ny kompletterande diagnosmetod.
4. Socialmedicinska och psykosociala effekter av AIP.

Målsättningen är att dessa kunskaper kan bidra till att förbättra diagnostik av AIP samt förbättra informationen till personer med AIP. Vidare ges

bättre grund för förebyggande insatser och ökat medicinskt och socialt innehåll i AIP-vården.

Undersökningen göres i samarbete med landets ledande porfyricentra dvs S:t Görans sjukhus i Stockholm och Regionsjukhuset i Umeå.

Historik

Arjeplog har en unik och framträdande plats inom Akut intermittent porfyri-sjukdomens (AIP) medicinska historia. Ingen annanstans i världen har man så hög prevalens som i Arjeplog kommun, cirka 1/50, vilket är lika högt som för många av de stora folksjukdomarna.

Provinsialläkare i Arjeplog - Lappmarksdoktor - Einar Wallquist och överläkare Arthur Engel i Boden beskrev AIP i sitt pionjärarbete 1935 i Nordisk Medicin.

En stor del av våra kunskaper om AIP kommer från forskning utgående från Arjeplog genom prof Jan Waldenströms doktorsavhandling 1937 och prof Lennart Wetterbergs avhandling 1967.

Etiologi - patogenes

AIP är en autosomalt dominant ärftlig metabolisk sjukdom med störning i tillverkningskedjan av Hem i blodfärgämnet Hemoglobin. Samtliga symtom beror på skador i olika delar av nervsystemet. Den nedsatta enzymkapaciteten för PBG-deaminas (som blir flaskhals i Hem-syntesen, PBG=porfobilinogen) gör att neurotoxiska metaboliter, sannolikt ALA (δ-aminolevulinsyra), ansamlas. En annan möjlig effekt är att bildning av Hem blir så störd att det blir brist på för cellandningen viktiga Hemproteiner.

Klinik

Sjukdomen kännetecknas av attackvis påverkan av olika delar av nervsystemet. Störningar i autonoma systemet leder till svåra buksmärtor och paralytisk ileus samt tachycardi. Påverkan av perifera nervsystemet ger muskel- och ryggvärk och eventuellt pareser. Påverkan av CNS ger allt från irritabilitet till manifest depression och psykos.

Sjukdomen kommer således anfallsvis och är ett typiskt exempel på samspel mellan arv och miljö.

AIP bedömes vara den mest bety-

delsefulla av de norrländska sjukdomarna. Detta dels p.g.a sin vanlighet, dels p.g.a de plågsamma besvär med dramatiska och allvarliga symtom samt p.g.a att sjukdomen är ärftlig. Sjukdomen går således att spåra och förebyggande åtgärder inkl information är viktiga för att undvika onödiga attacker.

Tidigare dog 60% av den akuta attacken p.g.a andningsförslamning. Detta är ej fallet nu då vi känner till och i regel kan undvika de vanligaste attackutlösande orsakerna, främst olämpliga läkemedel samt bättre behandling.

I litteraturen anges det att om de akuta attackerna klaras av, så är AIP på lång sikt en godartad sjukdom bortsett från ökad risk för hypertoni och hyperlipidemi. Detta är inte bekräftat och naturalförloppet är föga känt.

Ökad förekomst av njursjukdom liksom även psykisk sjukdom har nämnts. Nyligen har beskrivits hög frekvens av levercancer hos AIP-patienter i Norr- och Västerbotten.

Frågeställningar

Många frågeställningar av stort teoretiskt och kliniskt intresse återstår att lösa för denna sjukdom. Vi har i Arjeplog unika förutsättningar att göra studier som tidigare ej gjorts.

Porfyriundersökningen i Arjeplog startade februari 1989.

Personer bosatta i Arjeplog kommun, 15 år och äldre ingår i undersökningen. Den är upplagd som en fallkontrollstudie med cirka 50 fall och 200 kontroller, matchade avseende ålder och kön.

I syfte att bidra med ytterligare kunskap angående medicinska och sociala konsekvenser vid AIP kommer följande områden att penetreras i den aktuella studien.

- Sjuklighet vid symtomgivande och latent AIP. Omfattning, svårighetsgrad och typ av AIP-besvär undersöks i ett epidemiologiskt perspektiv liksom ev utlösande faktorer. Även personer med sk latent AIP undersöks avseende ev ökad sjuklighet.
- Samband AIP - andra sjukdomar. Ev ökad frekvens hos personer med manifest AIP och anlagsbärare av hyperlipemi, vaskulära sjukdomar såsom hypertoni, angina pectoris och hjärtinfarkt, cerebrovaskulär sjukdom studeras. Även ökad förekomst av njursjukdom, levercancer samt psykisk sjukdom undersöks.
- Diagnostik av AIP. Diagnosen AIP är ibland svår att säkerställa med lab-prov. En besvärande "gråzon" på cirka 20% finnes. Att precisera diagnostiken vore angeläget. Detta kan göras genom att närmare fastställa gränsdragningen för normalvärdet samt genom utvärdering av ny diagnosmetod. Denna metod

innebär mätning av enzymmängd med ELISA-teknik.

- Socialmedicinska och psykosociala effekter av AIP. En enkätstudie tar upp frågor såsom påverkan av yrkesval, ekonomi, fritid, familjeförhållande, socialt nätverk etc.

Samarbetspartners

I samband med porfyristudien har ett brett samarbete etablerats med landets ledande porfyricentra, S:t Görans sjukhus i Stockholm, med prof Lenart Wetterberg och medarbetare. Här finns landets största porfyri-lab och nationella porfyriregister. Docent Folke Lithner vid Regionsjukhuset i Umeå är vetenskaplig handledare för projektet. Socialmedicinska Institutionen i Umeå medverkar i en del av undersökningen.

Målsättningar

Porfyri-undersökningen i Arjeplog har som mål att bidra till

- Förbättrad diagnostik av AIP såväl vid screening-undersökning som vid riktade prover.
- Förbättrad information till personer med manifest AIP och anlagsbärare om symtom och om utlösande orsaker samt om ev samband med andra sjukdomar.
- Bättre grund för förebyggande insatser samt kontroll och behandling av ev associerade sjukdomar.
- Ökat medicinskt och socialt innehåll i AIP-vården, genom en bättre helhetssyn på betydelsen av AIP för den enskilde patienten.

Att arbeta med porfyri-projekt i Arjeplog som har världens högsta AIP-frekvens, känns som en utmaning - och en skyldighet!

Undersökningen har kunnat komma till stånd genom forskningsanslag från Norrbottens Läns Landsting och genom stöd från samarbetspartners vid S:t Görans sjukhus och Regionsjukhuset i Umeå. Den positiva hållning till forskning och utveckling inom primärvårdens verksamhet som nu råder i landstinget liksom en engagerad personal vid Vårdcentralen har varit ett stöd.

Författarpresentation

Christer Andersson, distriktsläkare vid Vårdcentralen i Arjeplog. Verksam där sedan 1977.

Postadress: 930 90 Arjeplog.



Det kom ett brev ...

Hundar får också hjärtinfarkt

Även hundar drabbas av hjärtekärlsjukdomar och dör i hjärtinfarkt precis som människor. Boven i dramat är oftast den kolesterolrika kosten, som liksom hos människor orsakar en för tidig död.

Kolesteroldebatten har ånyo flammat upp. Anledningen är framförallt amerikanen Robert E. Kowalskis bok "8 veckors kolesteroluren" (Norsstedts), som blivit en bästsäljare i hela världen.

Det är framförallt havregryn och havrekli som hamnat i fokus som de fibrer, vilka på naturlig väg, utan medicinering, sänker farligt höga kolesterolvärden (blodfetter) i kroppen och kan minska risken för hjärtinfarkt med 50% ...

Även blodsockret påverkas och hålls på en konstant nivå och medverkar därmed till att begränsa diabetes - en vanlig sjukdom även hos hundar. Andra fibrer, som saknar havrekliets och havregrynnens höga löslighet i mage och tarm, åstadkommer inte dessa påtagliga sänkningar av kolesteroln i blodet. Det var forskare i Nederländerna och USA som först upptäckte detta i djurförsök.

I Sverige bedriver Svalöf en omfattande forskning och utveckling om spannmål. Det har visat sig att havregryn, som är havrekärna befriad från skal, borde ingå som en viktig huvudingrediens i hundmat ända från valpstadiet. Havreskalet däremot kan inte smältas av en hund och bör därför inte alls finnas i hundfoder.

Hundar som regelbundet får mat som till stor del innehåller havregryn, inga skal eller syntetiska smaktillsatser, färg m m, mår bättre. Risken för hjärtekärlsjukdomar hos djuren minskar radikalt.

Redan för 30 år sedan tog man fram ett hundfoder med mycket havre i, som döptes till Svalöfs hundfoder, som idag fått namnet Maxi, och som nu kommit att spela en viktig roll i kolesteroldebatten, därför att det innehåller just stora mängder havre.

*IngBritt Bengtsson,
platschef, Vårgårda Kvarn.*



LBO 8799

Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

Regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns sedan 1974 på Huddinge sjukhus och sedan 1986 i Lund (ELIS). 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 ALLMÄNMEDICIN publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Har Du synpunkter på vilka ämnen som jag ska ta upp i denna spalt skriv till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766-385 00.

Denna gång presenteras frågor från både Huddinge LIC och ELIS.

Fråga:

En 43-årig kvinna lider av recidiverande urinvägsinfektioner. Tidigare har patienten visat sig vara överkänslig mot både sulfa och penicillin.

Kan Lexinor (norfloxacin) ges till patienten utan risk?

Svar:

Norfloxacin tillhör gruppen fluorokinoloner och uppvisar strukturell likhet med nalidixinsyra. Fluorokinolonerna har ett brett antibakteriellt spektrum och verkar genom att hämma bakterernas DNA-gyras. Biverkningar är relativt sällsynta, vanligast är symptom från gastrointestinalkanalen.

Huvudvärk och yrsel kan även förekomma. De överkänslighetsreaktioner som kan uppträda yttrar sig främst som olika hudutslag och klåda. Då varken sulfa eller penicilliner är strukturellt besläktade med norfloxacin föreligger det ingen kontraindikation i det aktuella fallet. Vid omfattande litteraturgenomgång har det inte framkommit några uppgifter om att norfloxacin skulle kunna korsreagera med sulfa eller penicillin.

Fråga:

En nyförlöst 25-årig kvinna har en idiopatisk trombocytopen purpura.

Hon behandlas nu med prednisolon 75 mg per dag med successiv nertrappning. Patienten ammar – finns det någon risk för påverkan på barnet?

Svar:

Övergången av prednisolon till bröstmjolk har studerats vid dosering 5–80 mg dagligen. Koncentrationsförhållandet mjölk-plasma ligger i storleksordningen 0,16 men andelen i mjölk ökar vid högre dosering. Det har beräknats att barnet får i sig i medeltal cirka 2 procent och maximalt 3,6 procent av given prednisolondos per kg kroppsvikt. Det har beräknats att även vid en dosering om 80 mg prednisolon dagligen skulle det ammade barnet bara få i sig halter som motsvarade mindre än 10 procent av barnets egen kortisonproduktion. För att ändå minska exponeringen har det föreslagits att amning bör ske tidigast 4 timmar efter dosintag vid doser högre än 20–40 mg dagligen. I tillgängliga handböcker finns ingen information om effekter på barn som ammas under pågående prednisolonterapi.

Fråga:

Isoptin (verapamil) och Lanacrist (digoxin) interagerar. Brukar man behöva justera doserna?

Svar:

Ja man brukar rekommendera sänkning av digoxindosen med drygt en tredjedel eller omkring hälften när verapamil insätts och man bör sedan göra en bestämning av digoxinkoncentrationen tidigast 7–10 dagar efter dosjusteringen gjorts.

Bakgrunden är att man under 1970-talet fann att vid samtidig behandling med kinidin så ökade digoxinkoncentrationen i plasma avsevärt. 1980 påvisades liknande samband med verapamil/digoxin. Klein et al rapporterade att hos 49 patienter med kroniskt förmaksflimmer ökade medelvärdet för s-digoxin från $0,76 \pm 0,54$ ng/ml till $1,31 \pm 0,54$ ng/ml under verapamilbehandling och att effekten var beroende av verapamildosens storlek. De ökade digoxinnivåerna kan inte förklaras av interferens i mätmetoden för digoxin. Däremot kan man påvisa cirka 30 procent minskad total renal clearance för digoxin.

Digoxinkoncentrationen ökar inte momentant när verapamil sätts in utan stiger till en ny platå efter cirka en vecka.

Det är inte självklart att interaktionen skulle innebära ökad risk för toxicitet. Emellertid förefaller koncentrationsrespons-sambandet för digoxin inte att påverkas av verapamil.

Även om vissa författare menar att justering av digoxindosen inte är nödvändig menar därför andra att man bör tillämpa det gängse rekommenderade terapeutiska intervallet. Detta stärks av fallrapporter om symtom på digoxinintoxikation efter insatt behandling med verapamil. Fall med dödlig utgång har beskrivits.

Fråga:

En 32 årig man behandlas med Vibramycin (doxycyklin) på grund av luftrörsinfektion. Patienten har nu upplevt synbesvär som närsynthet under pågående behandling. Finns det tidigare beskrivet ögonbiverkningar av doxycyklin?

Svar:

I socialstyrelsens biverkningsregister finns rapporter om ögonbiverkningar där samband mellan intag av tetracyklin och ögonbiverkan bedömts som troligt. För just doxycyklin finns rapporter om biverkningar som klassificerats som myopi, dimsyn, optikusnevrut och synpåverkan.

Övergående myopi har rapporterats efter tetracyklinterapi hos barn. Komplikationer kan uppträda i form av ökat intrakraniellt tryck med bland annat papillödem. Kliniskt yttrar sig denna benigna intrakraniella tryckstegring som huvudvärk, illamående, kräkningar, dåsighet, öronsusningar, otydligt seende och ibland dubbelseende. Objektiva fynd kan vara papillödem, exsudat och ibland blödning. Förstoring av blinda fläcken och minskat synfält observeras inte så sällan. Även pares av de externa ögonmusklerna kan förekomma. Dessa kliniska symtom har oftast rapporterats i samband med behandling hos barn men har även noterats hos vuxna.

En misstänkt biverkan av denna typ bör rapporteras till socialstyrelsens biverkningskommitté.

Distriktsläkarnas andel av recepten

INGEGERD AGENÄS

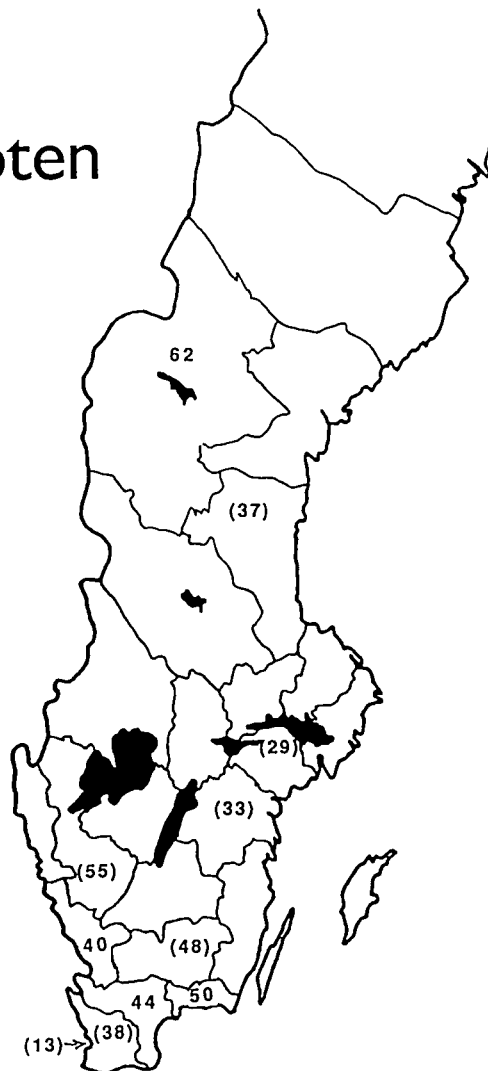
Den andel av befolkningens sjukvårdskonsumtion som sker i primärvården växlar över landet. Enligt LKELP 88 utgör de läkarbesök som sker inom allmänmedicinen ungefär 35% av totala antalet läkarbesök i den offentliga sjukvården och de 3,5 milj besök hos privatläkare som anmäls till försäkringskassan. När LKELP redovisar läkarbesöken på länsnivå fördelade mellan primärvård och länsregionsjukvård (utan privatpraktiker) finner man att primärvårdsandelen är högst i Jämtlands län och lägst i Malmö kommun.

Även distriktsläkarnas andel av de på apoteken expedierade recepten varierar över landet, som vidstående karta visar. Uppgifterna på den bygger huvudsakligen på den sk lokala förskrivningsstatistik, som presenterades i nr 2 av tidningen Allmänmedicin (Information om förskrivningen – ett nödvändigt hjälpmedel för att uppnå rationell läkemedelsanvändning).

Apoteken kan således efter önskemål från läkarna prospektivt sammanställa och redovisa förskrivningen för grupper av läkare. Sådana studier har redan genomförts på många ställen i landet. Genom en rundfråga till dem som genomfört studier har distriktsläkarnas andel av recepten i vissa områden kartlagts och uppgift om utfallet finns angivet på kartan här intill. Studier har genomförts på många fler platser men uppgifter har tagits med endast under förutsättning att en viss volym av recepten registrerats (tex inte bara för vissa läkare eller för nyutskrivna recept) och att man lokalt har godkänt att uppgiften publiceras. Data från Malmö kommun är hämtade från en särskild kartläggning i Malmö och jämtlandsuppgifterna ur den kontinuerligt pågående Läkemedelsregistreringen i Jämtland. Här rör det sig om andelen av *alla* recept, dvs även de som förskrivas av företagsläkare, av ej försäkringskasseanslutna privatpraktiker osv.

De lokala förskrivningsstudierna ger också underlag för att jämföra distriktsläkarens andel av läkemedelskostnaden liksom hur förskrivningen fördelas för olika läkemedelsgrupper.

Den läsare som är intresserad av att få veta mer om möjligheten till kartläggning av förskrivning kan kontakta sitt apotek.



Uppgift som inte står inom parentes täcker helt landstingsområde; uppgifter inom parentes täcker sjukvårdsdistrikt, kommun eller primärvårdsområde.

Flera uppgifter inom parentes i ett landstingsområde innebär alltså att uppgifter finns för flera orter.

Följsamhet till medicineringen

BRITTA LISPER

Apoteken har under året olika informationskampanjer riktade till allmänheten. De syftar till att hjälpa kunden att använda sina läkemedel på rätt sätt.

Under januari–april 1990 handlar apotekens kampanj om följsamhet till medicineringen. Med hjälp av utställning och affischer uppmärksammas kunden på vikten av medicineringsföljsamhet. Tidningen Apoteket har en artikel om konsten att sköta sin medicinering.

Hjälp dig själv att komma ihåg din medicin

En vana eller ett doseringshjälpmedel gör det lättare att komma ihåg att ta medicinen. "Koppla din medicin till en vana" är ett av huvudbudskapen i aktiviteten. Det vill säga det blir lättare att komma ihåg medicinen om man tar den i samband med en vana, tex när man borstar tänderna på morgonen, vid lunch eller när man tittat på TV-nyheterna på kvällen.

Ett annat budskap är: Om du glömt ta en dos så ta inte dubbelt nästa gång.

Bakgrund

Complianceproblemet är komplicerat och mångfacetterat. Genom en kampanj kan man inte lösa problemet men väl uppmärksamma kunder på att tex glömska är ett vanligt problem som man också kan komma till rätta med med hjälp av vissa rutiner. Just denna kampanj är riktad mot yngre och medelålders aktiva personer, som har ett aktivt och oregelbundet dagligt liv och har svårt att få in medicinering som en självklar vana. Att förbättra medicineringsföljsamheten är ett gemensamt intresse hos läkare och apotek.

Hösten 1990 kommer en ny kampanj kring compliance, men då riktad till äldre personer med andra medicineringsproblem.



Sänkt blodtryck med bibehållen livsglädje.

ZESTRIL
FOR LIFE Lisinopril

ZESTRIL
FOR LIFE *Lisinopril*

Receptet kan vara Zestril.

Zestril (lisinopril) är en ny ACE-hämmare som är enkel att använda och som tolereras väl. Zestril har enkel farmakokinetik, ges alltid i endos och har god effekt vid både hypertoni och hjärtsvikt. Zestril lämpar sig väl för många patienter och används där betablockerare och diuretika är olämpliga eller inte har gett önskad effekt.



Zestril för äldre.

Zestril kan användas vid alla former av mild till svår hypertoni och sänker blodtrycket lika effektivt hos äldre som yngre patienter. Zestril tolereras väl oavsett patientens ålder. För dosering, se FASS.



Zestril för fysiskt aktiva.

ACE-hämmare sänker blodtrycket utan att minska den fysiska prestationsförmågan.



Zestril vid samtidig annan sjukdom.

Zestril är ett bra alternativ vid behandling av hypertoni och hjärtsvikt vid samtidig diabetes mellitus. ACE-hämmare lämpar sig också väl för behandling av hypertoni vid samtidig astma, gikt, perifer kärlsjukdom, hyperlipidemi och hjärtsvikt.



Zestril är enkel att använda.

I våra kontakter med den svenska läkarkåren har vi fått en del frågor angående den praktiska användningen av Zestril. Vi har samlat svaren på dessa frågor i en liten skrift som vi kallar "När du använder Zestril".

Vi skickar den gärna om du skriver en rad, eller slår en signal.



