

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Handledning

2
1990

FoU-verksamhet
i Göteborg

Tillsammans blir vi starkare.



20 Tabl.

No. 1014

Distalgesic

Vnr. 17 36 09

 **DISTA** Dista Products Limited
Basinjokk, Finland

DISTALGESIC®

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.

▲ **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, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa på nytt. Om proceduren skall hinna med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
3/90	26/3-90	20
4/90	18/5-90	37
5/90	1/8-90	42
6/90	31/8-90	47

OBS: Ändrade manusstopp!

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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


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

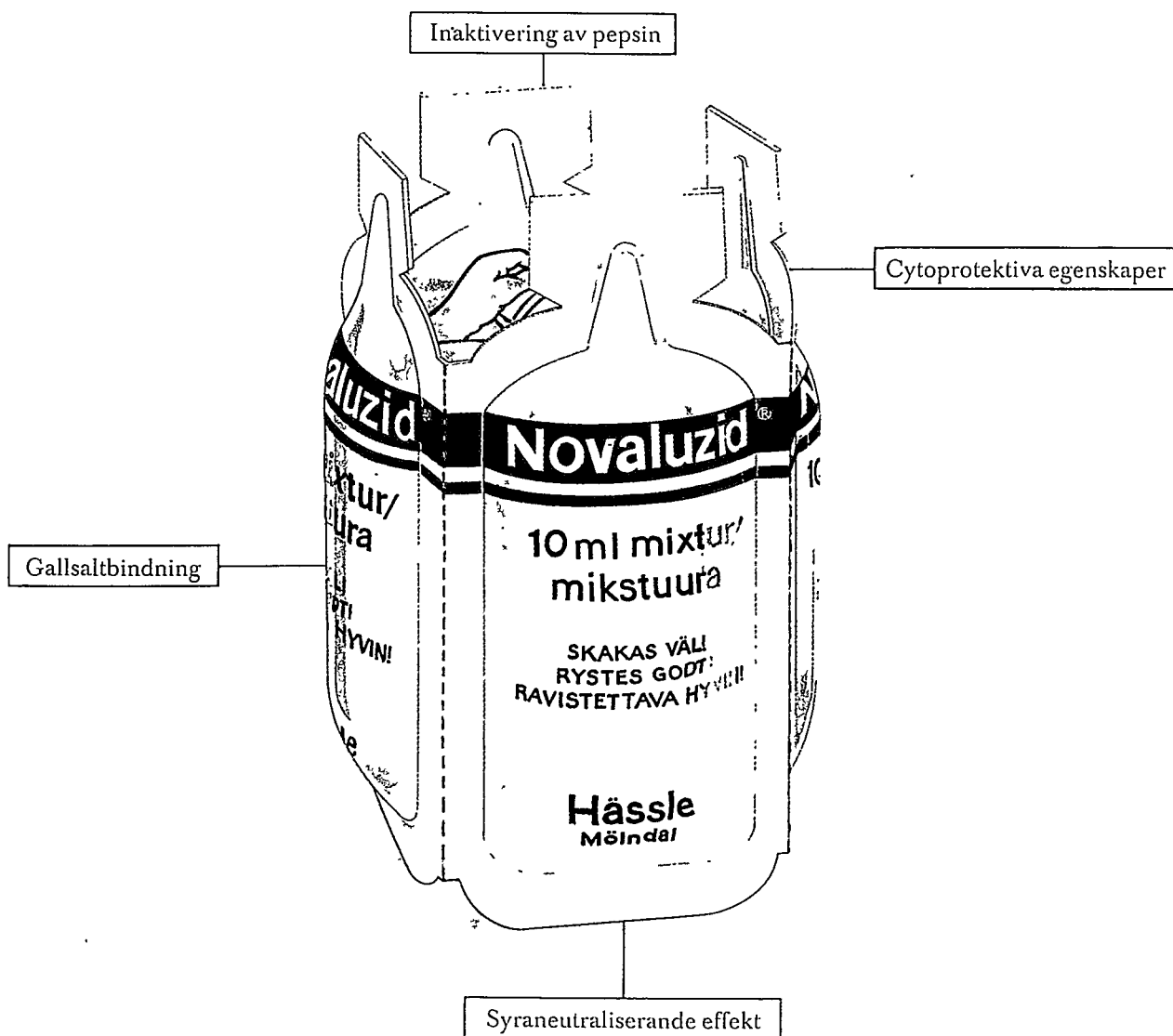
Tryckt på miljövänligt papper hos
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1990