ICI Pharma

Zestril. Den nya ACE-hämmaren.

Zestril

Tabletter 5 mg, 10 mg och 20 mg R

Blodtryckssänkande medel

C02E A03

Deklaration. 1 tablett å 5 mg innehåller: Lisinopril, anhydr. 5 mg, constit. et color (röd jarnoxid) q.s.

1 tablett å 10 mg innehåller: Lisinopril, anhydr. 10 mg, constit. et color (röd jarnoxid) q.s.

1 tablett å 20 mg innehåller: Lisinopril, anhydr. 20 mg, constit. et color (röd jarnoxid) q.s.

Egenskaper. Lisinopril, som är ett syntetiskt peptidderivat, är en långverkande hämmare av angiotensin converting enzyme (ACE). ACE omvandlar angiotensin I till angiotensin II, som bl a har starkt vasokonstriktorska egenskaper.

Verkningsmekanismen är ännu ej fullt klarlagd men den blodtryckssänkande effekten synes huvudsakligen bero på hämning av renin-angiotensin-aldosteron-systemet, vilket innebär sänkt plasmahalt av angiotensin II och aldosteron samt ökad plasmareninaktivitet. Lisinopril sänker blodtrycket även hos patienter med lågreninhyper-toni. Hemodynamiska studier har visat att lisinopril minskar det periferä kärlmotståndet hos hypertoni-patienter med obetydlig förändring i hjärtminutvolyt och hjärtfrekvens.

Blodtryckssänkning inträder vanligen 1 timme efter tillförsel och maximal reduktion av blodtrycket uppnås efter 6 timmar. Effektdurationen är dosberoende. Vid rekommenderade doser har de blodtryckssänkande och hemodynamiska effekterna visats kvarstå upp till 24 timmar. Hos vissa patienter uppnås effektiv sänkning av blodtrycket först efter 2-4 veckors behandling.

Hos patienter med kronisk hjärtinsufficiens, behandlade med digitalis och diuretika, har en sänkning av blodtryck, fyllnadstryck och perifert kärlmotstånd konstaterats. Hjärtminutvolyten ökade men ej hjärtfrekvensen.

Njurenömligheten har visats öka vid behandling med lisinopril, medan glomerulusfiltrationen vanligen var oförändrad.

Farmakokinetik: Biotillgängligheten är ca 25% men med betydande interindividuell variation. Samtidigt födo-intag påverkar ej absorptionen. Maximal plasmakoncentration uppnås efter ca 7 timmar.

Lisinopril binds ej till plasmaproteiner (andra än ACE)

Lisinopril metaboliseras ej och absorberad mängd utsondras i oförändrad form i urinen. Beräknad plasmahalveringstid vid upprepad tillförsel är ca 12 timmar.

Vid nedsatt njurfunktion bör dosen reduceras och eller dosintervall förlängas (se nedan)

ZESTRIL kan vid behov användas i kombination med andra blodtryckssänkande medel, framför allt tiaziddiuretika. I hos patienter med hjärtinsufficiens kan ZESTRIL ges som tillägg till digitalis och diuretika.

Indikationer. Hypertoni. ZESTRIL kan användas då behandling med betareceptorblockerare eller saluretika ej givit adekvat effekt eller är olämplig.

Hjärtinsufficiens. ZESTRIL kan ges som tillägg då behandling med diuretika och eventuellt digitalis ej givit adekvat effekt.

Kontraindikationer. Överkänslighet för lisinopril eller andra ingående ämnen.

Försiktighet. Vid nedsatt njurfunktion, vilket bör beaktas vid dosering hos äldre. Hos dialyspatienter och hos patienter med minskad plasmavolyt och eller hyponatremi (se Observera). Vid aorta- och mitraliskläffstenos samt bilateral njurartärstenos

Graviditet. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [g]. Beroende på bl a verkningsmekanismen kan farmakologiska effekter såsom neonatal hypotoni, låg födelsevikt och anuri ej uteslutas. ZESTRIL bör därför endast ges på sträng indikation under graviditet

Amning. Uppgift saknas om lisinopril passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Vanliga. Yrsel, huvudvärk, diarré, trötthet, hosta och illamående.

Mindre vanliga. Hypotoni (som hos vissa riskpatienter, framför allt vid hjärtsvikt, kan vara allvarlig) och ortostatisk hypotoni (se Observera). Asteni och hudutslag.

Sällsynta. Angioneurotisk ödem med svullnad av ansikte, extremiteter, lappar, tunga, glottis och eller larynx har rapporterats. Njursufficiens, vanligen reversibel. Palpitationer och impotens.

Laboratorievärden. Förhöjda värden av serumkreatinin, serumurea, leverenzymerna och serumbilirubin, vanligen reversibla vid utsättande av ZESTRIL, har observerats. Lätt sänkta värden av hemoglobin och hematokrit har rapporterats. Hyperkalemi har inträffat (se Observera).

Dosering. Dosen avpassas individuellt.

En lägre dos krävs hos patienter med nedsatt njurfunktion, vilket även bör beaktas när det gäller äldre patienter samt hos patienter som av någon anledning har minskad blodvolyt och eller saltbrist. Vid användning tillsammans med andra blodtryckssänkande medel, framför allt tiaziddiuretika, kan dosjusteringar behöva göras. Se nedanstående doseringsangivelser samt Observera.

Essentiell hypertoni. Vanlig effektiv underhållsdos är 20 mg dygn givet som engångsdos. Dosen bör avpassas efter blodtryckssvaret. Högsta dygnsdos i kontrollerade långtidsstudier har varit 80 mg.

Renovaskulär hypertoni. Hos vissa patienter med renovaskulär hypertoni, speciellt de med bilateral njurartärstenos och med stenos i kvarvarande njurartären, kan ett alltför kraftigt blodtryckssvar ses efter första dosen ZESTRIL. En lägre initialdos på 2,5 eller 5 mg rekommenderas till dessa patienter. Dosen avpassas sedan efter blodtryckssvaret.

Diuretikabehandlade patienter. Vid diuretikabehandling föreligger risk för hypotoni vid tillägg av ACE-hämmare, särskilt vid samtidig hjärtsvikt, hyponatremi samt hos äldre individer. Uppehåll i diuretikabehandlingen rekommenderas därför 1-3 dagar innan ACE-hämmaren insätts. Hos hypertoni-patienter där diuretika ej kan utsättas bör behandling med ZESTRIL inledas med en lägre dos (5 mg). Därefter bör dosen avpassas efter blodtryckssvaret.

Hjärtinsufficiens. Initialt ges 2,5 mg som engångsdos. Dosen kan vid behov stegvis höjas till 5-20 mg per dygn som engångsdos. Patienter där ökad risk för hypotoni föreligger, t ex patienter som behandlats med massiva diuretikadoser, eller av annan anledning har saltbrist (med eller utan hyponatremi) och eller minskad blodvolyt, bör om möjligt få dessa tillstånd korrigerade innan ZESTRIL insätts. Hypotoni kan, fastän sällan, åtföljas av njursvikt som vanligen är reversibel.

Behandlingen bör påbörjas under övervakning på sjukhus och effekten av den initiala dosen av ZESTRIL på blodtrycket bör följas noggrant när ZESTRIL och/eller diuretikadosen ökas.

Vid nedsatt njurfunktion baseras doseringen på kreatininclearance och framgår av tabellen nedan:

Kreatininclearance (ml min)	Initialdos (mg dag)
70-30	5-10
29-10	2,5-5
<10 (inkl. dialyspatienter)	2,5

Dosen och eller dosintervall bör avpassas efter blodtryckssvaret. Dosen kan titreras uppåt tills kontroll av blodtrycket uppnås. Högsta dygnsdos är 40 mg. Interaktion. Om ZESTRIL ges samtidigt med indometacin kan den blodtryckssänkande effekten minska.

Observera. Symtomatisk hypotoni har observerats framför allt hos hjärtsviktspatienter (med eller utan njursufficiens) på höga diuretikadoser, vid hyponatremi eller vid försämrad njurfunktion. Även hos hypertoni-patienter kan hypotoni uppträda, framför allt hos dem som pga diuretikaterapi, saltrestriktion, dialys, diarré eller kräkningar har minskad blodvolyt. Risken för hypotoni bör också beaktas hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom eller cerebrovaskulär sjukdom då ett kraftigt blodtrycksfall kan leda till hjärtinfarkt eller stroke. Om hypotoni inträffar ges vid behov intravenös infusion av natriumklorid. Övergående hypotoni föranleder vanligen ej utsättande av ZESTRIL.

Vid större kirurgiska ingrepp eller under anestesi med medel som ger blodtryckssänkning blockerar ZESTRIL angiotensin II-bildningen, som är sekundär till kompensatorisk reninfrisättning. Detta kan leda till överexcessiv hypotoni, som kan korrigeras genom ökning av plasmavolyten.

Även om ZESTRIL i kliniska prövningar vanligen ej påverkat serumkalium har några fall av hyperkalemi rapporterats. Hos njursufficiens-patienter kan behandling med ZESTRIL leda till förhöjda serumkaliumvärden. Kaliumsupplement och kaliumsparande medel rekommenderas därför ej. Om samtidig användning trots allt bedöms som viktig, måste detta ske med försiktighet och med täta serumkaliumbestämningar.

Klinisk erfarenhet av behandling med ZESTRIL hos barn saknas.

Förpackningar. Tabletter 5 mg (rosa, runda, valvda, märkta med ett hjärta och siffran 5 på en sida, delskärta på den andra, Ø 6 mm)

28 st (tryckförp.)

98 st (tryckförp.)

100 st (burk)

Tabletter 10 mg (rosa, runda, valvda, märkta med ett hjärta och ZESTRIL 10 på en sida, ICI på den andra, Ø 8 mm)

28 st (tryckförp.)

98 st (tryckförp.)

100 st (burk)

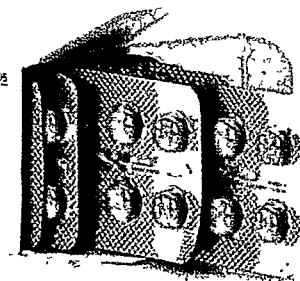
Tabletter 20 mg (roda, runda, valvda, märkta med ett hjärta och ZESTRIL 20 på en sida, ICI på den andra, Ø 8 mm)

28 st (tryckförp.)

98 st (tryckförp.)

100 st (burk)

98 tabl.



ICI Pharma

Zestril marknadsförs av ICI-Pharma AB, Stora Badhusgatan 20, 411 21 Göteborg. Tel 031-17 41 20.

På två år når de flesta nya läkemedel endast en liten försäljning

J LARS G NILSSON · INGRID NORDENSTAM

Läkemedelskostnaden för humanläkemedel steg kraftigt under 1988 jämfört med tidigare år. Jämfört med 1987 steg kostnaden med 952 mkr eller 13,1%. Endast 3 procentenheter av denna ökning berodde på prishöjningar. En närmare analys visade också att omkring 5 procentenheter åstadkoms av preparat som registrerats under 1988. För att belysa hur snabbt nyregistrerade läkemedel etablerar sig i terapin har vi valt ut de preparat som registrerats under 1986 och studerat hur stor deras försäljning blivit 2 år senare, dvs under 1988.

Nyregistrering under 1986

Totalt registrerades 51 nya preparat under 1986. Denna siffra anger endast nya preparatnamn och innefattar inte nya beredningsformer, styrkor eller förpackningsvarianter av redan existerande preparat. Om dessa skulle tas med blir antalet väsentligt högre. De nedan angivna försäljningssiffrorna för nya preparat anger summan för samtliga beredningsformer under respektive namn.

Av de 51 nyregistrerade preparaten var 17 nya kemiska ämnen (NCE = new chemical entities) och återstående 34 var beredningar av ämnen som tidigare fanns som läkemedel. Tabell 1 visar den totala försäljningen från apotek under de tre aktuella åren.

Försäljningen av NCE

Preparaten baserad på NCE såldes för 31 miljoner, 1989 och 142 miljoner kr under de tre åren 1986, 1987 och 1988. Av de 17 preparaten är det ett fåtal preparat som starkt dominerar försäljningen. De fem största preparaten står för 76% av försäljningsvärdet 1988 och de 10 största för 94%.

Försäljningen av övriga preparat

Försäljningen av samtliga övriga preparat (ej NCE) uppgick till 9 miljoner 1989 och 196 miljoner kr under de tre åren 1986, 1987 och 1988. Den tendens som fanns för NCE-preparaten är nu ännu mer uttalad. De tio största av de 34 preparaten står för 97% av den samlade försäljningen inom denna grupp. Återståen-

Tabell 1 Försäljningsutveckling för nya preparat som registrerades 1986–1988 mkr AUP¹⁾

Preparattyp	Försäljning år		
	1986	1987	1988
Nya kemiska ämnen (NCE)	30,9	89,4	141,9
Övriga preparat	9,4	97,3	196,4
Totalt	40,3	186,7	338,3

¹⁾ AUP = Apotekens utförsäljningspris.

de 23 preparat har således en sammanlagd försäljning av endast 6,4 mkr eller 3% av gruppens total.

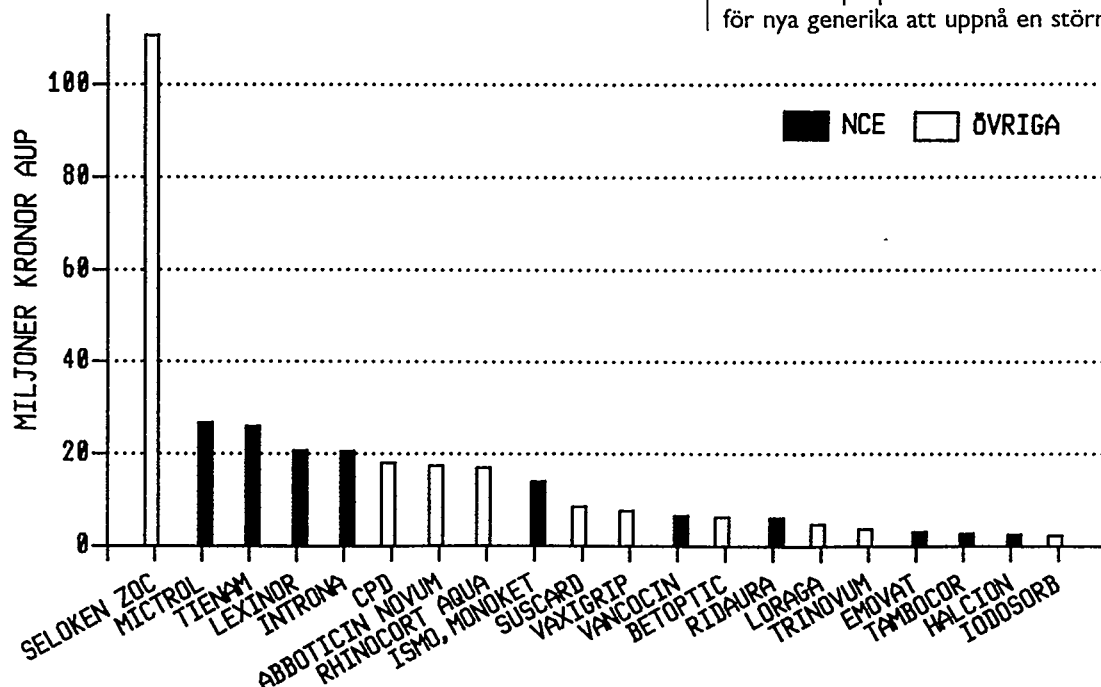
Ett preparat är helt dominerande nämligen Seloken ZOC som sålde för över 110 mkr eller 56% av gruppen totalt. Preparatet är ett specialfall. Förutvarande Selokenpreparat byttes nämligen ut mot Seloken ZOC med början under 1987 och den då mycket stora försäljningen gick därmed över till Seloken ZOC. Man kan därför inte direkt jämföra detta preparat med övriga i gruppen.

Då man lägger samman NCE-preparaten och övriga i en jämförelse visar det sig att NCE-preparaten står för fyra femtedelar inom gruppen. De 10 största preparaten hade 1988 en försäljning av 279,2 mkr eller 82,5% av det totala 338,3 mkr (Tabell 1). Av dessa 10 preparat är 5 NCE motsvarande 28% av totalen. Av de 20 största är 12 NCE och de har tillsammans cirka 40% av den totala försäljningen. Detta förhållande illustreras grafiskt i Figur 1.

Hela 31 preparat faller utanför Figur 1. Av dem är endast 5 NCE. Dessa 31 hade alla en låg försäljning under 1988, tillsammans endast 13 mkr eller 4% av totalsumman.

Slutsats

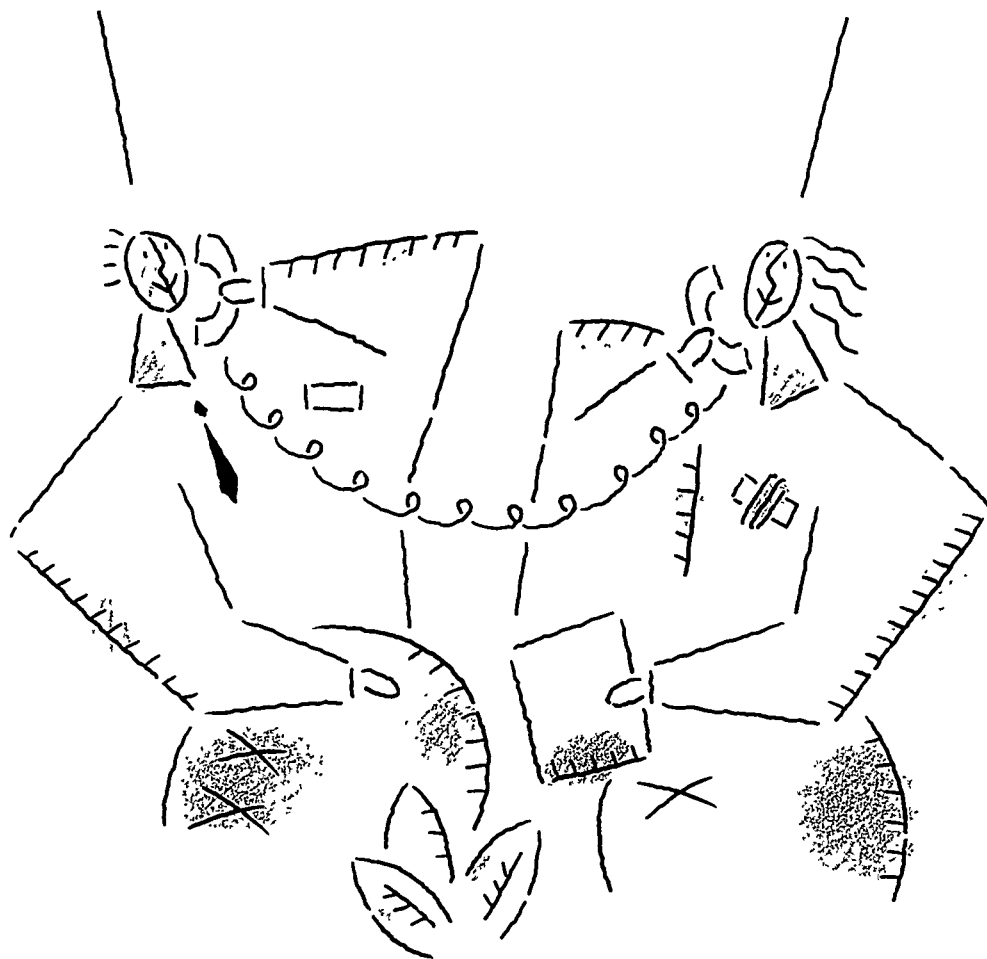
Ovanstående genomgång av försäljningen under 1988 av de läkemedel som registrerades under 1986 visar att några preparat på två år blir mycket dominanta och att de flesta förblir relativt små. Några av de små är utpräglade specialpreparat som sannolikt bör ha en låg användning, medan andra är generikavarianter av redan etablerade preparat. Detta visar att det är svårt eller tar lång tid för nya generika att uppnå en större försäljning.



Figur 1. Läkemedel registrerade 1986. De 20 största preparatens försäljning under 1988.

— Jag ser att du bytt lipidsänkande preparat på patienten jag remitterade. Vad är fördelen med den nya behandlingen?

— Titta i Läkemedelsboken får du se.



Höga blodfetter har de senaste åren dragit till sig allt större uppmärksamhet. Ett fåtal sjuka har visats behöva medikamentell behandling trots strikt dietregim. I kapitlet "Hyperlipoproteinemi" i nya Läkemedelsboken får du en sammanfattning av de olika sjukdomsgrupperna och en diskussion förs kring behandlingsalternativen.



Läkemedelsboken. Med råd enligt senaste rön.

Läkemedelsboken är en producentobunden läkemedelsinformation från Apoteksbolaget. Författare är erfarna svenska läkare, erkänt framstående inom sina specialområden.



Upplevelse av symtom på utbrändhet – en jämförelse mellan sjuksköterskor i privat och offentlig vård

BIRGIT ANDERSSON · INGRID HESSLID · KARIN WESTIN

Syftet med denna undersökning har varit, dels att försöka definiera och beskriva fenomenet utbrändhet, dels att påvisa eventuella skillnader i symtomupplevande mellan sjuksköterskor verksamma inom privat och offentlig vård. Sjuksköterskor verksamma inom företagshälsovård, primärvård och slutenvård tillfrågades (n=60). Av resultatet framgår, att sjuksköterskorna inom den offentliga vården uttrycker flest tecken på utbrändhet. Kan detta vara en signal till berörda arbetsgivare att på ett offensivt sätt ta itu med problemen?

Nyckelord: Sjuksköterskor, intervju/enkätundersökningar, utbrändhet

Introduktion

Föreliggande arbete handlar om det alltmer aktuella ämnet utbrändhet. Under mångårigt sjukvårdsarbete har iakttagelser, som idag kan härledas till det nämnda fenomenet, ökat vårt intresse för hur pass vanligt det är, att personer som tillhör den egna yrkeskåren känner sig drabbade.

Många av våra kollegor inom den slutna vården (SV) har slutat sina arbeten, antingen för att byta yrke helt eller också för att börja arbeta med vårdfrågor inom företagshälsovården (FHV) eller i primärvården (PV). Vid direkta kontakter har många upplevt och delgivit oss att de nya arbetsuppgifterna är både mer intressanta och mer stimulerande. Detta har lett till att vi undrar varför arbetet oftare uppfattas som mer tillfredställande inom andra vårdformer än den slutna vården.

Vi har själva upplevt, att de visioner och idéer man har som nyutbildad sjuksköterska snart naggas i kanten, bli genom en arbetsbelastning, som ofta medför stressreaktioner av negativ art, typ sömnstörningar och magbesvär. De hårda kraven i kombination med en känsla av liten eller ingen möjlighet till påverkan av situationen är enligt vår mening ofta början på det fenomen som blivit kallat "burn-out" eller "utbrändhet". Uttrycket ut-

brändhet kommer i fortsättningen att användas i texten.

Trots att syndromet givetvis kan drabba alla personalkategorier inom människovårdande yrken valde vi i vårt arbete att vända oss enbart till sjuksköterskor.

Utbrändhet – en kunskapsöversikt

Utbrändhet får betraktas som ett av våra moderna uttryck för de konsekvenser, som inlevelse och engagemang i arbeten under svåra förhållanden kan föra med sig. Den första beskrivningen omkring detta fenomen redovisades av psykologen Herbert Freudenberger i USA 1974. Därefter har det aktualiserats på kongresser och i vetenskapliga tidskrifter allt eftersom. Den svenske professorn i kultursociologi Johan Asplund har pekat på det tidstypiska för detta fenomen. De yrkesgrupper, som enligt forskningen är utsatta för risker att bli utbrända, har alla funktioner, som i ett historiskt perspektiv är nya företeelser. Som exempel kan nämnas sjuksköterskeyrket, som grundades så sent som 1860 av Florence Nightingale i London. Den förskjutning, som då skedde i vårdandet, från att ha varit en enskild eller en familjeangelägenhet, till att bli en profession, har på liknande sätt uppstått inom alla yrken, som består i social interaktion. Detta leder i sin tur till det utbredda problem, som utbrändhet verkar vara i dagens samhälle (1).

Begreppet utbrändhet kan delvis användas olika, men omkring några grundläggande aspekter tycks full enighet råda enligt den sammanfattning Märta Danielsson presenterar. Hon menar att processen sker på ett psykologiskt plan och innebär att man ej kan inhämta energi i den omfattning, som man ger ut den. Den gradvisa utvecklingen av belastningssymtomen kan sluta i en psykisk, fysisk eller emotionell utmattning. Detta drabbar den som arbetar med människor i emotionellt krävande situationer, speciellt om detta pågår under lång tid (2). Enligt Maslach är det förlusten av intresse för de människor som man arbetar med och tendensen att bemöta/behandla dem på ett mekaniskt

sätt, som är det genomgående beteendet hos en utbränd vårdare (3).

Organisationens betydelse

Dålig organisation och dålig ledning av en organisation bidrar till utbrändhet. Om verksamhetens mål är oklara, om personalens roller är illa definierade och om byråkratiskt krångel breder ut sig, kan hängivenheten och ambitionen brinna ut och bli till aska. Är dessutom kommunikationen mellan personal och överordnande oklar, och är de senare oförmögna att ge stöd, blir det inte lätt för vårdaren att ge god service, behandling, instruktion eller omsorg (4).

En mycket viktig aspekt är ledningsfunktionen inom en vårdenhet. För att minska risken för utbrändhet bör exempelvis en avdelningsföreståndare i sin ledarskapsstil visa hänsyn, respekt och omtanke för sina medarbetare. Frånvaron av positiv återkoppling isolerar den professionella vårdaren ytterligare om den emotionella stressnivån är hög. Detta ger små möjligheter att ensam lyckas i kampen mot utbrändhet (2).

Trots att vår litteraturstudie är begränsad till endast några av forskarna inom detta område, samt att kritik riktats mot oklarheter i beskrivningen av fenomenet, tycker vi, att vi sparat gemensamma synpunkter, som får oss att sammanfatta begreppet utbrändhet på följande sätt: Det gemensamma för alla som arbetar med människor under lång tid och under svåra förhållanden är att de förbrukar mer energi än de har chans att inhämta. Detta leder till känslolöshet för patienterna/klienterna och att man tenderar att bemöta dem på ett mekaniskt och cyniskt sätt. Ju längre tid detta pågår utan hjälp för att bryta beteendet, desto mer utpräglad blir den negativa attityden mot andra.

Material och metoder

Vår undersökningsgrupp omfattar totalt 60 sjuksköterskor i SV och PV inom Västernorrlands läns landsting och i FHV inom Västernorrlands län. Undersökningen är utförd inom ett av sjukvårdsområdena som tillhör nämnda landsting.

Inom SV vände vi oss till de 10 sjuksköterskor på allmänmedicinsk vård-

avdelning och till de 12 sjuksköterskor på allmänkirurgisk vårdavdelning, som arbetar dagskift. Bortfallet var 5 respektive 3 personer.

Inom PV valde vi att vända oss till befintliga vårdcentraler i tätorten. På två av dem arbetar man i vårdlag samt på en vårdcentral är distriktssköterskemottagningen skild från läkarmottagningen. Totalt tillfrågades i denna grupp samtliga 21 sjuksköterskor av vilka 20 inkom med svar.

Inom FHV tillfrågades samtliga 17 sjuksköterskor, som arbetar inom enheterna i sjukvårdsområdet. Bortfallet utgjordes av 1 person.

Undersökningen genomfördes med hjälp av ett frågeformulär, vilket omfattade 42 frågor. Formuläret innehöll i huvudsak frågor som berörde bakgrundsvariabler (kön, ålder, arbetsplats, arbetstidens omfattning och utformning), personliga känslor och möjligheter till påverkan på den egna arbetssituationen. Frågorna var företrädesvis utformade med bundna svarsalternativ. Vissa av dem gav dock möjlighet till egna kommentarer. Frågeformuläret har databearbetats.

Innan undersökningen påbörjades togs kontakt med ovan angivna arbetsplatser i syfte att få veta om intresse för deltagande förelåg. Innan frågeformuläret skickades ut till undersökningsgruppen prövades det på två vårdlärare samt på en sjuksköterska verksam i öppen vård. Frågeformuläret distribuerades därefter tillsammans med ett följebrev till undersökningsgruppen.

Av följebrevet framgick bl.a., att jämförelsen mellan privat och offentlig sektor skulle göras, men att uppgifter ej kunde spåras till enskild deltagare.

Deltagarna fick ca tre veckor på sig för att besvara enkäten. De som vid svarstidens utgång inte hade skickat in formulären kontaktades per telefon.

Resultat

Av resultatet framgår, att de yngsta sjuksköterskorna tjänstgör inom SV. Medelåldern inom SV är 38,5 år, inom PV 44 år och inom FHV 46 år.

Beträffande arbetstider framgår, att obekvämt arbetstid inte förekommer inom FHV, samt att de flesta inom FHV arbetar deltid.

I fråga om konstnader för vidareutbildning föreligger skillnad mellan grupperna så, att inom FHV arbetsgivaren står för kostnaden, medan sjuksköterskan inom den offentliga vården själv bekostar sin vidareutbildning.

Möjligheterna att få gå kurser är störst inom FHV. Ingen skillnad mellan SV och PV ses, men i dessa grupper anger några att de aldrig har möjlighet att gå enstaka kurser.

Sjuksköterskorna inom FHV har så gott som alltid möjlighet till semester efter eget önskemål, medan personalen inom SV och PV mindre ofta har denna möjlighet. Samma förhållande gäller tjänstledigheter.

De största möjligheterna till såväl föräldraledighet som annan ledighet efter eget önskemål finns inom FHV.

Ett större antal av sjuksköterskorna inom SV och PV har någon gång eller ofta funderat på att byta yrke till skillnad från sjuksköterskorna inom FHV. Samma förhållande gäller funderingar på byte till annat arbete inom vårdsektorn.

Stress är vanligast inom SV och därnäst inom PV. Merparten upplever att man klarar stressituationer, men inom såväl SV som PV finns några som anger att de klarar dessa situationer ganska dåligt.

Det framgår att man inom SV och PV upplever föga uppskattning från arbetsgivaren, medan man inom FHV upplever mer uppskattning. Vad gäller uppskattning från arbetskamrater är den störst inom PV.

Inom PV upplever man det minsta stödet från arbetsledaren. Inom SV får man ganska mycket eller mycket stöd vid svårigheter. Det största stödet får man inom FHV.

Över hälften inom SV upplever alltid eller ofta fysisk utmattning av arbetet, medan man inom PV och FHV sällan upplever detta.

Sjuksköterskor inom SV i synnerhet, men även inom PV, upplever sig psykiskt utmattade av sitt arbete. Denna upplevelse har man sällan inom FHV.

De flesta känner sig sällan eller aldrig ängsliga på arbetet, men inom PV och särskilt inom SV finns några som ofta är ängsliga.

Nästan hälften av sjuksköterskorna inom SV och en dryg fjärdedel inom PV upplever sig ofta desillusionerade, medan man inom FHV sällan eller aldrig har den känslan.

Inom FHV anger man att man sällan eller aldrig är förbittrad på människor. Merparten inom SV och PV svarar på samma sätt, men några anger att de ofta är förbittrade på människor.

Diskussion

Under våra många år som yrkesverksamma sjuksköterskor har vi styrkts i vår uppfattning, att arbetssituationen blivit alltmer ohållbar. På senare tid har de känslor som många upplever i samband med detta sammanfattats i den gemensamma termen utbrändhet. Begreppet har dock kritiserats främst för svårigheter att ange vad som är orsak och verkan.

Den forskning som utförts har också vissa svagheter – t.ex. att de skalor som används har bristfälliga underlag. Detta har delvis sin förklaring i att kvalitativa metoder är dåligt utvecklade samt svåra att utvärdera. Trots detta känns utbrändhet för många som ett sant begrepp – man känner igen sig.

Redan i början av vår undersökning tyckte vi oss finna stöd för våra tankar när bortfallet bland sjuksköterskorna inom SV visade sig vara så stort som

50% på medicinkliniken och 25% på kirurgkliniken. Detta skall jämföras med PV och FHV där bortfallet utgjordes av 5% vardera, och mot det faktum att vi vid förfrågan upplevde ett lika stort intresse från alla berörda. Kan skillnaderna ge uttryck för brist på tid och ork för ytterligare en uppgift, eller för känslan av att insatsen inte gör någon skillnad? Oavsett vilket skulle resultatet i båda fallen ytterligare förstärkt den bild som de deltagande sjuksköterskorna givit oss. Bortfallet kan också ha snedvridit vårt resultat i motsatt riktning – det kanske var de äldsta sjuksköterskorna som ej besvarade formuläret.

Det är naturligt att anta, att när livet givit oss erfarenheter och mögnad får vi också bättre förmåga att hantera de svåra situationer, som annars utgör delorsak till utvecklandet av utbrändhet. I sådana fall skulle bortfallet kunna betyda att upplevelsen av symtom på utbrändhet i verkligheten är lägre inom SV än vad resultatet anger. Delvis motsäges detta av att den äldsta åldersgruppen är mest representerad inom PV, och att dessa gett mer uttryck för känsla av utbrändhet än sjuksköterskorna inom FHV har gjort.

Vår studie vill bl.a. belysa hur de organisatoriska förhållandena påverkar sjuksköterskorna. De befinner sig långt från sina beslutsfattare och kontakten dem emellan är ytterst sporadisk. Möjligheten till påverkan av arbetssituationen upplevs som ringa, speciellt inom SV. Att inte ens kunna styra sin semester eller annan ledighet är förmodligen en källa till upprepade irritation och uppgivenhet, inte minst med tanke på att sjuksköterskans omgivning också drabbas utan chans till påverkan. Detta tror vi är en av flera viktiga anledningar till att så många sjuksköterskor funderat på att byta yrke eller redan gjort det. Andra åter söker nya alternativ inom vården. I en yrkesroll där det krävs yrkeskunskaper, effektivitet och dessutom ett ständigt trevligt bemötande oavsett arbetsbelastning, krävs också uppmuntran från arbetskamrater och kanske speciellt från överordnade.

Det finns i det sammanhanget anledning att reagera över bristen på stöd från arbetsledarna, som speciellt sjuksköterskorna inom PV känner när de är försatta i svåra situationer. Deras situation som "ensamarbetande" i många fall förklarar ej skillnaden gentemot FHV:s sjuksköterskor, då dessa också ofta har liknande arbetsförhållanden.

Det hade varit av värde om vi också hade ställt frågan vad arbetsgivaren gör för att stödja och uppmuntra i ett arbetsklimat, som ständigt för med sig nya arbetsuppgifter, och en arbetsledarroll som blir alltmer komplicerad och därmed ger ett ökat ansvar. Delvis har detta belysts genom den fråga som visar att sjuksköterskorna inom FHV

DIFLUCAN 150mg
FLUCONAZOL
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

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

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

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

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

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

Indikationer. Vaginal candidiasis.

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

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

Amning. Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

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

Vanliga CNS: huvudvärk
GI: illamående, mag-
smärtor

Dosering. 150 mg som engångsdos. Vid reducerad njurfunktion behöver dosen inte justeras eftersom det rör sig om engångsdosering.

Interaktioner. Fluconazol interagerar med tolbutamid och warfarin. Fluconazol förlängde koagulerings tiden hos warfarinbehandlade patienter. Vid samtidig behandling med fluconazol och kumarinpreparat bör en noggrann titrering av antikoagulantia-dosen göras. Fluconazol förlänger halveringstiden av samtidigt given tolbutamid. Någon effekt på serumglukosnivåerna har dock inte setts.

Förpackning. Kapslar 150 mg (vita märkta FLU-150 och Pfizer-symbol). 1 st (tryckpack).

*Ny terapi
vid genitala
Candida infektioner!*



En
enda
kapsel
peroralt

Diflucan 150 mg
fluconazol

Ett originalpreparat från



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

oftare får gå på kurser av olika slag. Detta är inte minst viktigt med tanke på det behov av "påfyllning", som den emotionella utmattningen leder till. Det krävs också täta möjligheter till fortbildning för att kunna förstärka yrkesrollen. Dessutom kan man då lättare förhindra den känsla av okunnighet, som ett par av sjuksköterskorna inom PV ger uttryck för. Vi kan också av resultatet utläsa, att sjuksköterskorna i viss mån upplever dålig uppskattning från arbetskamraterna – och förmodligen själva är dåliga på att ge andra beröm. Detta är delvis ett samhällsligt problem, men bör föranleda att man i vårdutbildningen ytterligare tränar och utvecklar kunskaper om återkopplingsmekanismer.

En av de frågor, som visat på skillnader i vår undersökning, är att man inom FHV i större utsträckning arbetar deltid. Det känns naturligt att anta, att detta påverkar känslan av utbrändhet i positiv bemärkelse. Deltidsarbete kräver dock ekonomiska förutsättningar av annat slag än de idag förekommande. För att kunna dra relevanta slutsatser i denna fråga hade vi behövt uppgifter om lönesättningen från de tillfrågade. Vi avstod från detta då frågan kändes alltför indiskret. Även en del av de andra frågorna kan p.g.a sin känslövärderande karaktär uppfattas som indiskreta, vilket kan förklara det interna bortfall som förekommit. En annan förklaring kan vara, att sådana frågor upplevs

som oklara och svåra att förstå och därmed också besvara.

En svaghet i ett par av frågorna är dessutom, att två olika känslouttryck blivit efterfrågade i en och samma fråga. Vi bedömer dock att detta inte har någon avgörande betydelse för det totala intrycket av vårt resultat.

Trots att vi i denna undersökning vänt oss till relativt få personer inom varje arbetsplats tycker vi att vi sett oroande tendenser i de svar vi fått. Detta bl.a. med anledning av att man så genomgående inom SV och PV gett uttryck för psykisk och fysisk utmattning, samt för upplevelse av hopplöshet och desillusion i sitt dagliga arbete. Inom SV uttrycker dessutom flera sjuksköterskor att de ofta känner sig ängsliga på arbetet. Så även om utbrändhet av många betraktas som ett psykologiskt modebegrepp från USA upplever speciellt sjuksköterskor inom den offentliga vården symtom som är karakteristiska för syndromet. Trots det begränsade urvalet, och trots att vissa skillnader i åldersstruktur finns mellan de undersökta grupperna, tror vi inte att detta helt förklarar de skillnader i upplevelser av symtom av utbrändhet som vi kan se i vårt material.

Kan vi hoppas på att dessa tendenser är orsak nog för att arbetsgivaren i den offentliga sektorn officiellt skall uppmärksamma problemen och söka vägar för att förebygga en ytterligare försämrad psykosocial arbetsmiljö?

Förslag på lämplig litteratur

1. Asplund J. Det sociala livets elementära former. Göteborg: Bokförlaget Korpen, 1987
2. Danielsson M. Burnout – Fara och möjlighet. Lund: Studentlitteratur, 1987
3. Maslach C. Burned-out. Human Behavior 1976;5 (9):16–22
4. Maslach C. Utbränd. Värnamo: Natur och Kultur, 1985
5. Bronsberg, B, Vestlund N. Bränn inte ut dig. Helsingborg: Forum, 1987
6. Brodsky A, Edelwich J. Burn-out: Stages in the Disillusionment in the Helping Professions. New York: Human Sciences Press, 1980
7. Hallsten L. En litteraturgenomgång av burnout-fenomen. Rapport nr 18. Stockholm: AMI, 1983
8. Aronson E, Kafry D, Pines AM. Burnout: From Tedium to Personal Growth. New York: Macmillan, 1981
9. Veninga R L, Spradley J P. The Job-Stress Connection. How to cope with job-burn-out. Boston: Little Brown Co, 1981

Författarpresentation

Birgit Andersson, distriktssköterskestuderande, Vårdhögskolan, Sundsvall
Ingrid Hesselid, distriktssköterskestuderande, Vårdhögskolan, Sundsvall
Karin Westin, högskolelärare, Vårdhögskolan, Sundsvall

Uppsatsen kan i sin helhet beställas av Karin Leuf
 Vårdhögskolan, Lasarettsv 19, 851 86 Sundsvall
 Pris 50 kronor

ALTERNATIV VÅRD

430 6455

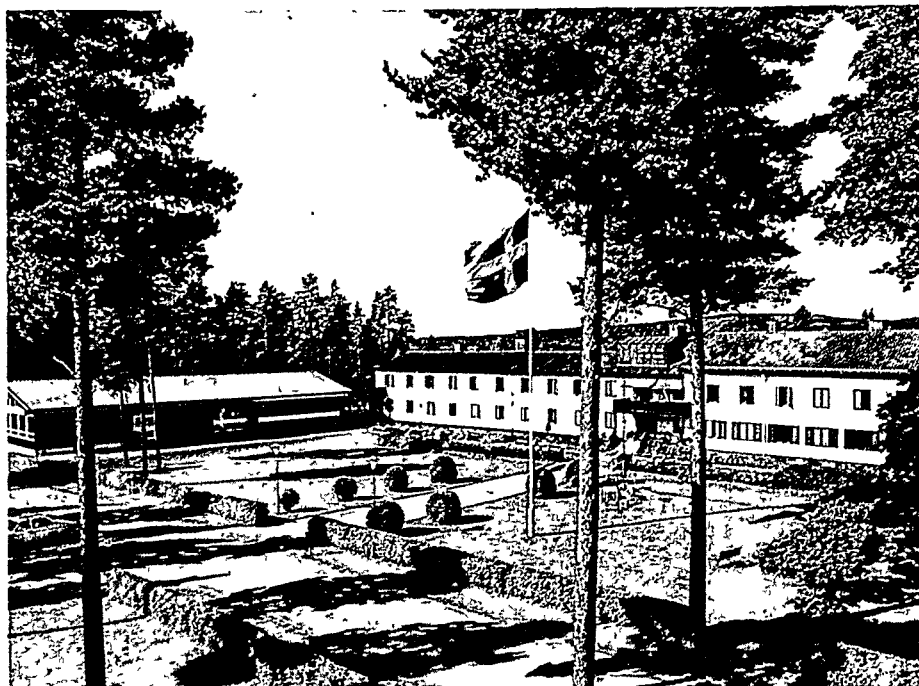
Vistelse på Tallmogården

– ett försök att utvärdera behandlingseffekten

INGER ÖRSTIG

Majoriteten av patienterna, som fick bidrag från Västmanlands läns landsting för Tallmogårdenvistelse åren 1983–85 var överviktiga. Viktnedgången för patientmaterialet i sin helhet var blygsam. Vid remisskrivning bör man troligen försäkra sig om motivation hos patienten samt uppföljningsmöjligheterna efter hemkomsten.

Patienterna med diagnosen inflammatorisk ledsjukdom har i studien lyckats bäst med vikt-nedgång, har angivit minskad medicinförbrukning, mindre värk och större rörlighet efter Tallmogårdenvistelsen. Denna patientgrupp är dock relativt liten. De flesta patienterna angav en markant och bestående höjning av livskvaliteten.