ISSN 0281-3513

Kalendariet	47
Ledare: Den nya specialistutbildningen <i>Margareta Troein, Anna Källkvist</i>	48
Förebyggandets sköna konst inom allmänmedicin <i>Göran Westman</i>	48
Nytt från SFAM: Arbetet i den nya Leeuwenhorstgruppen går vidare <i>Carl Edvard Rudebeck</i>	49
Nytt från institutionerna: FoU-verksamhet vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg <i>Calle Bengtsson</i>	51
Debatt: Pratbubblan som sprack <i>Gösta Brydolf</i>	57
Allmänläkarnas efterutbildning <i>Mogens Hey</i>	59
Finns förutsättningar idag att klara ST-utbildning enligt LSU i primärvården? <i>Britt Sjölin-Israelsson</i>	61
Kan lidande ha en mening? <i>Stig Andersson</i>	62
Doktorsavhandlingar från primärvården: Hans Lundgren: Diabetes Type 2 – Results from a population study of women and from four primary health care centres with special reference to riskfactors for diabetes <i>Jacob Wennberg</i>	63
 Apoteksbolaget	65–68
Specialistutbildningen: HANDLEDNING – erfarenheter och framtidsvisioner	69
FV-handledning i Jämtlands län <i>Olof Englund</i>	69
Specialistutbildning i allmänmedicin från Malmös horisont <i>Elisabeth Jaenson</i>	69
Handledning i Medelpad. Struktur – process <i>Ylva Johansson</i>	70
Allmänmedicin i Stockholm <i>Lena Karlberg</i>	71
Piteå – blivande distriktsläkares Klondike? <i>Ingemar L Nilsson</i>	74
Handledning av FV-läkare – lägesrapport Luleå <i>Mattias Thurfjell</i>	74
Kurser & Konferenser: Empati och läkekonst – Några intryck från Balint-kongressen i Stockholm <i>Hans Hallberg, Elisabeth Jaenson</i>	75
Referat från konferens om kvinnliga läkares villkor <i>Malin André</i>	78
Intervention vid tidiga alkoholproblem – en pilotstudie <i>Göran Dahl</i>	81
Är kontroll efter okomplicerad nedre urinvägsinfektion nödvändig? <i>Ing-Marie Axelsson, Lotta M:son-Dahlberg, Staffan Öjlert</i>	85
Recensioner: Höjer B, Höjeberg P. Friska barn och sjuka <i>Anders Håkansson</i>	61
Tibblin G, Haglund G (red). Allmänmedicin. <i>Dan Andersson</i>	88
Björgell P, Björgell A. Jourläkarboken. <i>Peter Olsson</i>	88

Tryckfels-Nisse

har varit framme på Supplementets framsida.
Symposium ska naturligtvis vara symposium!



En mångsidig klassiker vid "ont i magen".

Vid "ont i magen" kan det finnas olika etiologiska faktorer. Då kan det vara bra att ha en mångsidig klassiker som Novaluzid[®] till hands. Novaluzid[®] angriper nämligen flera av faktorerna genom sin:

- syranneutraliserande effekt
- cytoprotektiva egenskap
- gallsaltbindning
- inaktivering av pepsin

Novaluzid[®] är ett antacidum som innehåller en kombination av aluminium- och magnesiumföreningar. Finns som mixtur, vilken binder 85 mmol HCl/10 ml, samt tuggtablett som binder 25 mmol HCl/tablett.

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

APRIL

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

Tema: Ögat inom allmänläkeriet.

Information: Lena Karlberg, Sollentuna vårdcentral. Tel: 08-968100.

□ **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.

□ **26-27 april.** DUR-kurs reumatologi - psykiatri. Roche.

MAJ

□ **9-11 maj.** Sv Företagsläkarförningens årsmöte, Örebro.

Information: Barbro Nordenhäll, Munkforshälsan. Tel 0563-16000 eller Ulla-Britt Thorsell, SFLF, Box 5610, 11486 Stockholm. Tel 08-7903386.

□ **10-11 maj.** DUR-kurs hyperlipidemi, Skåne. Astra Parke-Davis, kontaktman Inger Welander, Astra.

□ **10-12 maj.** SFAMs/Distriktläkarförningens Vårnöte, Östersund.

Information: Birgitta Berger eller Kaj Norrby, Jämtlands läns landsting, Box 602, 83201 Frösön. Tel 063-147627 eller 147629.

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

Vårdseminarier:

11 maj "Kvinnors tysta åkommor".

12 maj "Vem skall leda vården?"

13 maj "Kvinnor i manlig yrkesroll".