Nyckelord: Hälsohem, intervju/enkätundersökningar, utvärdering, Tallmogården

Bakgrund

Tallmogården, belägen i Dalarna, erbjuder alternativa och friskvårdsinriktade behandlingsmetoder. Västmanlands läns landsting skickar årligen 60 patienter på landstingsbidrag till Tallmogården. Efterfrågan är stor, cirka hälften av insända remisser avslås. Budgeten för hälsohemsvistelse är maximerad till cirka en halv miljon kronor per år. Från politiker- och läkarhåll har det framkommit önskemål om att utvärdera effekten av vistelse på Tallmogården. Syftet med studien, som utfördes 1987, var att försöka utvärdera om patienterna förbättrats långvarigt och påtagligt, genom att följa variabler som vikt, blodtryck, blodsocker, blodvärde, sänka, värk, rörlighet, medicinförbrukning, fysiskt och psykiskt välbefinnande.

Patientmaterial och metoder

Under åren 1983–85 remitterades 123 personer från Västmanlands läns landsting. Den vanligaste remissorsaken var övervikt och ledbesvär eller en kombination av dessa. Därutöver hade drygt 35 procent andra sjukdomar, exempelvis högt blodtryck, sockersjuka, depression, astma eller hjärt-kärlsjukdom. De mest frekventa medtogs i studien. Urvalet gjordes med avsikten att omspanna en så lång period och så många patienter som möjligt utan att gå så långt tillbaka i tiden att patienterna ej med säkerhet kunde minnas och besvara ställda frågor. Behandlingseffekten i de enskilda fallen kunde således följas under en period som varierade mellan drygt ett år och upp till fyra år efter vistelsen.

Undersökningsresultatet baserar sig på journaluppgifter från inremitterande vårdinstans samt frågeformulär utsända till patienterna. Frågorna formulerades i syfte att klargöra förändringar vad gäller vikt, kost, rökning, motion, alkohol, sömn, stress, antal mediciner och sort, antal läkarbesök och sjukhusvistelser, värk och rörlighet.

För att få fram faktorer som eventuellt påverkat behandlingsresultatet ställdes frågor om annan sjukdom, skada, sociala eller ekonomiska problem samt arbete eller sysselsättning (heltidsarbete? sjukpension?).

Dessutom fanns utrymme för patienten att med egna ord besvara frågorna: Hur har vistelsen på Tallmogården påverkat Dig fysiskt och psykiskt? Vad var bra respektive mindre bra på Tallmogården? Svaren och journaluppgifterna sammanställdes och bearbetades med datorstöd (FoU-enheten, primärvården i Västerås).

Studien utfördes på 75 av de 123 remitterade patienterna (65 procent). Åtta hade avlidit, 40 besvarade ej frågeformuläret. Kön- och ålderssam-

Tabell I. Remissdiagnoser fördelade på kön och ålder. Procent inom parentes. De flesta patienter hade mer än en diagnos.

Diagnos	Samtliga	Män	Kvinnor
Övervikt	57 (76)	12 (92)	45 (73)
Ledsjukdom/belastn.typ	28 (37)	3 (23)	25 (40)
Inflammatorisk ledsjukdom	18 (24)	3 (23)	15 (24)
Högt blodtryck	23 (31)	7 (54)	16 (26)
Sockersjuka	5 (7)	2 (15)	3 (5)
Depression	4 (5)	0 (0)	4 (6)

Tabell II. Medelvikten för hela materialet före, ett år efter Tallmogården samt 1987.

Antal personer	Samtliga 75	Män 13	Kvinnor 62
En månad före	90 kg	116 kg	85 kg
Ett år efter	89 kg	108 kg	84 kg
1987 (undersökn.tillfället)	88 kg	112 kg	83 kg

Tabell III. Medelvikten för hela materialet exklusive 18 patienter med inflammatorisk ledsjukdom före, året efter Tallmogården samt 1987.

Antal personer	Samtliga 57	Män 10	Kvinnor 47
En månad före	96 kg	117 kg	92 kg
Ett år efter	94 kg	107 kg	91 kg
1987 (undersökn.tillfället)	93 kg	113 kg	90 kg

mansättningen samt remissindikation för de 40 överensstämmer med patientmaterialet i sin helhet. I september 1988 gjordes ett försök att telefonledes nå dessa 40. Tio patienter gick ej att nå, 17 var positiva till behandlingen på Tallmogården, 5 negativa och 8 kunde ej uttala sig. Av de 75 som besvarade frågorna var 62 (83 procent) kvinnor, 33 procent 47 år eller yngre, 56 procent mellan 48 och 62 år och elva procent 63 år eller äldre. Tabell I beskriver remissdiagnoserna, procent inom parentes. De flesta patienterna hade fler än en diagnos.

Resultat

Övervikt

I Figur 1 redovisas vikt före Tallmogården samt 1987 (undersökningstillfället) i de 67 fall (av totalt 75) där uppgift om vikt förelåg. Medelvikten för hela materialet före, ett år efter Tallmogården samt 1987 framgår av Tabell II. För att tydligare spegla effekten av önskad viktnedgång för överviktspatienterna är i Tabell III patienterna med diagnosen inflammatorisk ledsjukdom undantagna.

Inflammatoriska ledsjukdomar

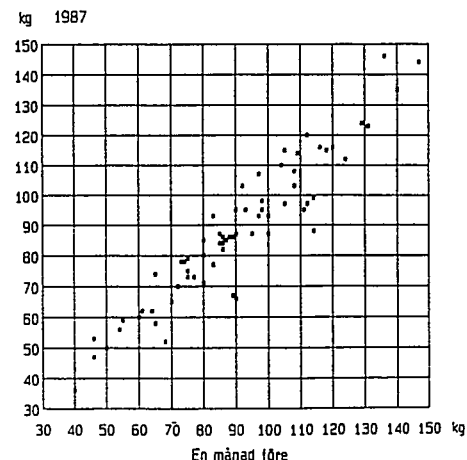
Aderton patienter hade inflammatorisk ledsjukdom, huvudsakligen kronisk ledgångsreumatism. Ett försök att utvärdera sjukdomsförloppet gjordes genom att se hur sänka och blodvärde varierade. Uppgifter om dessa variabler före och efter behandling togs ur Tallmogårdens remissvar, men att återfinna motsvarande värden i journalerna ett år efter behandlingen var inte så lätt. I nästan hälften av fallen fanns dessa ej angivna och några säkra slutsatser går således ej att dra.

Led- och muskelbesvär av belastningstyp

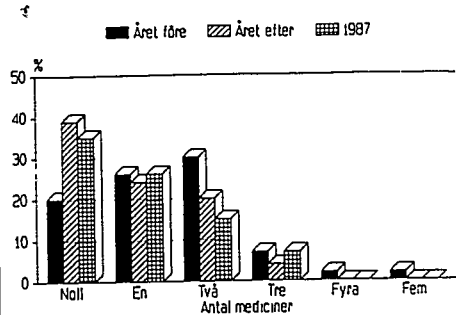
Ett sätt att värdera behandlingseffekten hos båda patientgrupperna är att studera medicinförbrukningen samt egen skattning av värk och rörlighet (Figur 2, 3 och 4). Tjugioåttio patienter (37 procent) hade diagnosen led- och muskelbesvär av belastningstyp.

Högt blodtryck, sockersjuka, depression

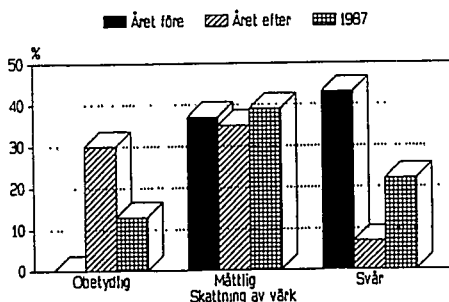
Blodtrycket ett år efter behandlingen har till 61 procent ej kunnat återfinnas i hypertoni-patienternas journaler. Det har alltså varit svårt att dra någon säker slutsats vad gäller långtidseffekten på blodtrycket. Detta gäller också utvärdering av behandlingseffekten för patienter med sockersjuka och depression. Där har antalet patienter varit så få, att säkra slutsatser ej kunnat dragas.



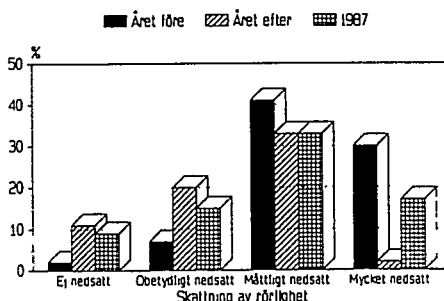
Figur 1. Vikt före vistelsen på Tallmogården samt 1987 i de 67 fall, där uppgift om vikt förelåg.



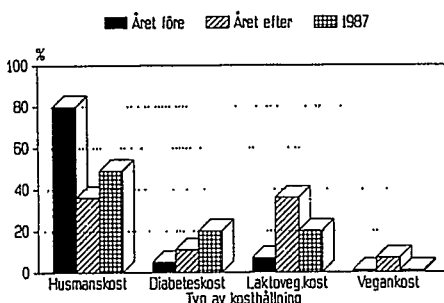
Figur 2. Medicinförbrukning året före, året efter vistelsen samt 1987 i de 46 fallen med ledsjukdom (inflammatorisk samt annan).



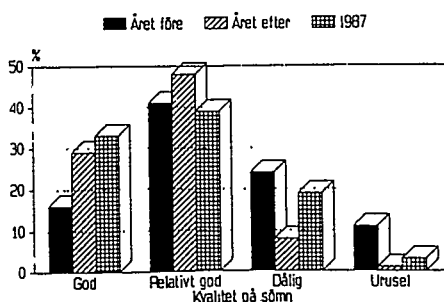
Figur 3. Ledvärk före, året efter vistelsen samt 1987 i de 46 fallen med ledsjukdom (inflammatorisk samt annan).



Figur 4. Nedsatt rörlighet året före, året efter vistelsen samt 1987 i de 46 fallen med ledsjukdom (inflammatorisk samt annan).



Figur 5. Kosthållning året före, året efter vistelsen samt 1987 (samtliga).



Figur 6. Kvalitet på sömn året före, året efter vistelsen samt 1987 (samtliga).

Livskvalitet

Här har patienterna tillfrågats om bland annat kostvanor, motion, tobaksrökning, alkoholintag, sömn och stresskänsla. Här redovisas förändringar i kost- och sömnmönstret i figurerna 5 och 6.

Diskussion

Patientmaterial och diagnoser

Patienterna var övervägande kvinnor. Reumatisk sjukdom är vanligare hos kvinnor än hos män, vilket till en del kan förklara könsfördelningen. Övervikt var dock den klart dominerande diagnosen, oftast tillsammans med högt blodtryck och/eller sockersjuka och led- eller muskelbesvär av belastningstyp.

Antal läkarbesök och sysselsättning som effektmätare

Nästan 70 procent angav annan orsak än remissdiagnosen till läkar- och sjukhuskontakter under 1983–85. Det är således vanskligt att dra någon slutsats av antalet läkarbesök som effektmätare på behandlingen.

Av patienternas svar i frågeformulären framgår, att en förskjutning i sysselsättning från heltidsarbete till sjukpensionering sker över tiden. Det har ej penetrerats om även arbetsmarknadsmässiga skäl bidragit till sjukpensioneringen, eller vilka eventuella andra orsaker som legat till grund för minskat arbete respektive ökad sjukpensionering. Det är således svårt att använda sysselsättningsgraden som effektmätare på Tallmogårdsbehandlingen.

Faktorer som kan ha påverkat behandlingsresultaten

Tjugo procent har angivit problem av social, ekonomisk eller personlig art som drabbade dem under 1983–87. Eftersom de var förhållandevis få, bedömdes detta ha haft ringa påverkan på behandlingsresultaten i stort. Det samma gällde civilstånd, där inga större förändringar skedde under utvärderingsperioden.

Övervikt

Medelvikten ett år efter vistelsen hade minskat med drygt ett kilo. Männen gick ned mer än kvinnorna, men var å andra sidan mer överviktiga (Tabell II). Medelvikten cirka två till fyra år efter behandlingen hade reducerats drygt två kilo. Bästa effekten noterades två patienter, som gick ned 22 respektive 24 kilo. Dessa hade diagnosen inflammatorisk ledsjukdom samt övervikt. Möjligen hade dessa en mer påtaglig effekt av kosthållningen på ledbesvären och var därmed mer motiverade att hålla fast vid lågenergikosten. Många uppgav sig sakna uppföljning och stöd efter hemkomsten.

Ledbesvär

När det gäller antalet mediciner är förändringarna ringa. Det finns en ten-

dens till minskning av medicinförbrukningen men det är osäkert om antalet mediciner avspeglar sjukdomsgraden. När det gäller värk och rörlighet uppger dock många, att en markant förbättring inträtt, både på kort och lång sikt. Dessa variabler har dock ej objektiviserats, och man får vara försiktig med slutsatser.

Livskvalitet

Livskvaliteten uppgavs också markant förhöjd efter Tallmogårdsvistelsen. En liten tillbakagång ses efter två till fyra år med undantag av rökning, där minskningen kvarstår.

En invändning kan vara att uppgifterna är subjektiva och svåra att kontrollera. Kanske vill man inte visa att man misslyckats i sina ambitioner.

Livsstilssjukdomar och livskvalitet är begrepp, som mer och mer kommer i fokus. Dubbelblindstudier med randomiserade kontrollgrupper går av förklarliga skäl ej att tillämpa i denna studie.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan man säga, att Tallmogårdsvistelsen, utvärderad i variabler som vikt, blodtryck, medicinförbrukning och arbetsförmåga inte ger entydiga svar om långtidsresultat, medan däremot variabler som speglar livskvaliteten visar en klar förbättring. Störst effekt verkar hälsohemsvistelsen ha haft på de patienter som hade inflammatorisk ledsjukdom. De har lyckats bäst med att gå ner i vikt, minskat medicinförbrukningen och fått mindre värk och ökad rörlighet.

I detta arbete har jag fått råd och hjälp av följande personer, samtliga i Västerås:

Gunnar Heinrich, distriktsöverläkare, DLM, Hemdal
Jan Hällén, klinikchef, medicinkliniken
Margareta Machl, psykolog
Stefan Sörensen, docent, vårdhögskolan
A-M Blomqvist, databearbetning, FoU-enheten, primärvården

Referenser

1. Aly K-O. Tallmogårdens väg till hälsa. Praktisk biologisk medicin. Hälsokostrådet. ICA-Förlaget 1985.
2. Aly K-O, Suurkula J. Klinisk utvärdering av naturenliga behandlingsmetoder vid Tallmogården. Hälsokostrådet 1979.
3. Bruce Å. Vegetarisk kost och fasta. Medicinska forskningsrådet 1986.
4. Lindahl O. Föllingeprojektet. Hälsokostrådet, Liber Grafiska AB 1984.
5. Bramberg B, Falk M, Pahl C, Rydén K-O. Hälsokost – en alternativ behandlingsmetod? Stockholms Universitets Samhällsvetenskapliga Institution 1981.

Författarpresentation

Inger Örstig, FV-underläkare, allmänmedicin

Postadress: Västra Sjukhusets vårdcentral, Box 870, 721 23 VÄSTERÅS.

Stort behov av utbildning i prevention av hjärt/kärlsjukdom

MAI-LIS HELLÉNIUS

Nya riktlinjer för prevention av hjärt/kärlsjukdom ställer stora krav på primärvården och behovet av utbildning är stort.

Professor Hans Lithell och docent Bengt Vessby från Geriatriska Institutionen, Uppsala Universitet, utgav 1987 en lärobok och ett handlingsprogram "Att förebygga hjärt/kärlsjukdom". Som en komplettering anordnas även 2-dagars seminarier för vårdlag av läkare, sjuksköterskor, dietister m.fl.

Nyckelord: Hjärt/kärlsjukdomar, prevention, primärvård, utbildning

Nya riktlinjer

Våra kunskaper om olika riskfaktorer och deras betydelse för utveckling av atherosclerotiska sjukdomar har ökat de senaste åren. Erfarenheter från epidemiologiska studier och interventionsstudier har legat till grund för flera internationella dokument innehållande riktlinjer för prevention av hjärt/kärlsjukdom (1-6). I Sverige presenterades 1987 en lärobok och ett handlingsprogram "Att förebygga hjärt/kärlsjukdom" (7) och riktlinjer för behandling av hypertoni (8). 1988 utkom Socialstyrelsens och Hjärt/Lungfondens riktlinjer för behandling av hyperlipidemi (9, 10), och nu senast under 1989 utkom från Socialstyrelsen skriften "Treatment of hyperlipidemia" (11).

Även från hälsopolitiskt håll har prevention av hjärt/kärlsjukdom uppmärksamats och i HS 90-rapporten (12) har prevention av hjärt/kärlsjukdomar fått en framskjuten plats. Vi befinner oss redan i en fas där teoretisk kunskap ska omsättas i praktisk prevention och inom primärvård och företagshälsovård har redan många hjärt/kärlprojekt med preventiv inriktning startat och många fler planeras.

En viktig gemensam grundtanke i de olika rekommendationerna är att icke-farmakologiska åtgärder är de preventiva grundpelarna och utgör behandlingspyramidens bas medan farmakologisk terapi utgör pyramidens topp.

Stora krav/unika möjligheter

Dessa nya rekommendationer ställer stora krav på vårdapparaten och primärvården med sitt lokala befolkningsansvar förväntas klara större delen av uppgiften. Inom primärvår-

den har vi unika möjligheter att arbeta preventivt. Vi har en bred kontaktyta mot befolkningen, vi kan oftast erbjuda kontinuitet, vi träffar hela familjen, vi kommer in tidigt i olika sjukdomsprocesser, i primärvården finns de flesta "högriskindividerna" exempelvis hypertoner och diabetiker. Tyvärr saknar vi dock tillräcklig utbildning för att klara icke-farmakologisk behandling, det vill säga kostrådgivning, motionsrådgivning och rökavvänjning. Vi saknar teoretiska kunskaper men kanske främst kunskaper om hur man lyckas ändra människors beteenden. Nyligen presenterades en engelsk undersökning där man kunde visa, att kunskapsluckor vad gäller kostrådgivning vid hyperlipidemi, fanns även hos "general practitioners" och sköterskor, som arbetar i ett primärvårdsområde där ett preventionsprojekt bedrivs (13).

Utbildning i seminarieform

Professor Hans Lithell och docent Bengt Vessby från geriatriska institutionen vid Uppsala universitet, utgav i november 1987 en lärobok och ett handlingsprogram "Att förebygga hjärt/kärlsjukdom". Dessa fungerar utmärkt som underlag i det preventiva arbetet mot hjärt/kärlsjukdom inom primärvården. Som en komplettering anordnar Lithell & Vessby utbildning i form av 2-dagars seminarier för vårdteam av läkare, sjuksköterskor, dietister m.fl. inom primärvård, företagshälsovård, från medicinkliniker m.m. Sedan starten i oktober -87 har man nu hållit cirka 25 seminarier runt om i landet. Seminarierna består av teoretisk utbildning i föreläsningsform där gott utrymme lämnats för frågor och diskussion, samt gruppseminarier.

Vetenskaplig grund

För hjärt/kärlsjukdomars epidemiologi redogörs noggrant och de tre huvudriskfaktorerna hyperkolesterolemi, hypertoni och rökning diskuteras ingående. Den vetenskapliga grunden för våra nya riktlinjer presenteras enkelt och instruktivt med fina bilder av bland annat de stora interventionsstudierna.

Kolesterol – nygammal riskfaktor

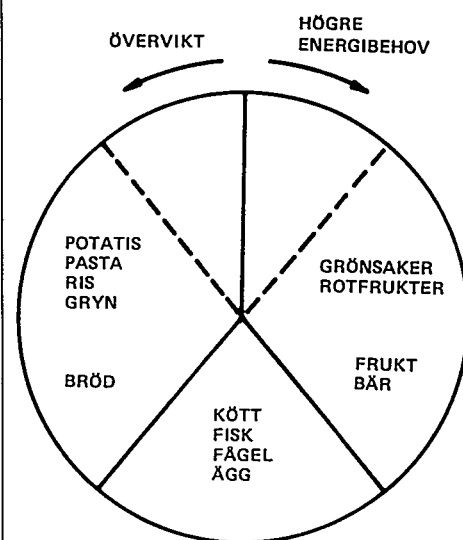
De nya riktlinjerna presenteras och diskuteras. Ett serumkolesterolvärde <5.2 mmol/l är önskvärt, serumkolesterolvärde mellan 5.2 och 6.4 mmol/l betraktas som ett gränsvärde, serumkolesterolvärden mellan 6.5 och 7.8

mmol/l definieras som hyperkolesterolemi och värden >7.8 mmol/l betraktas som uttalad hyperkolesterolemi. Ur hjärt/kärlsynpunkt är det bättre ju lägre kolesterolvärdet är och någon egentlig tröskel finns inte. Betydelsen av HDL i riskbedömningen belyses och även triglycerider som oberoende riskfaktor diskuteras. Höga triglycerider är tecken på metabol rubbning och är ofta kopplat till låga HDL-värden. Hos kvinnor över 50 år kan höga triglycerider vara en "tyngre" riskfaktor än hyperkolesterolemi. Vikten av icke-farmakologisk behandling understrykes.

Kostrådgivning/teori och praktik

Docent Inga-Britt Gustafsson, från geriatriska institutionen, Uppsala universitet, talar om mat för att förebygga hjärt/kärlsjukdom, det vill säga en fettbalanserad och fiberrik kost. Man får lära sig hur man omsätter de teoretiska kunskaperna om ett minskat totalintag av fett, höjd P/S-kvot, ökat intag av kolhydrater och fibrer, till praktiska råd. Det rör sig inte om någon konstig "diet" utan sund kosthållning som kan rekommenderas till hela svenska befolkningen och även barnen. I praktiken kan man tänka på tallriksmodellen så blir det automatiskt rätt (Figur 1).

Vid kostinformation är det alltid viktigt att utgå från individen, det vill säga att ta en bra kostanamnes. Det är viktigt att undvika ord som "inte" och



Figur 1
Tallriksmodellen visar lämpliga proportioner i en måltid. Råden är i princip identiska för individer med höga blodfetter, högt blodtryck, diabetes samt övervikt. Beroende på hur stort energibehovet är varierar dock "grönsaksbiten" i storlek.

"aldrig" och i stället ge förslag om bättre och tilltalande alternativ. Betydelsen av uppföljning kan inte nog understrykas.

Motionens plats

Fysisk inaktivitet som riskfaktor mot bakgrund av epidemiologiska data belyses. Dödlighet i hjärt/kärlsjukdom är lägre hos fysiskt aktiva, och efter hjärtinfarkt har studier visat att ökad fysisk aktivitet leder till en betydande reduktion av risken att återinsjukna. Effekten kan jämföras med den man får av beta-blockerare, dvs risken minskar med 20–25%. Även risken med motion diskuteras.

I föreläsningsform diskuteras även bland annat hypertoni som riskfaktor och alkohol.

Grupparbete

I mindre grupper diskuteras under en halvdag utifrån de lokala förutsättningarna vad vi vill och kan göra åt kardiovaskulära riskfaktorer. Resultaten presenteras sedan för den stora gruppen och många intressanta frågor belyses. Vem skall göra vad? Kan doktorer något om kost? Hinner vi? Hur ska vi prioritera?

Uppföljning

I ett senare skede anordnas som uppföljning en dags utbildning för läkare. Då presenteras i föreläsningsform lipidmetabolismen ingående och grunderna för farmakologisk behandling av hyperlipidemi diskuteras. Visserligen kommer förhoppningsvis bara en mycket liten del av våra patienter och den svenska befolkningen att bli föremål för farmakologisk behandling, men tyvärr är de flesta patienterna med den förhållandevis vanliga here-ditära rubbningen, familjär hyperkolesterolemi (FH), idag odiag-nostiserade. FH förekommer i befolkningen i en frekvens av minst 1 på 500. Idag finns goda behandlingsmöjligheter.

Under denna utbildningsdag ges även tillfälle att utbyta erfarenheter och diskutera problem. Majoriteten av deltagarna är nu oftast redan engagerade i olika typer av preventivt arbete.

God nytta till vardags

Inom Sollentuna primärvårdsområde försöker vi integrera preventivt arbete i rutinsjukvården och vi driver, sedan sommaren 1988, ett hjärt/kärlprojekt tillsammans med medicinkliniken på Karolinska sjukhuset. Flera av mina kollegor och sjuksköterskor har haft tillfälle att medverka vid Lithell & Vessbys seminarier och kunskaperna har omsatts i praktiskt arbete. Förhoppningen är att denna typ av utbildning i seminarieform nu ska spridas och drivas lokalt som till exempel i Örebro, där medicinkliniken nu tillsammans med primärvården arrangerar egna seminarier.

Utbudet av olika typer av utbildning inom området prevention av hjärt/

kärlsjukdom kommer att öka de närmaste åren. Det är viktigt att utbildningen utformas på ett sådant sätt att den uppfyller våra krav och det är viktigt att allmänmedicinare, företagsläkare och flera som arbetar i vården aktivt deltar i utformningen.

Referenser

1. Grundy M, Arky R, Bray G et al. Coronary Risk Factor Statement for the American Public/A Statement of the Nutrition Committee/American Heart Association. Circulation 1985; 72:1135–9.
2. The British Cardiac Society Working Group on Coronary Prevention: Conclusions and Recommendations. Br Heart J 1987; 57:188–9.
3. WHO Expert Committee. Prevention of Coronary Heart Disease. Geneva. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 678. Geneva: World Health Organization, 1982.
4. WHO Expert Committee. Community Prevention and Control of Cardiovascular Disease. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 732. Geneva: World Health Organization, 1982.
5. Study Group, European Atherosclerosis Society. Strategies for The Prevention of Coronary Heart Disease, A policy statement of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J 1987; 8:77–88.
6. Study Group, European Atherosclerosis Society. The Recognition and Management of Hyperlipidemia in Adults: A policy statement of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J 1988; 9:571–600.
7. Lithell H, Vessby B. Lärobok och handlingsprogram. Att förebygga hjärt/kärlsjukdom. Uppsala: Geriatriska Institutionen Uppsala Universitet. Informationsbyrå AB, 1987.
8. Drug Information Committee. Treatment of mild hypertension. Uppsala: National Board of Health and Welfare, 1987. (Workshop 1987:1).
9. Socialstyrelsen. Behandling av hyperlipidemi. Uppsala: Socialstyrelsens läkemedelsavdelning, 1988. (Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1988:5).
10. Arbetsgrupp tillsatt av Hjärt/Lungfonden med bistånd av Svenska Cardioloföreningen, Svensk Förening för Diabetologi, Svensk Förening för Klinisk Kemi, Svensk Förening för Medicinsk Angiologi samt Svensk Internmedicinsk Förening. Riktlinjer för behandling av hyperkolesterolemi. Stockholm, 1988.
11. National Board of Health and Welfare. Drug Information Committee. Treatment of hyperlipidemia. Uppsala, 1989. (Workshop 1989:3).
12. Statens Offentliga Utredningar. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. HS-90. 1984, (Huvudrapport SOU 1984:39).
13. Francis J, Roche M, Mant D, Jones L, Fullard E. Would primary health care workers give appropriate dietary advice after cholesterol screening? Br Med J 1989; 298:1620–2.

Författarpresentation

Mai-Lis Hellénus är distriktsläkare vid Rotebro vårdcentral i Sollentuna.

Postadress: Box 164, 191 23 Sollentuna.

Reumatologi

TROELS MÖRK HANSEN

Köpenhamn: Munksgaard, 1989 144 sidor.

Pris 175 DKK.

ISBN 87-16-06809.

Patienter med rörelseorganens sjukdomar utgör ca 15% av besöken inom primärvården. Ofta krävs behandlingsinsatser av flera yrkeskategorier för att ge dessa patienter en adekvat behandling. Det är särskilt patienter med inflammatorisk ledsjukdom som kräver samordnade insatser av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och socialarbetare. Detta teamarbete förverkligas endast sporadisk inom svensk primärvård, trots stora svenska pionjärinsatser på detta område (K. Berglund, M. Brattström).

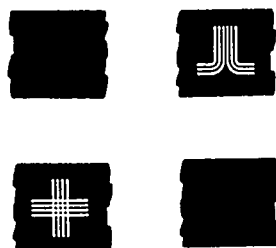
I en dansk reumatologisk lärobok för sjuksköterskor, har Troels Mörk Hansen beskrivit detta teamarbete mycket detaljerat. Boken förmedlar därför ett budskap till alla inom primärvården, som tar hand om patienter med kroniska sjukdomar inom rörelseorganen. Det finns en enkel och klar framställning av behandlingsstrategin vid inflammatorisk ledsjukdom och vilka möjligheter läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut har till sitt förhållande. Särskilt förtjänstfullt är kapitlet om patientinformation och gruppundervisning av patienter.

I övrigt ger boken en utmärkt systematisk och kortfattad beskrivning av rörelseorganens medicinska sjukdomar. Komplicerade problem som immunologi och serologi framställs enkelt och klart.

Man kan således varmt rekommendera boken som reumatologisk uppslagsbok för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Även primärvårdsläkare kan med stort utbyte läsa vissa kapitel. Trots att boken innehåller en del social information, som är speciell för Danmark, är det en utmärkt bok att ha tillgänglig på vårdcentralens bibliotek.

Leopold Recht med.dr, Centrum för samhällsmedicin

Postadress: 240 10 Dalby



KvartersAkuten

inbjuder till

seminarium i Stockholm

"BÄTTRE SJUKVÅRD MED MINDRE RESURSER"

Projektet Kvartersakuten har blivit uppmärksammat i radio, TV och press. Intresset för att ta del av våra erfarenheter är så stort att vi inte kan ta emot alla som önskar komma på studiebesök. Därför organiserar vi tre dagars seminarium våren och hösten med auskultationer, arbetsbodar (work shops) och föreläsningar. Följande ingår:

- Att inte skydda distriktsläkaren från patienten
- Hur gick förändringsarbetet till?
- Datorer på Kvartersakuten
- Information - kommunikation
- Tillgänglighet, service och kontinuitet
- Den "nygamla" distriktssköterskan
- Läkarsekreteraren, en kugge i maskineriet

Lärare på seminariet är bl a distriktsläkarna Carl Edvard Rudebeck, Charlotte Hedberg, Jonas Jonsson, Anders Molin, Magnus Eriksson, Sten Larsson, Mikael Stolt samt Göran Sjönell. Vidare medverkar primärvårdsföreståndare Eva Nyström, biträdande primärvårdsföreståndare Margareta Wennberg, distriktssköterskorna Carin Dannefalk, Karin Lindberg, Elisabeth Nordin, läkarsekreterarna Susanne Lager och Carina Fahlander samt konsult Jan Thomsgård.

För ytterligare information, ring Kerstin Hertzman, tel 08-729 10 06 eller skriv till Margareta Wennberg eller Göran Sjönell på Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

Hur påverkas våra levnadsvanor tre år efter Tjernobylolyckan?

GÖRAN FAHLÉN · LEIF HAMMARSTRÖM

Många har fortfarande förändrat sina mat- och levnadsvanor i Kramfors och Sollefteå kommuner tre år efter Tjernobylolyckan. Det visar en undersökning som genomfördes under våren 1989. 7 av 10 hade i något eller några avseenden ändrat sina matvanor. 4 av 10 visste inte om de skulle kunna lita på informationen om ännu en kärnkraftsolycka skulle inträffa i Sveriges närhet.

Nyckelord: Kostvanor, livsstil, intervju/enkätundersökningar, Tjernobylolyckan

Natten till den 26 april 1986 inträffade en allvarlig kärnkraftsolycka i Tjernobyl. Sverige tillhörde de länder som fick det största radioaktiva nedfallet. Kramfors och Sollefteå blev bland de mest drabbade kommunerna i Sverige.

De centrala myndigheternas insatser i Västernorrland kom sent. Rekommendationerna som lämnades till allmänheten uppfattades som motstridiga och inkonsekventa.

Statens strålskyddsinstitut rekommenderade att inte dricka stillastående regnvatten samt att inte äta nässlor, gräslök och persilja. Samtidigt försäkrades att strålningen var ofarlig för befolkningen. Statens livsmedelsverk gav senare ut föreskrifter för att begränsa intaget av radioaktiva ämnen genom livsmedel (1). Dessa rekommendationer gäller fortfarande.

De flesta livsmedel i handeln får inte säljas om ceciumhalten överstiger 300 Bq/kg. Insjöfisk, viltkött samt vilt växande bär och svamp får inte innehålla mer än 1500 Bq/kg. Man bör heller inte äta livsmedel där halten överstiger 10 000 Bq/kg (2).

1986 genomförde vi en undersökning om hur Tjernobylolyckan hade påverkat våra mat- och levnadsvanor i Kramfors och Sollefteå kommuner (3). Under våren 1989 förnyade vi undersökningen.

Syfte

Vi ville se om de förändringar som uppmättes 1986 kvarstod och hur människorna idag ser på den information som gavs efter olyckan.

Metod

I Kramfors och Sollefteå kommuner bor tillsammans cirka 50 000 innevånare. Vi telefonintervjuade 200 slumpmässigt utvalda personer i åldern 20–70 år. Detta urval gav en 7-procentig osäkerhet vid en 50-procentig förändring.

Resultat

I undersökningen deltog 161 personer, 94 män och 67 kvinnor.

Matvanor

Hemodlade grönsaker, bär, svamp, insjöfisk, älgkött samt mjölk var några av de livsmedel som uppmärksammades efter olyckan.

73 procent av de tillfrågade angav att de minskat eller slutat använda något eller några av dessa livsmedel (84 procent 1986). Någon skillnad i förändringarna mellan män och kvinnor samt mellan barnfamiljer och övriga kunde vi inte påvisa.

Förändringarna i matvanorna 1989 jämfört med 1986 redovisas i Figur 1. Förändringarna har minskat för grönsaker, bär, svamp, älgkött samt mjölk. Det är lika många idag som minskat eller slutat äta insjöfisk. Förändringarna avser de som vanligtvis äter dessa livsmedel.

Levnadsvanor

Idag är det 21 procent färre som avstår från att plocka bär och 22 procent färre som avstår från att plocka svamp

jämfört med resultatet 1986. Figur 2 visar förändringarna 1986 respektive 1989 bland de som tidigare hade dessa vanor.

Åsikter om informationen

52 procent ansåg att informationen efter olyckan var dålig eller mycket dålig (66 procent 1986). 40 procent angav att de inte visste om de skulle kunna lita på informationen som lämnas ut om en ny kärnkraftsolycka inträffar i Sveriges närhet.

Synpunkter från de tillfrågade

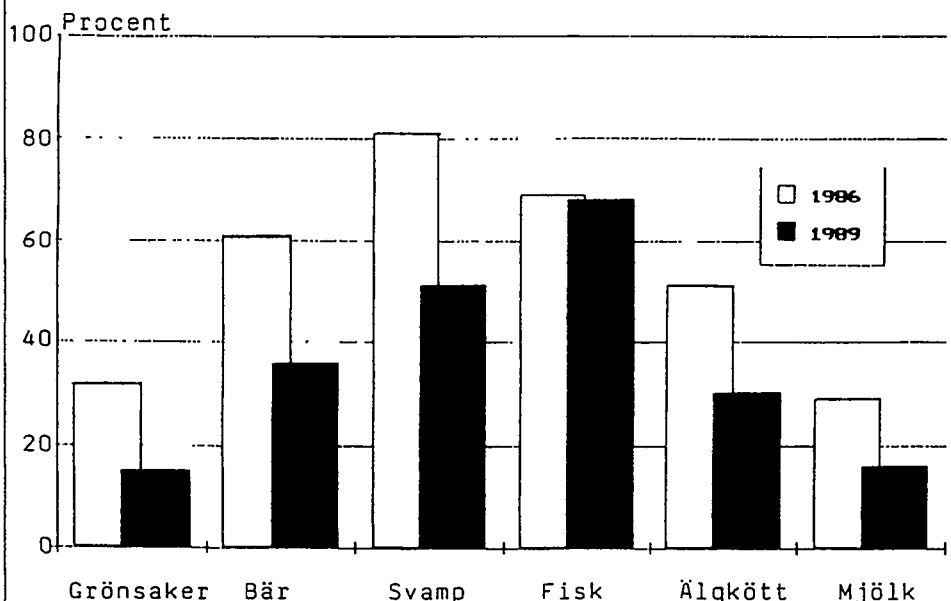
Några vanligt förekommande synpunkter var:

- Skulle inte vilja ge bär, fisk till barn
- Tänker på barnbarnen i första hand
- Det tog lång tid innan riktig information kom fram
- Bequerel fanns nog innan olyckan också.

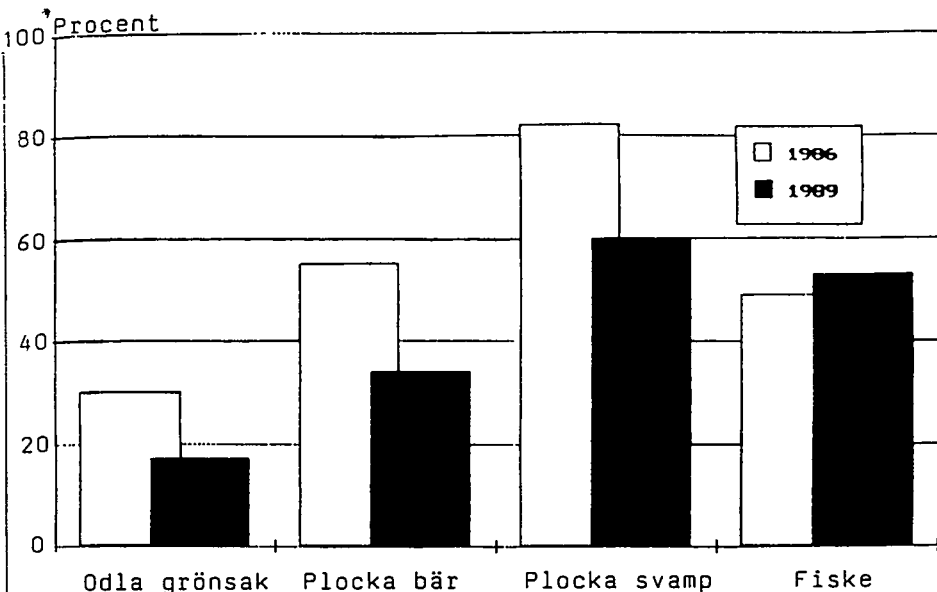
Diskussion

Vår undersökning visar att förändringarna i mat- och levnadsvanor är mindre idag än de som uppmättes 1986. De kvarstående förändringarna är större än förväntat.

Ceciumhalten i insjöfisk har varit mycket hög. Livsmedelsverkets rekommendationer och föreskrifter syftar till att begränsa det årliga ceciumintaget till 50 000 Bq. Det krävs inte särskilt stora mängder fisk för att uppnå detta värde. Vi anser orsaken till att det fortfarande är många som



Figur 1. Procentuell andel 1989 jämfört med 1986 som minskat eller slutat helt att äta vissa livsmedel i Kramfors och Sollefteå efter kärnkraftsolyckan i Tjernobyl.



Figur 2. Procentuell andel som ändrat levnadsvanor 1989 jämfört med 1986. Förändringen avser dem som minskat eller slutat helt med dessa varor.

minskat eller slutat äta fisk mer beror på den kända gränsen 1500 Bq/kg än på tanken bakom att begränsa det årliga intaget.

Grönsaker, bär, svamp samt mjölk har antingen låg ceciumhalt eller äts i så liten omfattning att det inte har någon avgörande betydelse för årsdosen. Den kvarstående förändringen är ett tydligt uttryck för den oro som finns i befolkningen.

Vi anser orsakerna till detta är att de centrala myndigheternas insatser i vårt län kom sent, att rekommendationerna ändrades samt att befolkningen inte har tillräckliga kunskaper om rekommendationernas innebörd.

När det gäller ändrade levnadsvanor kvarstår förändringarna helt beträffande fritidsfiske, däremot är det inte lika många som slutat eller minskat med grönsaksodling, bärplockning och svampplockning idag jämfört med 1986.

Det finns inga rekommendationer att avstå från dessa vanor. Vi har förståelse för att många har slutat med fritidsfiske av samma orsak som vi redovisat vad gäller förtäring av insjöfisk. Däremot ser vi det som ett uttryck för oro att många ändrat på övriga levnadsvanor.

Idag, tre år efter olyckan, anser fortfarande 5 av 10 att informationen

var dålig eller mycket dålig. 4 av 10 skulle inte lita på eller vet inte om de skulle lita på informationen om ännu en kärnkraftsolycka skulle inträffa i Sveriges närhet. Detta tycker vi är allvarligt med tanke på att det kan minska myndigheternas möjligheter att leda allmänheten i kriser.

Vår undersökning visar att en stor del av befolkningen i Kramfors och Sollefteå ändrat mat- och levnadsvanor utöver rekommendationerna. De förändringar vi har uppmätt är i högre grad ett uttryck för en varaktig förändring än de som uppmättes 1986. Vi ser det som ett uttryck för oro och misstro mot myndigheterna. Vi anser dessutom att dessa förändringar kraftigt inskränker på livskvaliteten hos människorna i våra kommuner. Många har slutat plocka bär och svamp, många har slutat fiska i våra sjöar.

Referenser

1. Statens livsmedelsverks kungörelse med föreskrifter om åtgärder för att begränsa intaget av radioaktiva ämnen genom livsmedel, SLV-FS 1987:4.
2. Livsmedelsverket: Kostråd för Dig som äter särskilt mycket vilt, ren och insjöfisk.
3. Fahlén G, Hammarström L. Tjernobylyckan! Hur påverkar den våra levnadsvanor i Kramfors och Sollefteå, 1986.

Författarpresentation

Göran Fahlén*, hälsoplanerare i Kramfors Hälso- och sjukvårdsförvaltning.

Leif Hammarström, hälsoplanerare i Sollefteå primärvård.

*Postadress: Öds gård, 87200 Kramfors

Recensioner

Børn i sundhedsvæsenet – om organisation af den sundhedsmæssige indsats i sygehusvæsen og primær sektor

THUNE JACOBSEN E

København: Dansk Sygehus Institut, 1989. (DSI-Rapport 89.05). ISBN 87-7488-2597.

Pris: 125 DKK.

Den här rapporten innehåller inlägg och diskussioner från en tvärfacklig konferens om barnen i hälso- och sjukvården, avhållen i mitten på februari 1989. Min avsikt är inte att här ge en formell recension av boken, snarare att tala om att den finns att köpa för den som är intresserad. Det är alltid intressant att läsa om förhållanden i andra länder, särskilt givande är det att sätta sig in i hur sjukvården fungerar i våra nordiska grannländer. Man ler igenkännande när man nu läser

den danska diskussionen om det eventuella behovet av distriktsbarnläkare. Dock har den allmänpraktiserande läkaren i Danmark en stark och oomstridd ställning, hans/hennes insatser i sjukvårdens frontlinje ifrågasättes aldrig. Medan i Sverige distriktsläkaren och distriktssköterskan jobbar inom samma distrikt, så kan i Danmark den praktiserande lägen och sundhetsplejersken ha helt olika upptagningsområden. Konklusionen blir att vi har mycket att lära av varandra.