Information: Kvinnor Kan till 1000, Stadshuset 9 vån, 721 87 Västerås, 021-162900.

□ **14-17 maj.** Provinsialläkarkurs terapeutisk hållning - relationer - samtalskonst. Linköpings regionsjukhus.

Kursledare: Gerdt Wretmark

□ **14-18 maj.** Provinsialläkarkurs ortopedisk medicin, ryggsdiagnostik, Säter.

Kursledare: Franz Mildnerberger

□ **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.

□ **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, Station, 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-90187 Umeå. Tel 090-102769.

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

Information: Överl Olof Lyngstam, tel 031-840490, Allmänmedicinskt centrum i Göteborg eller VITEC, Sv Mässan, Anitha Asplind. Tel 031-109100.

□ **7 juni.** Konsultationen i Umeå. Uppföljningsseminarium till SFAMs höstmöte i Umeå 1987, om den framtida yrkesrollen.

Information: Sekr Irma Engström, Institutionen för Allmänmedicin, Umeå universitet, 90185 Umeå. Tel 090-158066.

□ **12-21 juni.** Course: Epidemiology: chronic disease control and prevention, CAMBRIDGE, Storbritannien.

Information: The British Council.

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

Information: L Laurén, Hematology Laboratory, Karolinska sjukhuset, 10401 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.

□ **13-18 augusti.** International course on outcome research in general practice, KUOPIO, Finland.

Information: Dr Simo Kokko, Department of Community Health and General Practice, PO Box 6, SF-70211 Kuopio.

□ **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 020-648851.

SEPTEMBER

□ **11-13 september.** International conference on multidisciplinary aspects of terminal care, GLASGOW, Scotland, Storbritannien.

Information: Prince and Princess of Wales Hospice, 73 Carlton Place, Glasgow G5 9TD, Scotland, Storbritannien.

□ **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

□ **8-11 oktober.** The American Academy of Family Physicians (AAFP) Scientific Assembly, DALLAS, Texas.

Inhold. Mötet danner rammen om de amerikanske alment praktiserende lægers efteruddannelse, og kan desuden med udbytte følges af speciallægerne, idet kurserne dækker så at sige alle grene af medicin og kirurgi. AAFP ser gerne læger fra hele Norden ved dette møde, som finder sted i Dallas.

Information og tilmelding: Læge Allan Pelch, Lægehuset Vognporten 6, DK-2620 Albertslund. Telefon 42641144.

Fællesrejse er planlagt med afrejse fra Kastrup den 5. oktober 1990. Varighed 7/14/21 dage.

Kurserne vil blive søgt godkendt af Administrationsudvalget.

□ **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 08-7903300.

SFAMs lokala kontaktpersoner

Nytt lokalombud i Örebro län:

Inger Olsson
Vivalla HC, Poesig 20 D
703 71 Örebro
019-153454

Den nya specialistutbildningen

LBO 6461

Specialistutbildning i allmänmedicin förutsätter **handledning**. Det framgår redan av Socialstyrelsens tjänstgöringsprogram från 1982, "Specialistutbildning i allmänmedicin" (1), i vilket det betonas att FV-läkaren skall ha personlig handledare, som skall hålla kontakt med FV-läkaren under hela specialistutbildningen.

Mogens Hey publicerade 1988 (2) en undersökning av hur FV fungerade i Malmöhus län, och resultatet var inte uppmuntrande. Få av FV-läkarna hade en personlig handledare och knappt hälften fick handledning på särskilt avsatt tid. Tyvärr var det undersökta området inte unikt och en del av dagens FV-läkare berättar om liknande erfarenheter.

Distriktsläkarföreningen har gjort en enkät som visar, att mindre än en tredjedel av landstingen har studierektorer i öppen vård och endast en femtedel erbjuder FV-läkarna personliga handledare (Britt Sjölin-Israelsson sid 61).

I november i fjol tog riksdagen beslutet om ny specialistutbildning baserat på en omfattande utredning, LSU-85 (3). De nya bestämmelserna innebär, att ST-läkaren (ST = Specialisttjänstgöring) erhåller sitt specialistbevis när hon/han bedöms uppfylla de av Socialstyrelsen fastslagna målen. Detta innebär en väsentlig skillnad mot dagens system, som förutsätter att tjänstgöring under ett specificerat antal månader inom angivna specialiteter automatiskt leder till att vederbörande läkare tillgodogör sig de önskade kunskaperna.

I utredningen om specialistutbildningar sägs att "handledning... innebär ett särskilt ansvar för att engagera sig i och stödja kompetensutvecklingen hos den blivande specialisten". Detta innebär också krav på att handledaren skall bedöma om och när ST-läkaren uppnått målen.