Anders Håkansson, Vårdcentralen Teleborg

Postadress: Box 5044, 35005 Växjö

ÅTERSAMLING

alla allmänmedicinare och distriktsläkare!

★

Vi upprepar Sunne-modellen. För andra året i rad arrangerar

**SFAM och DLF
GEMENSAMT VÅRMÖTE
ÖSTERSUND
10–12 maj**

★

Telefon för information:
se Kalendariet, sid 3.
Vik redan nu dessa dagar i din kalender för allmänmedicinsk

KRAFTSAMLING!

En novembervecka

BRITT ASPLUND

Måndag.

Arbetar halv dag med skrivtid en stund på morgonen. Efter ett antal störningar trots stängd dörr, börjar jag sätta "pinnar" för varje avbrott. Fem stycken resterande timme och två telefonsamtal medan högen av signerade journaler växer liksom högen med avvikande provsvar och intyg. Så börjar det som känns som mitt *verkliga* arbete, mötet med patienter, mängden av förtroenden, frågor, ibland oro, recept, kontakt med Arbetsförmedlingen och tid för samtal med en anhörig. Ytterligare ett par telefonsamtal, signering och hem kl 12.30. Lyxigt! Tid för klippning, handlar på hemvägen och ordnar med mat. På kvällen möte hemma hos oss – vi "fd blivande allmänläkare" som under utbildningstiden träffades regelbundet för att prata, hitta tillbaka till entusiasmen och empatin, stötta varann och ha roligt. Vi har nu återupptagit träffarna efter något års uppehåll. Hur har vi förändrats? Lite mer fårade, trötta, men så småningom ser jag att glöden finns kvar i ögonen. Som när Lars berättar om en dag hos en dansk allmänläkare eller när Bernhard refererar från ett allmänläkarmöte. Jag känner en sådan värme när jag ser mig runt vid teet, – det här är mina VÄNNER! Barnen sköter sig mestadels själva, skönt att vi är hemma i alla fall. Men tid för läxhjälp blir det inte idag.

Tisdag.

Morgonmöte för distriktsläkare på vår vårdcentral. Antalet ordinarie distriktsläkare har krympt från fem till tre senaste halvåret. Dessutom finns nu en utbildningsläkare och en vikarie som gör bra arbete. Men de blir här högst 6 månader och vi kan inte överbelasta dem. Apoteket står för 1 timmes sammanfattande information rakt och klart utan hänvisning till olika små studier som jag inte kan bedöma värdet av. Fick jag bestämma skulle det här vara vår enda läkemedelsinformation. Prick kl 9 står sköterskorna i dörren beväpnade med lådorna med RPblanketter. Vi försöker hitta någon lösning på bristen på tider. Olika löst-ryckta förslag: slopa kallelser för halvårs- och årsåterbesök och låt patienten ringa själv, tid hos distriktssköterskan tills vidare för provtagning och blodtryckskontroll, ändra tider för jourfallen – stämningen pendlar mellan "det ska nog gå" och resignation. Så jourmottagning. Mest patienter med ryggont, hederlig svensk förkylning på 8:e dagen, en kvinna med oro

för högt blodtryck – dödsångest samt infektioner. Är det rätt "fall" som får akuta tider? Ja, jag vet inte. Men den akuta sjukvården anser jag nödvändigt för att känna att primärvården fungerar. Men alla de andra? Med kroniska sjukdomar, patienter som ska komma för samtal och som ska känna att jag har tid. Olösligt? Nej, men en balansgång där man alltid är i underläge. Så trampa iväg till Apoteket och träff i lokala läkemedelsgruppen. Slutar kl 17. Cyklar hem med protokoll som jag ska renskriva och diktera – när? Det är vacker skymning ute, himlen skiftar i rosa och gult och jag njuter av att numera kunna cykla till och från arbetet. Några av barnen är hemma, en kommer hem trött och arg från fritids. Lyckas samla familjen runt bordet och äter snabblagad soppa, bröd och frukt. Under middagen ett samtal från en vän-patient om ett intyg som jag inte hunnit skriva. Grannen kommer inrusande med sin 1½-åring som fått kokande vatten över hela ena armen. Det ser ut som andra gradens brännskada och gör ont. En av oss ordnar med hjälp till vårdcentralen och omläggning, medan jag ska iväg till skolan med ett barn. Hemma igen blir det prat mellan oss föräldrar och barnet som behöver hjälp med läxläsning. Röjer symboliskt av skrivbordet och planerar skolarbetet tillsammans. Det ska bli bättre! 12-åringen kommer smygande upp i sängen, och hon somnar alldeles för sent. Och själv somnar jag alldeles för tidigt, till och med utan att läsa i en bok.

Onsdag.

Skönt! Börjar en halvtimme senare än vanligt eftersom hela dagen är bokad för en kurs i "förebyggande arbete" tillsammans med distriktssköterskor och undersköterskor från olika vårdcentraler. Hinner hjälpa 9-åringen att ordna matsäck för dagens utflykt. Dagen förlöper med olika föredrag och diskussion och emellanåt flyter tankarna kring prioritering mellan patientgrupper, prevention och olika människoöden jag träffat på. Hemma efter middagen får barnen klara sig själva ett tag eftersom det är både föräldramöte och miljövårdskurs. Kursen är *bara* för min egen skull eftersom det ligger mig varm om hjärtat. Fast tankar om att jag skulle finnas hemma också för läxhjälp och samla sportpoäng tillsammans med förstaklassaren finns förstås.

Torsdag.

Åter på arbetet efter en dags kurs. En drös av meddelanden, telefonsamtal som ska ringas och förlängning av sjukintyg som ska bedömas, väntar. Första 40 minuterna på torsdag morgon brukar vara avsatta för ett längre samtal eller intyg och läkarutlåtanden. Så också idag. Det känns bra att kunna ta sig tid. Så väntar BVC. Den kontakten känns viktig. Efter ett år på samma vårdcentral, börjar jag nu känna de flesta av "mina" barn. Medföljande syskon och föräldrar har frågor och små krämpor, och sammantaget tycker jag BVC är väl utnyttjad tid ur allmänmedicinsk synpunkt. På eftermiddagen kommer patienter från väntelistan och något enstaka jourfall. Innan juren på kvällen handlar jag lite lätt mat eftersom jag glömt att ta med. Kvällsjuren rullar på. Mest infektioner, några udda fall och ett som är oklart och som jag kommer att fundera över. Strax före kl 22 när vi stänger kommer en patient som inte blir klar förrän 22.30 och strax före 23 är jag hemma. Lugn natt, jag sover gott. Men som vanligt efter en lång arbetsdag bli vi sittande ett bra tag, dricker te, pratar om vad familjen haft för sig under dagen och läser tidning-en.

Fredag.

En alldeles vanlig arbetsdag efter en vecka med ovanligt mycket möten och kurser. Men så blir det ibland. Och då hinner vi mest med jourmottagning och väntelistorna växer. Som så många gånger förr tänker jag att det är mötet med människan som är belöningen i arbetet. Förtrolighet, nyfikenhet och att ibland to m kunna känna att mina kunskaper kan förbättra någons liv lite grann. Hinner hem i skaplig tid och så har ännu en vecka lagts bakom en.

Författarpresentation

Britt Asplund, distriktsläkare, VC Tisken

Postadress: Myntgatan 8, 791 51 Falun.

Vilket Vepenicillin
väljer du, när du
har läst det här?



Prisjämförelse:

(AUP, 891201 för 10 dagars behandling)

Vepenicillin BOTA 1 g 20 tabletter

Antibiotikum, fenoximetylpenicillin (kaliumsalt)

41.40 kr

Kåvepenin® 1 g (ASTRA) 20 tabletter

Antibiotikum, fenoximetylpenicillin (kaliumsalt)

56.70 kr

Calciopen® 1 g (LEO) 20 tabletter

Antibiotikum, fenoximetylpenicillin (kaliumsalt)

56.20 kr

Fenoxypen® 1 g (NOVO) 20 tabletter

Antibiotikum, fenoximetylpenicillin (kaliumsalt)

53.50 kr

SVENSKA **BOTA** LÄKEMEDEL AB
EXAKT – FÖR PATIENTENS SKULL

Sjuk- och hälsovård för invandrare

Från Rinkeby till London – rapport från en studieresa

MONICA LÖFVANDER

Hälsoproblemen för invandrarna i London är stora. Detta sammanhänger till största delen med dåliga socio-ekonomiska levnadsvillkor som hög arbetslöshet, undermåliga bostäder, storrökning, missbruk och social isolering. Primärvården i London har p g a dåliga ekonomiska villkor och delvis bristande intresse inte tillräckligt organiserat sitt arbete efter invandrarnas behov. Uppmuntlande undantag finns dock och kampanjer pågår för att öka förståelsen för invandrarnas hälsoproblem och allmänna situation i England.

Nyckelord: Invandrare, primärvård, översiktsartiklar, England

Introduktion

I Stockholms län bor cirka 100 000 invånare av utländskt ursprung (1). De är till största delen bosatta i länets södra delar och i Stockholms västra nybyggda stadsdelar. Stadsdelen Rinkeby i västra Stockholm intar därvid en särställning som norra Europas mest invandrartäta område med nästan 70% invandrare, som kommer från cirka 80 olika nationer och talar 100 olika språk. Sådan kulturell mångfald ställer naturligtvis primärvården inför andra krav och utmaningar, och fordrar annorlunda organisatoriska lösningar, än vanliga "svenska" distrikt.

Efter att ha arbetat i nästan ett och ett halvt decennium i detta etniskt mycket blandade upptagningsområde, kände sjukvårdspersonalen att man måste inhämta mer kunskaper och erfarenheter från andra håll för att få stimulans till fortsatt utveckling och förbättring av sitt arbete.

När vi av landstingets förvaltning fick tillstånd att använda visst överskott av budgeten till studieresor, vändes därför våra blickar mot London. Denna stad är jämte Berlin en av Europas mest invandrartäta städer. Primärvården har en stark ställning i det brittiska samhället och dess organisatoriska uppbyggnad, liksom det sociala välfärdsystemet, liknar till stor del det svenska. Kontakt togs med dr Peter Pritchard, en pensionerad allmänläkare (general practitioner, GP) från Oxford med stark förankring inom det brittiska allmänläkarsällska-

pet och med stort intresse för Sverige och svensk sjukvård. Han visade sig vara en organisatorisk kraft av stora mått, som snabbt ordnade namn och kontakter till läkare och hemsjukvårdsorganisationer med inriktning på etniska minoriteter inom Londonområdet. Detta hade dock inte varit en helt lätt uppgift visade det sig, eftersom intresset hos GPs i London inte till någon större del var koncentrerat till invandrargruppernas speciella förhållanden.

London – en stad med blandad befolkning

Av Londons 8 miljoner invånare är cirka 1 miljon invandrare från de forna engelska kolonierna och från samväldesländerna. En stor del kommer från den indiska subkontinenten och från länderna i Östafrika. En fördel är att många redan vid inflyttningen till England mer eller mindre behärskar det engelska språket. Detta gäller dock främst männen och de högre utbildade. Diskrimineringen i det engelska samhället gör dock att många invandrare har svårt att få arbete som motsvarar deras formella kompetens. Arbetslösheten är också stor både för hembefolkningen och ännu mer uttalat för invandrarna. Detta gäller även London, där också bostadsbristen är skriande. Många bor trångbott i Bed & Breakfast (B&B) och andra tillfällighetsbostäder med urusla sanitära förhållanden.

Allmänläkarorganisationen i England
Mer än 90% av invånarna i England är registrerade hos en GP inom ramen för National Health Service (NHS). Många läkarbesök och receptbelagda mediciner blir därmed avgiftsfria eller starkt subventionerade för en stor del av de brittiska medborgarna. Varje GP har ca 2 000 registrerade patienter. I städerna är det vanligt med grupp-mottagningar med 5–7 läkare. Besökstiden hos läkare är vanligen bara 5–10 minuter. Det är i regel mycket sparsamt med laboratorieresurser, lokaltutrymmen, teknisk utrustning samt oftast även kringpersonal (2).

Studiebesöken

I oktober 1988 tillbringade vi en vecka i London för att utbyta erfarenheter med engelska allmänläkare och annan vårdpersonal om deras arbete med invandrare. Vi gjorde studiebesök på vårdcentraler och hjälporganisationer samt hade personliga sammanträffanden med GPs. Eftersom vi tog oss fram med allmänna kommunikationsmedel, fick vi en bra överblick över staden och vardagslivet inte minst i rusningstid. I studiegruppen deltog personal representerande olika personalkategorier från primärvårdområdets allmänläkar- distriktssköterske- och barnmottagning, liksom personal från hemsjukvården, MVC och BVC.

Besök gjordes vid *Kentish Town Health Centre* och *Barton House Health Centre* i centrala respektive norra London. Dessa är relativt stora



Interiör från Kentish Town Health Centres väntrum.

*vårdcentraler, där all primärvårdsverksamhet inklusive mentalsjukvård är samlad under ett tak. Patientklientelet är i båda fallen socialt och etniskt blandat med ca 30% invandrare. Majoriteten av dessa är från Bangladesh, Vietnam, Cypern, Irland eller Västindien. Kommunikationsproblemen med patienter som inte kan tillräcklig engelska är stora och det förstärks av tidsbrist vid läkarbesöken. Oftast använder man anhöriga som tolkar, vilket ansågs klart otillfredsställande. På Kentish Town hade man p.g.a. bristande ekonomiska resurser tillgång till endast en professionell tolk (vietnamesiska). På Barton House fanns en "health visitor" (närmast hemsjukvårdare) från Bangladesh, som kunde fungera som tolk, men hon hade en oerhörd arbetsbelastning och fanns sällan till hands. Man hade ansökt om projektanslag för att kunna anställa Sylhetitalande (nord Bangladeshiskt språk) personal eller tolk, men verksamheten hade ännu ej kommit igång. Invandrarnas hälsoproblem var i mycket relaterade till dåliga socio-ekonomiska förhållanden, framförallt trångboddhet och undermålig standard på lägenheterna med fukt, kyla och usla sanitära förhållanden. Någon exakt siffra för andelen arbetslösa gavs inte, men den var "hög". Mentalsjukdomar var frekvent förekommande hos irländare och västindier, vilket till stor del kunde hänföras till alkohol- och annat missbruk. Hypertoni var vanligt bland invandrare från Västindien. Det fanns en överrepresentation av magsår på grund av stress och storrökning hos asiater samt av depressivt och passivt beteende hos invandrare från Bangladesh. Inte minst barnmorskorna rapporterade om detta. En relativt hög andel koronarsjukdomar sågs hos asiatiska män samt atopiska sjukdomar som eksem och astma hos sikher (3). Däremot ansågs vietnameserna vara förhållandevis friska. Invandrar-kvinnorna angavs ha stora problem med social isolering, inaktivitet och stark somatiseringstendens. Barnen blev ofta försummade och hade ofta övre luftvägsinfektioner och diarreetillstånd.

Andelen färgad personal på Barton House Health Centre var stor och man vann sig extra för att öka förståelsen och övervinna svårigheterna att arbeta tvärkulturellt.

På Kentish Town Health Centre hade man ett omfattande utbildnings- och socialt program. Ett utredningsprojekt studerade i vilken omfattning invandrarna i området hade fått otillräcklig eller inadekvat vård. Man hade också ett utbildningsprogram för sjukvårdspersonal i tvärkulturellt arbete. På mottagningen fanns även barnkrubba under ledning av förskolelärare, där mödrar kunde lämna in sina barn några timmar i samband med läkarbesök eller andra aktiviteter. Det fanns också särskilda grupper för icke-

engelsktalande mödrar som leddes av socialarbetare. Syftet med dessa grupper var att förbättra deltagarnas kunskaper om det engelska samhället, bryta kvinnornas isolering och motivera dem till engelskundervisning. Generellt arbetade man mycket nära de sociala myndigheterna.

Dr Aziz Kazi var en äldre, starkt engagerande och entusiastisk GP. Han hade anordnat ett möte på ett sjukhem i närheten till sin praktik i centrala London. Till detta hade inbjudits alla 13 GP, som arbetar inom denna stadsdel. Endast hans kvinnliga kollega kom vilket illustrerar det dystera faktum att intresset för etniska minoriteter och deras hälsoproblem är minimalt bland GP i London med omgivningar. Dr Kazi ansåg att detta berodde på kommunikationssvårigheter med invandrapatienterna och på deras för engelska läkare ofta främmande sjukbeteenden och diffusa söksaker. Av de drygt 30 000 invånarna i stadsdelen var andelen bostadslösa 6 000. Dessa bodde oftast inneboende på B&B, men utesovare var inte ovanliga. Vid ett försöksprojekt för att förbättra hälsostandarden för dessa invånare framkom, att ingen GP ville registrera dessa bostadslösa som patienter. Man planerar därför att starta ett samarbete mellan flera GP för att tillgodose sjukvårdsbehovet för denna grupp av invånare, som nästan helt utgörs av invandrare.

Vi fick också tillfälle att samtala med dr Peter Toon, som arbetar inom stadsdelen Hackney. Andelen invandrare är inte så hög här, men fattigdomen, den låga bostadsstandarden och arbetslösheten utgjorde stora problem. Dr Toon arbetar mycket aktivt för att öka förståelsen för etniska minoriteter bland läkare, sjukvårdspersonal och hälsovårdande myndigheter (4). Den mer eller mindre öppna rasismen bland många sjukhusläkare, särskilt äldre specialister, ansåg han utgöra ett stort problem för invandrapatienterna. För att kunna tillvarata deras rättmätiga intressen hade han tillgång till sk. advocacies, som ofta även fick fungera som tolkar, eftersom det även här var brist på sådana. Dock hade den lokala administrationen här ordnat ett rudiment till tolkorganisation liknande tolkförmedlingen i Sverige.

Hälsoproblemen angavs till stor del speglas i felaktig kosthållning. Konserverad och fiberfattig kost var vanlig bland turkiska invandrare. Övervikt och storrökning var andra vanliga problem.

Äldre invandrare och kvinnor

I kommundelen Ealing i östra London hade man uppmärksammat en speciell ensamhetsproblematik kring äldre, pensionerade invandrare. Samarbete hade där etablerats mellan sjukvård och socialvård, så att man ordnat öppet hus för äldre invandrare för samvaro, information kring sociala rättig-

heter, medicinska och mer allmänna levnadsfrågor.

Tower Hamlets Maternity Services har sin verksamhet förlagd i Londons East End. Området har hög andel invandrare med många sociala och ekonomiska missförhållanden. Organisationens program är att arbeta för jämlikhet i sjukvården för alla etniska minoritetsgrupper, för flerspråkig personal i sjukvården, för fler kvinnliga läkare och för att det skall finnas tillgängligt kulturellt anpassad sjukhuskost. Arbetet bedrivs via kulturtolkar (advocacies) för stöd och hjälp till gravida kvinnor från Asien och östafrika. Dessa kulturtolkar följer med kvinnan vid besök till läkare, provtagning, andra vårdgivare och även vid sjukhusinläggning.

King's Fund college

Sista studiedagen tillbringade vi på *King's Fund College*, där man arbetar med utrednings- och utvecklingsprojekt för hälsovården med betoning på multidisciplinärt arbetssätt. Vi fick höra en rad intressanta föredrag och förde givande diskussioner om invandrarnas situation i England och Sverige.

På detta college finns flera arbetsgrupper för att förbättra invandrarnas situation i England. Man driver kampanjer, exempelvis för att minska arbetslösheten och för att öka tillgängligheten för etniska minoriteter inom vården. Bland deras hälsokampanjer kan nämnas ett framgångsrikt arbete för att stoppa engelska sjukan 1981 och särskilda satsningar för asiatiska mödrars och deras barns hälsa. Man övervakar också genom besök hos lokala hälsomyndigheter, att etniska minoriteter inte diskrimineras inom vården.

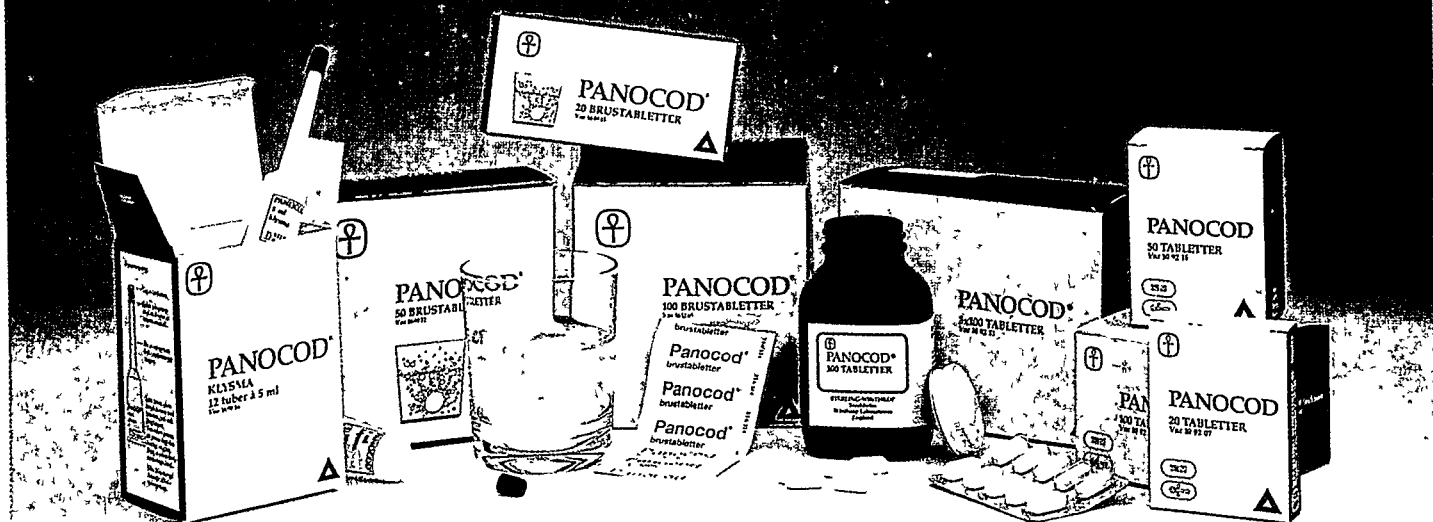
Cecil Helman talade om medicinsk antropologi. Han betonade starkt likheten hos människor världen över och vikten av att undvika kulturella stereotyper (5).

Invandrabefolkningen ökar snabbt i Storbritannien. 25–45% (observera den osäkra siffran) av de nyfödda barnen har föräldrar från Pakistan eller samväldesländerna. Bristen på tillförlitliga data över hälsoläget bland invandrabefolkningen är för närvarande stor. Först 1991 kan man få in etnisk tillhörighet i statistiken.

I flera föredrag påpekades den diskriminering som förekommer i vården genom att tillgängligheten är sämre för invandrare men också beroende på vårdgivarnas attityder. Som exempel nämndes att invandrapatienter är överrepresenterade inom mentalvården, särskilt tvångsvården.

Arbete pågick också för att stimulera till lika möjligheter för etniska minoriteter till anställning och befordran inom hälso- och sjukvården. Redan nu utgörs 30% av de anställda inom NHS av invandrare, men de har då huvudsakligen lägre kvalificerade arbeten. Medvetenheten inom NHS ansågs av

Förstärkt basanalgetikum med trygg effekt



PANOCOD[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

Angriper smärtan på två nivåer:
centralt och perifert

Effektivt · Ekonomiskt* · Modernt

*100 tabletter Panocod[®] Kr. 52:30 (AUP)

100 tabletter Citodon[®] Kr. 65:50 (AUP)

Enligt prislista 891101



Sterling-Winthrop AB, Box 1403, 171 27 Solna Tel 08-734 08 80

† samtliga talare vara låg om invandrar-nas situation.

Situationen för de äldre invandrar-na berördes även här. Dessa blir snabbt fler och fler. Eftersom arbets-lösheten är hög i Storbritannien, "pensionerar" sig också många redan i unga åldrar. Storfamiljen, som i många invandrares hemländer står för omvårdnaden av de äldre, existerar inte i England, lika lite som i Sverige. De äldre invandrarna bor oftast en-samma och inaktiviteten och isolering-en är ofta stor.

Diskussion

Inom Rinkeby primärvårdsområde har vi försökt vinnlägga oss om att vårt arbetssätt skall vara sådant att det till-godoser både svenska och invandrar-patienters behov. Tack vare vår stu-dieresa fick vi ett perspektiv på vårt arbete bland invandrare, som vi inte kunnat få i Sverige. Det finns många likheter och beröringspunkter, men även skillnader, mellan våra båda län-der i synen på och bemötandet av in-vandrare. Vår större tillgång på eko-nomiska resurser märks mest i till-gängligheten på tolkar. Den är relativt god på de flesta håll i Sverige, även om bristen på utbildade sådana kan vara märkbar inom vissa språkområ-den. Vad som imponerade på oss i London var främst den medvetna sats-ningen, som gjordes på många håll, för att tydliggöra hälsoproblem och förbättra det brittiska sjukvårdssyste-mets tillgänglighet liksom medveten-

heten om de socioekonomiska villko-rens betydelse för invandrares hälsosi-tuation. Till detta kan deras statistiska centralbyrå bidra, genom att komplet-tera med uppgifter om etnisk tillhörig-het i den nya statistikbearbetningen. Den sociala standarden är överlag sämre i England, med lägre bostads-standard och högre arbetslöshet. Även i Sverige finns dock skillnader mellan inhemsk befolkning och in-vandrare. Trångboddhet, bostadslös-het, sämre arbetsvillkor, sämre utbild-ningsnivå och därmed sammanhäng-ande sämre hälsoläge för invandrarbe-folkningen jämfört med svenskar i all-mänhet existerar de facto (6).

Entusiasmen hos de personer vi träffade var stor, men det framkom också klart att det finns en mer eller mindre öppen rasism och ovilja inom sjukvårdsväsendet, inte minst inom lä-karkåren. Detta förhållande är inte heller ovanligt i Sverige, där man ty-värr inte allt för sällan kan höra för-aktfulla anmärkningar om invandrade patienter, som inte kan tillräckligt med svenska eller som är "jobbiga" p.g.a. annorlunda sjukbeteende. Tyvärr har det också blivit allt vanligare med åren, att invandrare inte får tolk vid läkarbesök och sjukdomsbehandlingar på Stockholmsjukhusen. Detta måste bero på bristande medvetenhet om vikten av professionell hjälp vid språk-liga kommunikationsproblem. I tider av ekonomisk åtstramning har således anslagen för tolkning minskats. Det är ett klart brott mot den svenska hälso-

och sjukvårdslagen, när patienter som anser sig behöva tolk inte erhåller det vid sjukvårdsbesök och behandlingar. Invandrarna själva upplever sig också i stor utsträckning inte få tillräcklig hjälp inom sjukvården (7). Även i Sverige har vi långt kvar att gå innan vi kan säga oss ge våra etniska minori-teter en bra vård.

Referenser

1. Invandrare i Stockholms län. Arbete och löner. Regionplanekontoret, Stockholms läns landsting 1985:4.
2. Mattson B. Brittisk akademisk all-mänmedicin – praktik, forskning och utbildning. Läkartidningen 1988; 46:3911–14.
3. Javaid A, Ayres JG. Asthma in ethnic communities. Update 1988; 15 aug: 295–300.
4. Fuller JHS, Toon PD. Medical Practice in a Multicultural Society. London: Heinemann Medical Book, 1988.
5. Helman C. Culture, Health and Ill-ness. Bristol: Wright, 1986.
6. Löfvander M, Papastavrou D: Clinical factors, psycho-social stressors and sick-leave patterns in a group of Greek and Swedish patients. Scand J Soc Med (i tryck).
7. Tomson Y, Lichtenstein P. Invandrare söker vid vårdcentral oftare än svenskar. Läkartidningen 1988; 7: 532–7.

Författarpresentation

Monica Löfvander, distriktsläkare, Rinkeby vårdcentral

Postadress: Skårbygränd 3. 163 72 Spånga.

R ecensioner

Forskning i nordisk allmänmedisin

Redaktörer: Gert Almind
Dag Bruusgaard
Niels Bentzen
Birgitta Hovelius

Universitetsforlaget AS 1988
Allmänpraktikerbiblioteket
ISBN 82-00-03490-9

Pris 283:–

Stimulerande distriktsläkarforskning

I den summerande "Introduksjonen" skriver redaktörerna (?) om forskning i allmänpraxis. Ska vi koncentrera oss på traditionellt "forskbara" problem eller utveckla nya metoder? Trots slag-orden "låt tusen blommor blomma" och "small is beautiful" är många av de projekt som beskrivs just traditio-nella.

25 forskare från alla nordiska länder utom Island reflekterar retrospektivt över genomförda projekt. Författarna har ombetts följa en viss "momentlis-ta" eller rubrikmall för redovisningen. De intressantaste rubrikerna blir: pro-blemet, metodöverväganden, accep-

tans hos medarbetare och forsknings-miljö och inte minst "etterpåklök-skap".

Bäst är de öppet prestigelösa erkän-nandena om misslyckanden, det är svårare att dra ut någon lärdom ur den bitterhet som spåras i andra.

Erfarenheten av forskning varierar, några beskriver sina första stapplande försök medan andra förefaller mera härdade.

Kanske är det denna spännvidd som gör boken så läsvärd och stimulerande som beskrivning av "the state of art".

Redaktörerna har sammanfört ar-tiklarna på ett något krystat sätt till sex olika ämnen: "Hva foregår i all-mänpraxis?, Patienter och läkare – samspel och attityder, Sygdomsforløb, Nyttan av diagnoseprocedurer og ef-fekt av tiltag, Årsagforhold, Metoder til bedre forståelse af patienter." Re-daktörernas inledningar till ämnena är välskrivna och preciserar ofta proble-men.

Här blandas stort och smått i en salig röra: Herpes zoster, cancermiss-tankar, effekt av sjukhusvistelse, länd-ryggssmärter, läkarattityder, hälso-dagböcker, hjärtkärlödlighet, pa-tienttillfredsställelse, ultraljud, primär-

vårdsutbyggnad, blodtryck, alkohol och antibiotika.

Man får en splittrad bild av huvud-strömmarna i allmänmedicinsk forsk-ning. Det enda som förenar är att de flesta problemen formulerats ur den allmänmedicinska kliniska vardagen.

Två kvinnor står för de intressantas-te rapporterna. Birgitta Hovelius be-skriver problemen med att få ett pro-jekt godkänt av etiska kommittén. Det rörde sig om ett försök att delege-ra handläggningen av akuta luftvägsin-fektioner från läkare till sjuksköters-ka.

Vackrast är Kristi Malteruds utsökta "Veien blir till mens du går – en kvali-tativ reisebeskrivelse". Hon beskriver där bakgrunden till arbetet med att utveckla konsultationstekniken med nyckelfrågor för att bättre förstå me-delålders kvinnors hälsoproblem. (Hennes två artiklar i Scand J. Prim. Health Care 1987;4 är de hittills mest läsvärda i den tidskriften!)

Utifrån är det svårt att bedöma hur representativa forskarna är. Den in-tressanta forskarcirkeln från Umeå som redovisas i AllmänMedicin nr 2 1989 är inte representerad. Boken utgör dock den mest stimulerande och

lättlästa delen av kurslitteraturen i en forskningsmetodisk grundkurs för distriktsläkare i södra regionen.

Den kan varmt rekommenderas till alla kollegor med små eller stora forskningsambitioner.

Peter Olsson, FV-läkare allmänmedicin.

Postadress: Arkitektgatan 8, 371 38 Karlskrona

Akutmedicin

GEORG MATELL
HANS REICHARD

*Lund: Studentlitteratur, 1988.
ISBN 91-44-05376-2.
Pris: 360 kronor*

Har det hänt något inom akutmedicinen under den senaste 16-årsperioden? Jag sitter och jämför min akutröda bok från 1972 med den senapsgula sjätte upplagan från 1988. Det mesta är sig likt och många av de gamla läromoderna har stått sig väl genom åren.

Självklart har det tillkommit en del nyheter – nyheter som idag är självklarheter. Diagnostiken har förbättrats med hjälp av ultraljud och dator-tomografi. Borta är de besvärliga angiografierna. En del tveksamma mediciner har utrensats och ersatts med nya, förhoppningsvis bättre. Vi vågar numera ge furosemid och diazepam i betydligt högre doser än tidigare.

Såväl diagnostiken som behandlingen av akuta cerebrovasculära lesioner har blivit betydligt mera aktiv. Vi har fått lära oss nya termer som TIA, TIA-IR och RIND. Behandlingen av akut hjärtinfarkt har också blivit mera aktiv – i akuteskedet övervägs idag streptokinas och metoprolol. Samtidigt har vi blivit mera restriktiva med lidocain vid ventrikulära arytmier.

Den rekommenderade insulinbehandlingen vid hyperglukemiskt koma har ändrats från högdos till lågdos, med en långsammare men säkrare normalisering av blodsockret som följd. Till "nyheterna" hör också ad-

renalinspray till getingallergiker och påsdialys i hemmet för patienter med kronisk njursvikt. Vidare lär man numera ut Heimlichs manöver att använda vid akut luftvägshinder.

Sjukdomspanoramat har också ändrat sig – blivit "modernare". Barbituratförgiftningarna har ersatts av diazepamförgiftningar. I bokens andra upplaga fanns förgiftningar med alkohol, metanol och T-sprit ej speciellt nämnda. En tabell med symtomen vid akut förgiftning respektive abstinens beträffande de vanligaste missbruksmedlen har tillkommit. Vi kan numera också läsa om Borreliainfektion och HIV-infektion.

Prognossiffrorna vid många akuta tillstånd är förvånansvärt oförändrade i den sjätte upplagan jämfört med den andra. Dock är remissionsfrekvensen efter behandling av akut blastleukemi numera tre gånger högre än för 16 år sedan.

Antalet numrerade sidor har ökat från 266 till 293. Det innebär att ytterligare en del akuta sjukdomstillstånd tagits med – förutom de redan nämnda också exempelvis instabil angina pectoris, pericardit, pancreatit och polymyalgia arthritica.

Vid min första genomgång av den nya boken återfann jag inte ÖLI, tonsillit, gastroenterit och UVI. Jag hoppades då att man rensat bort dessa ofta "banala" sjukdomar. Men inte – de hade bara bytt kapitel. Exempel på andra tillstånd som enligt min mening knappast hör hemma i en lärobok i "akutmedicin" är morbus Ménière, ryggsnitt, nackspärr och hicka.

Sammanfattningsvis tycker jag att det hänt förvånansvärt lite inom akutmedicinen under de senaste 16 åren. Jag tycker också att den bok, som tidigare i karriären upplevdes som oumbärlig, numera står relativt lugnt i bokhyllan. Förhoppningsvis beror detta på en med åren ökande erfarenhet av att handlägga akut sjuka patienter. En del av förklaringen är naturligtvis också att man som distriktsläka-

re nära ett stort sjukhus ser få patienter med omedelbart livshotande tillstånd. Dock ångrar jag inte att jag skaffat den nya upplagan, särskilt som SI-systemet införts sedan sist.

*Anders Håkansson, distriktsläkare,
Vårdcentralen Teleborg
Postadress: Box 5044, 350 05 Växjö*

Brännskador

CARL-EVERT JONSSON

*Almqvist & Wiksell, Förlag AB,
Stockholm
Pris: cirka 345 kronor*

Carl-Evert Jonsson har, genom sin utbildning vid plastikkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala samt vid tjänstgöring på Karolinska sjukhuset i Stockholm, fått erfarenhet och intresse för brännskadeproblematiken.

Han avser att genom boken ge elementära fakta om brännskador och dess behandling. Boken beskriver på ett ingående sätt alla olika typer av brännskador och dess behandlingar. Den tar även upp rehabilitering och den psykiska reaktionen hos den brännskadade.

Preventionen behandlas i ett kapitel, men ger tyvärr inte några nya infallsvinklar.

Avsnitten om de psykologiska reaktionerna har ett onödigt krångligt språk.

Det akuta omhändertagandet vid skadeplatsen nämns i de olika avsnitten, men detta, för den skadade så viktiga delen, borde ha fått ett större utrymme i boken.

Boken är rikt illustrerad med bilder och kan rekommenderas som fördjupningslitteratur för personal inom akut-sjukvården.

*Ann-Britt Zackrisson, mottagnings-sköterska
Elisabeth Meyer, distriktssköterska
Postadress: Laxå vårdcentral, 695 00 Laxå*

Författarregister 1989

Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1989. Sorterade efter första författare.

Adolfsson LE, Larsson M, Nilsson S. Äldreomsorg – erfarenheter från Bankeryd. AllmänMedicin 1989;10:56. SEARCH WORDS: äldreomsorg, prevention, Bankeryd, Jönköping.

Alm G, Mölstedt CM. Vårdtyngd på sjukhem och servicehus – en jämförande studie. AllmänMedicin 1989;10:166-8. SEARCH WORDS: arbetsbelastning, servicehus, forskning, sjukhem.

Andersson D. SFAM:s höstmöte i Gävle 1988 – ett collage i ord och bild. AllmänMedicin 1989;10:88-90. SEARCH WORDS: allmänmedicin, kongressrapporter, Gävle.

Andersson I, Håkansson A, Ejlerstsson G. FoU i primärvården i Kristianstads läns

landsting. AllmänMedicin 1989;10:36-7. SEARCH WORDS: forskning, primärvård, intervju/enkätundersökningar, Kristianstads län, FoU.

Andersson R, Bremberg S. Medicinsk studie- och yrkesrådgivning i grundskolan. Utvärdering av en modell. AllmänMedicin 1989;10:245-8. SEARCH WORDS: skolor, skolhälsovård, handikapp, intervju/enkätundersökningar, Linköping, yrkesrådgivning, studierådgivning.

Andersson S-O. En forskarcirkel i tiden. AllmänMedicin 1989;10:64-6. SEARCH WORDS: allmänmedicin, forskning, teori, metoder, debatt.

Andersson S-O, Lynöe N. Kriser i den kliniska medicinen. AllmänMedicin

1989;10:143-6. SEARCH WORDS: allmänmedicin, vetenskapsteori, kriser.

Andersson S-O. "Health is being happy". Glimtar från en kurs i epidemiologi och fältforskningsmetodik. AllmänMedicin 1989;10:234-5. SEARCH WORDS: epidemiologi, utvecklingsländer, datainsamling.

Andersson Ö. Halsinfektioner och antibiotika – en utmaning för distriktsläkaren. AllmänMedicin 1989;10:209-13. SEARCH WORDS: Streptokokinfektioner, diagnos, antibiotika, klinisk forskning, halsinfektioner.

Ask H. Allmänläkare vid den stora floden – en sann berättelse från Järvsö. AllmänMedicin 1989;10:185-8. SEARCH WORDS: allmänläkare, debatt.

Berggren I, Falk M, Granlund P-E, Hansson A, Janlert U, Schaufele U, Stenvall T, Wikman L. Lokala hälsoprogram – ett hjälpmedel i det förebyggande arbetet. *AllmänMedicin* 1989;10:77-80. SEARCH WORDS: hälsoprogram, prevention, primärvård, samarbete mellan myndigheter, kommuner, Norrbotten, lokalsamhälle.

Bjerre B, Block P. Diagnostik och behandling av maxillarsinuit i primärvård. *AllmänMedicin* 1989;10:252-7. SEARCH WORDS: näsa och bihålor, infektioner, diagnos, sinuit, ultraljud.

Björås G. Bjarne Jansson: Olycksfallsregistrering i den svenska akutvården i avsikt att förebygga olycksfall. Epidemiologisk studie av jordbruksolycksfall. *AllmänMedicin* 1989;10:43-4. SEARCH WORDS: olycksfall, epidemiologi, jordbruk, hälsoinformation, arbetsmedicin, register, socialmedicin, skador, doktorsavhandlingar.

Björkelund C, Kallioinen M, Skoog P. Referat från Socialstyrelsens läkemedelsavdelnings workshop om "Profylax och behandling av osteoporos". *AllmänMedicin* 1989;10:130-1. SEARCH WORDS: frakturer, behandling, epidemiologi, riskfaktorer, kongressrapporter, profylax, osteoporos.

Björkelund C. Symposium om suicidförebyggande arbete på Riksstämman den 1.12.1988. *AllmänMedicin* 1989;10:132. SEARCH WORDS: självmord, prevention, kongressrapporter, Riksstämman.

Björkelund C. Varför skriver så få kvinnliga läkare artiklar i *AllmänMedicin*? *AllmänMedicin* 1989;10:226. SEARCH WORDS: allmänmedicin, kvinnor, debatt, ledare.

Brunell U. Kraschen – ett samarbetsprojekt med många bottnar. *AllmänMedicin* 1989;10:34-5. SEARCH WORDS: primärvård, akutvård, utbildning, katastrofberedskap, Göteborg, Bohuslän.

Cars H, Håkansson A, Petersson C. Högkonsumtionen av primärvård – vem är det? *AllmänMedicin* 1989;10:84-6. SEARCH WORDS: vårdkonsumtion, diagnos, registerstudier, forskning, Växjö.

Dahl G. Høgt Blodtryck och alkohol – en litteraturoversikt. *AllmänMedicin* 1989;10:12-5. SEARCH WORDS: hypertoni, alkoholism, epidemiologi, forskning.

Edung-Persson D. Chlamydiascreening och partnerspårning i en glesbygdskommun. *AllmänMedicin* 1989;10:60-1. SEARCH WORDS: veneriska sjukdomar, screening, behandling, epidemiologi, chlamydia, Ljusdal.

Elkan E. Roness A: Psykiatri og religion – en religionspsykologisk införing. *AllmänMedicin* 1989;10:175. SEARCH WORDS: psykiatri, religioner, recensioner.

Fabian C, Sjönell G, Vlastos M. Möte med John Fry. *AllmänMedicin* 1989;10:113. SEARCH WORDS: allmänläkare, allmänläkarpraktik, internationellt utbyte, England.

Fridlund B, Landin A, Olofsson M, Thors C-E. Norra Halland projektet. Hjärtinfarkt-rehabilitering – ett tvärvetenskapligt vårdansvar. *AllmänMedicin* 1989;10:163-5. SEARCH WORDS: hjärt-kärlsjukdomar, infarkt, rehabilitering, forskning, intervention, Halland.

Gran B. Teorier och metoder för samhällsbaserad intervention. *AllmänMedicin* 1989;10:152-4. SEARCH WORDS: public

health, intervention, prevention, hälso-program.

Gran B. Hjärt-kärlprevention i skolhälsovården – resultat från hälsokontroller i nionde klass på en skola i Luleå. *AllmänMedicin* 1989;10:189-2. SEARCH WORDS: hälsokontroller, skolbarn, prevention, hjärtkärlsjukdomar.

Gustavsson M, Söderberg H-Å, Boman K. Hypertoniregistrering – ett nödvändigt hjälpmedel vid blodtrycksbehandling? *AllmänMedicin* 1989;10:15-6. SEARCH WORDS: hypertoni, registerstudier, epidemiologi, Skelleftehamn.

Hagander B. Per-Olof Bitzén: Åldersdiabetes – modell för hur sjukdomen kan spåras och behandlas. *AllmänMedicin* 1989;10:58-9. SEARCH WORDS: diabetes mellitus, äldre, screening, kostvanor, läkemedelsterapi, epidemiologi, sulfonylurea, glipizid, doktorsavhandlingar.

Haglund G. Vad menar vi med kvalitet i sjukvården? *AllmänMedicin* 1989;10:4. SEARCH WORDS: ledare, kvalitetssäkring, allmänmedicin.

Hallberg H. Män efter separation – en möjlighet till samarbete? *AllmänMedicin* 1989;10:80-4. SEARCH WORDS: män, skilsmässa, hälsokontroller, hälsoproblem, intervju/enkätundersökningar, gruppterapi, samverkan mellan myndigheter, primärvård, prevention, Borlänge, familjerådgivningsbyrå.

Hallberg H. 6:e Nordiska kongressen i allmänmedicin. *AllmänMedicin* 1989;10:229-33. SEARCH WORDS: allmänmedicin, kongressrapporter, Århus.

Hansson D. Intoxikationsfall behandlades vid Säffle sjukhus 1974–84. *AllmänMedicin* 1989;10:219-21. SEARCH WORDS: självmord, retrospektiva studier, epidemiologi, förgiftning, Säffle.

Hellström O. Fallbeskrivningen – ett symbolvetenskapligt kunskapsdokument. *AllmänMedicin* 1989;10:68-70. SEARCH WORDS: psykosomatiska sjukdomar, läkare-patientrelationer, holism.

Henningsson S, Lindblad T. Öppen mottagning i Malmö. *AllmänMedicin* 1989;10:27-31. SEARCH WORDS: primärvård, intervju/enkätundersökningar, attityder, vårdkonsumtion, forskning, Malmö

Hensjö L-O. Min 68-årige patient. *AllmänMedicin* 1989;10:116. SEARCH WORDS: läkare-patientrelationer, läkemedelsanvändning, primärvård.

Hermansson I. Allmänmedicinen och ledningsfunktionen. *AllmänMedicin* 1989;10:8. SEARCH WORDS: primärvård, ledning, debatt, Västerbotten.

Hermansson I. Förändringsarbetare eller maktens lakej. *AllmänMedicin* 1989;10:107. SEARCH WORDS: primärvård, politik, översiktsartiklar, Filippinerna.

Herner B. En dubbelverkande avmagringsmetod. *AllmänMedicin* 1989;10:160-2. SEARCH WORDS: viktminskning, kostvanor, värmereduktion.

Hervius I. Terminalvård i hemmet – myt bland primärvårdare? *AllmänMedicin* 1989;10:184. SEARCH WORDS: hem-sjukvård, debatt.

Hultsten K. Sjukvård på läger. *AllmänMedicin* 1989;10:213-5. SEARCH WORDS: akutvård, barn, rekreation, läger.

Håkansson A, Lannsjö M. Skadepanorama sett från vårdcentralens horisont. *AllmänMedicin* 1989;10:32-4. SEARCH WORDS: olycksfall, prevention, primärvård, prevalens, registerstudier.

Håkansson A. Några tankar om den allmänmedicinska forskningen. *AllmänMedicin* 1989;10:52. SEARCH WORDS: allmänmedicin, forskning, ledare.

Håkansson A. Lundgren N, Luthman G, Elgstrand K (red): Människan i arbete. *AllmänMedicin* 1989;10:134. SEARCH WORDS: arbetsförhållanden, riskfaktorer, hälsoproblem, recensioner.

Håkansson A. Werner B, Persson H, Kulling P (red): Akuta förgiftningar. *AllmänMedicin* 1989;10:134. SEARCH WORDS: förgiftning, recensioner, handböcker.

Håkansson A. Epidemiology of pregnancy and infancy. Population-based studies in primary health care. *AllmänMedicin* 1989;10:150-1. SEARCH WORDS: graviditet, spädbarn, hälsoproblem, riskfaktorer, epidemiologi, doktorsavhandlingar.

Jaenson E. Årsmöte för Dansk Selskab for almen medicin (DSAM). *AllmänMedicin* 1989;10:53. SEARCH WORDS: allmänmedicin, kongressrapporter, Danmark.

Janlert U, Gran B. Allmänmedicin i Norrbotten. *AllmänMedicin* 1989;10:181. SEARCH WORDS: allmänmedicin, ledare, Norrbotten.

Jeppsson A. Rapport från trettonde världskongressen om hälsouppllysning. *AllmänMedicin* 1989;10:182-3. SEARCH WORDS: hälsouppllysning, kongressrapporter.

Johansson S-O. Bergenudd G: Mental stimulering av äldre. *AllmänMedicin* 1989;10:37. SEARCH WORDS: äldreomsorg, intervju/enkätundersökningar, mental hälsa, recensioner.

Johansson S-O. Hanserker J: En värdig ålderdom – vård och boendeformer för åldersdementa. *AllmänMedicin* 1989;10:57. SEARCH WORDS: äldre, demens, äldreomsorg, recensioner.

Johansson S-O. Brattgård S-O, Johansson B: Helhetsvård i livets slutskede. *AllmänMedicin* 1989;10:70. SEARCH WORDS: terminalvård, recensioner.

Johansson S-O. Engberg M: Långvårdsboken – lärobok om äldreomsorg i öppen och slutenvård. *AllmänMedicin* 1989;10:94. SEARCH WORDS: långvård, äldreomsorg, recensioner.

Lahti S. Effekt av röd Ginseng på elit-tyngdlyftare. *AllmänMedicin* 1989;10:168-71. SEARCH WORDS: fysisk aktivitet, sports, läkemedel, kontrollerade studier, forskning, Ginseng, tyngdlyftare, prestationsförmåga.

Larsson S, Johansson Y. Stor satsning på handledning under specialistutbildningen i allmänmedicin på Irland och i England. *AllmänMedicin* 1989;10:159-60. SEARCH WORDS: allmänmedicin, medicinsk utbildning, England, Irland.

Larsson S, Sjönell G. Öppen mottagning, en väldefinierad mottagningsform eller bara icke tidsbeställda läkarbesök i primärvården? *AllmänMedicin* 1989;10:57. SEARCH WORDS: primärvård, organisation, öppen mottagning.

Lehtipalo G. Allmänmedicinen för mig. *AllmänMedicin* 1989;10:227. SEARCH WORDS: allmänmedicin, debatt.

Lindholm H, Wirup P. Högt blodtryck hos gamla. Är det farligt? Lönar det sig att behandla? *AllmänMedicin* 1989;10:18-21. SEARCH WORDS: hypertoni, äldre, riskfaktorer, forskning, medicinsk utbildning.

Lindman A. Möte med landets FoU-enheter. Referat från årligt möte med landets enheter för forskning och utveckling inom primärvården. *AllmänMedicin* 1989;10:130. SEARCH WORDS: primärvård, forskning, kongressrapporter.

Lindman A. Finns det några rökfria restauranger i Luleå? *AllmänMedicin* 1989;10:207. SEARCH WORDS: rökning, Luleå.

Lundqvist G. Allmänläkare och BVC. *AllmänMedicin* 1989;10:146. SEARCH WORDS: barnhälsovård, barnmisshandel, debatt, allmänläkare.

Lundqvist G. Om allmänläkare i allmänhet och distriktsläkare i synnerhet. *AllmänMedicin* 1989;10:147-9. SEARCH WORDS: barnhälsovård, barnmisshandel, allmänläkare, debatt.

Lynöe N. Validitetsproblem i det kvalitativt inriktade forskningen. *AllmänMedicin* 1989;10:216-8. SEARCH WORDS: klinisk forskning, validitet.

Löfgren J. FV-klubben i Norra Älvsborg. *AllmänMedicin* 1989;10:258. SEARCH WORDS: allmänläkare, medicinsk utbildning, Älvsborg.

Malmberg B-G. En klassifikation för åtgärder. Dags för inventering och synpunkter! *AllmänMedicin* 1989;10:93. SEARCH WORDS: basdata, klassifikation.

Malmberg O, Johansson A, Malmberg B, Malmberg T. Miljöprofil – ett nytt hjälpmedel i det långsiktiga miljö- och hälsovårdsarbetet. *AllmänMedicin* 1989;10:250-2. SEARCH WORDS: miljö, hälsa, riskfaktorer, prevention, humanekologi, Tollarp.

Malmodin B. Attityder och attitydförändringar, meningsfullt och möjligt att mäta? Sammanfattning av en undersökning vid en nyöppnad vårdcentral. *AllmänMedicin* 1989;10:75-77. SEARCH WORDS: primärvård, attityder, intervju/enkätundersökningar, forskning, Falun.

Mattsson B. Fortsatt diskussion om allmänmedicinens kärna! *AllmänMedicin* 1989;10:7-8. SEARCH WORDS: allmänmedicin, debatt.

Mattsson B, Andersson S-O. Allmänläkare som lärare i grundutbildningens tidiga del – erfarenheter från Umeå. *AllmänMedicin* 1989;10:121-3. SEARCH WORDS: allmänmedicin, medicinsk utbildning, utvärdering, Umeå.

Mattsson B, Asp R. Något om alexitymi-begreppet ur ett allmänläkarperspektiv. *AllmänMedicin* 1989;10:127-9. SEARCH WORDS: psykosomatiska sjukdomar, mentala störningar, alexitymi.

Mattsson B, Lynöe N. Rapport från forskarutbildningskurs – hypertoni ur tvärvetenskaplig belysning. *AllmänMedicin* 1989;10:21-2. SEARCH WORDS: hypertoni, etiologi, utbildning.

Måwe U. Detta är allmänmedicinen för mig. *AllmänMedicin* 1989;10:142-3. SEARCH WORDS: allmänmedicin, debatt.

Nilsson IL. Handledning av underläkare –

exemplet Piteå. *AllmänMedicin* 1989;10:205. SEARCH WORDS: medicinsk utbildning, handledning, primärvård, Piteå.

Norrby K. Allmänmedicin och primärvård, den individnära vården. *AllmänMedicin* 1989;10:106-7. SEARCH WORDS: primärvård, specialister, hälsopolitik, privatläkare, debatt.

Norrby K. Fritt från WONCA, Jerusalem – referat och reflexioner kring 12:e världskongressen i familjemedicin. *AllmänMedicin* 1989;10:237-8. SEARCH WORDS: allmänmedicin, kongressrapporter.

Olsson P. Landtblom AM: Spelet om hälsan – nya spelregler. *AllmänMedicin* 1989;10:177. SEARCH WORDS: public health, hälsoproblem, recensioner.

Olsson B, Lindman A. Guide Médecine – ett kvalitetsmått. *AllmänMedicin* 1989;10:192-5. SEARCH WORDS: primärvård, kvalitetsvärdering.

Olsson B. Ett lärorikt fall. *AllmänMedicin* 1989;10:196. SEARCH WORDS: incest, psykosomatiska sjukdomar, fallstudier.

Olofsson C, Olsson P. Nöjda allmänmedicinare i Blekinge? *AllmänMedicin* 1989;10:188. SEARCH WORDS: allmänmedicin, Blekinge, debatt.

Olsson P. Hollnagel H, Nörrelund N, Schroll H: Almene helbredsproblem. *AllmänMedicin* 1989;10:222. SEARCH WORDS: allmänmedicin, recensioner, Danmark.

Persson B. Smärtpatienter i hemsjukvården. *AllmänMedicin* 1989;10:92-3. SEARCH WORDS: hemsjukvård, smärta, vårdare-patientrelationer, holism.

Petersson C. Dotevall G, Dotevall S: Hälsa och stress – stress och sjukdom. *AllmänMedicin* 1989;10:175-7. SEARCH WORDS: stress, sjukdomar, recensioner.

Recht L. A New, Simple Hand Test for Assessment of Normal Grip Function and for Detection of Early Inflammatory Hand Dysfunction in Primary Health Care. *AllmänMedicin* 1989;10:243-4. SEARCH WORDS: handtest, screening, populationsstudier, handhandikapp, doktorsavhandlingar.

Ribacke M. Tack, Bosse! *AllmänMedicin* 1989;10:137. SEARCH WORDS: publicering, *AllmänMedicin*.

Ribacke M. Två tidskrifter som sväljer stort och smått. *AllmänMedicin* 1989;10:140. SEARCH WORDS: debatt, allmänmedicin, publicering.

Ribacke M. Kommentar: Lundqvist G. Allmänläkare och BVC. *AllmänMedicin* 1989;10:146. SEARCH WORDS: barnhälsovård, barnmisshandel, debatt, allmänläkare.

Ribacke M. EGPRW – allmänmedicinskt forskarforum. *AllmänMedicin* 1989;10:226-7. SEARCH WORDS: allmänmedicin, forskning, EGPRW.

Stålhammar J. Dag Isacson: Primärvårdsforskning i Tierp. Storkonsumenter av läkemedel – vilka är det, och varför? *AllmänMedicin* 1989;10:111-2. SEARCH WORDS: primärvård, forskning, läkemedelsanvändning, Tierp, doktorsavhandlingar.

Scherstén B, Östman J. Pågående incidensstudie i Sverige. *AllmänMedicin* 1989;10:125. SEARCH WORDS: diabetes mellitus, incidens, epidemiologi.

Sjölin-Israelsson B. Höftfrakturer – litteraturoversikt. *AllmänMedicin* 1989;10:197-8. SEARCH WORDS: frakturer, riskfaktorer, prevention, äldre, höftfrakturer.

Sjönell G. En hyllning till Bo J A Haglund. *AllmänMedicin* 1989;10:136. SEARCH WORDS: ledare, publicering, *AllmänMedicin*.

Sjönell G. Allmänmedicinen vid vägskalet. *AllmänMedicin* 1989;10:140-1. SEARCH WORDS: allmänmedicin, debatt.

Thörn H. Vi måste ta ansvar för våra smärtpatienter! *AllmänMedicin* 1989;10:109. SEARCH WORDS: akupunktur, kronisk värk, utbildning.

Thörn H. Se upp med GP nostalgi! *AllmänMedicin* 1989;10:184-5. SEARCH WORDS: allmänläkare, debatt.

Tibblin G. Utbildning av kallhjärnade och varmhjärtade allmänläkare. *AllmänMedicin* 1989;10:101. SEARCH WORDS: allmänmedicin, utbildning, debatt.

Tivell E. Björkman L (red): Arytmier – diagnostik och behandling. *AllmänMedicin* 1989;10:134. SEARCH WORDS: hjärta, recensioner, arytmier.

Westman G. Behöver tidskriften *AllmänMedicin* en sektion för originalarbeten? *AllmänMedicin* 1989;10:7. SEARCH WORDS: allmänmedicin, publicering, debatt.

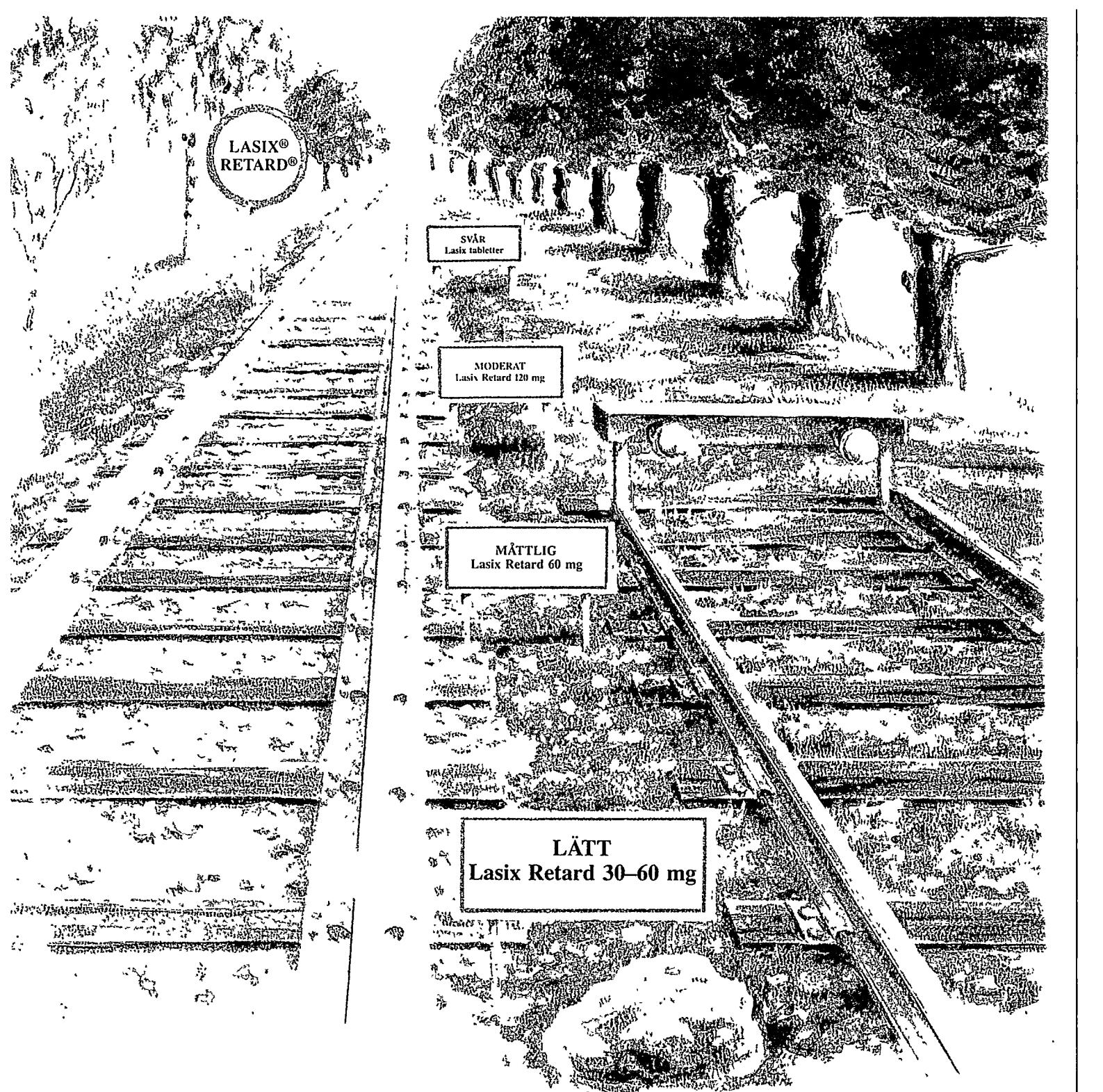
Widäng K. Handelsresande i allmänmedicin? *AllmänMedicin* 1989;10:8. SEARCH WORDS: allmänläkare, hälsopolitik, debatt, läkarrekrytering, Norrland.

Widäng K. Nordiskt Allmänläkarseminarium 1–3/9 1988 i Tavastehus. *AllmänMedicin* 1989;10:94. SEARCH WORDS: allmänmedicin, primärvård, kongressrapporter, Tavastehus.

Waller U, Aho M-L. Erfarenheter av fyra års hjärt- och kärlpreventivt arbete. *AllmänMedicin* 1989;10:203-5. SEARCH WORDS: hjärt-kärlsjukdomar, prevention, hälsouppllysning, Norrbotten.

Åberg H. En enkät till distriktsläkarna i Stockholm. *AllmänMedicin* 1989;10:123-5. SEARCH WORDS: distriktsläkare, arbetsorganisation, arbetstillfredsställelse, intervju/enkätundersökningar, forskning, Stockholm.

Östergren P-O. Bertil S Hanson: Sociala nätverk, socialt stöd – viktiga för hälsan hos äldre män. *AllmänMedicin* 1989;10:41-2. SEARCH WORDS: socialt nätverk, sociala relationer, män, äldre, hälsotillstånd, dödlighet, forskning, sociala/psykosociala faktorer, doktorsavhandlingar, Malmö.



LASIX®
RETARD®

SVÅR
Lasix tabletter

MODERAT
Lasix Retard 120 mg

MÅTTLIG
Lasix Retard 60 mg

LÄTT
Lasix Retard 30-60 mg

Lasix® Retard® eller tiazider vid behandling av hjärtsvikt?

Utgå alltid från samma grundsubstans, genom hjärtsviktens olika faser. Dosen furosemid kan anpassas till önskad diuretisk effekt oberoende av svårighetsgrad.

Tiazider har en begränsad diuretisk effekt. Starta därför med Lasix Retard redan när patienten har lätt hjärtsvikt.

Lasix Retard i låg dos ger samma mjuka diures som tiaziderna samt mindre kaliumförluster. Lasix Retard är lämpligare än tiazider vid nedsatt njurfunktion och hos patienter med nedsatt glukostolerans – diabetes.

Hoechst 

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

Förpackningar: Depotkapslar 30 mg: 30 st, 100 st, 250 st. Depotkapslar 60 mg: 30 st, 100 st, 250 st.

Plendil

Felodipin

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

En gång

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

om dagen

Plendil lämpar sig väl både i kombination med β -blockerare och som monoterapi. Den blodtryckssänkande effekten har visat sig vara bättre än med andra tilläggsmedel, tex tiaziddiuretika.

vid 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.