Denna nya, målstyrda utbildning ska träda i kraft 1 januari 1992. Den ställer stora krav på personlig handledning och stödorganisationer för

detta. Det är alltså hög tid för oss alla att nu dra igång förberedelserna för den nya situationen genom att utveckla och förbättra handledningen.

Eftersom varje ort har sina egna förutsättningar, organisatoriskt och personellt, måste handledningen planeras lokalt. Handledarkurser har hittills anordnats med medel från Socialstyrelsen, men i framtiden måste landstingen ta över detta ansvar.

Erfarenhetsmässigt vet vi idag att en studierektor, eller motsvarande funktion, är oundgänglig för den lokala planeringen. Ett starkt och finmaskigt nät av studierektorer över hela landet blir förmodligen en förutsättning för den nya utbildningen. Studierektorerna blir på hemmaplan vårdare av det nödvändiga lokala kontaktnät som omfattar vårdcentraler och personliga handledare, randutbildningskliniker, sjukvårdspolitiker och administratörer. De kommer att ha ansvar för lokala och regionala sammandragningar av ST-läkare och handledare. De får en viktig roll i att förmedla kunskaper om projektarbeten och allmänmedicinsk litteratur. För att studierektorerna ska kunna fullgöra sina viktiga uppgifter, måste de ha kontakter med varandra.

Förhoppningsvis kommer vi att få se en mångfald lösningar på de problem och utmaningar som den nya utbildningen innebär. Här gäller att hela tiden hålla den interna dialogen levande – att rapportera, dela med sig, revidera och ständigt förfinna verktygen. Ett begrepp som redan nu borde kunna skrivas in på det nya ST-baneret är ordet KVALITET. Det måste bli vägledande i allt vi gör.

Läkarförbundets specialistutbildningsråd är en arbetsgrupp med uppgift att främja kvaliteten i specialistutbildningen. Denna grupp genomför nu ett pilotprojekt inom Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län. Några sakkunniga allmänmedicinare studerar ett antal utbildnings-vårdcentraler och randutbildningskliniker, för att kartlägga utbildningsvärdet och utrö-

na vilka faktorer som visat sig borge för en hög kvalitet i FV/ST-placeringen.

Den första frivilliga specialistexamen i allmänmedicin, vilken rapporterades i förra numret av AllmänMedicin, utgjorde också ett viktigt steg på vägen att säkra utbildningskvaliteten.

Kanske kommer vi en dag att få höra nya, unga allmänmedicinare stolt presentera sig med repliker som "Jag examinerades från Luleå" eller "Jag specialistutbildade mig vid Habo vårdcentral" – och då automatiskt veta, att den kollegan har en gedigen och fullvärdig utbildning, ett mästarebrev.

Tills dess måste handledningens idédebatt hållas varm och erfarenhetsutbytet livligt. För att stimulera i denna riktning och för att inspirera kollegor med nya idéer, startar AllmänMedicin i detta nummer vad som kan bli ett stående forum. Sex handledare ger vardera en kort beskrivning av sina erfarenheter och sina idéer inför framtiden. De representerar orter som sinsemellan är olika och lösningarna skiljer sig åt. Exempelen visar att det finns många vägar som för till målet!

Alla vet vi att det runtom i landet finns mängder av goda idéer. Dessa måste nu fram för spridning och för gödning av den jordmån som så småningom ska frambringa våra nya, kvalitetsutbildade kollegor. Strategin är given: fortsatt erfarenhetsutbyte och konstruktivt samråd – i AllmänMedicin och DistriktsLäkaren, på SFAM- och DLF-möten – varhelst två eller flera allmänmedicinare strålar samman.

Margareta Troein Anna Källkvist

Referenser

1. Socialstyrelsen. Specialistutbildning i allmänmedicin. Tjänstgöringsprogram. Stockholm: Socialstyrelsen, 1982. (pm 12/82)
2. Hey M. På väg mot ST – hur fungerar FV? Allmän medicin 1988;9:191-3.
3. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Stockholm: Allmänna förlaget, 1987. (SOU 1987:53).

Förebyggandets sköna konst inom allmänmedicinen

LBO 6460

Med detta nummer av tidskriften AllmänMedicin följer ett supplement 13. Det är en sammanfattning av ett symposium om förebyggande arbete i allmänläkarvård arrangerat av Institutionen för allmänmedicin, Umeå universitet. Mötet ägde rum den 18 maj 1989 i universitetets Aula Nordica, Universum.

Det finns idag erfarenhet av sy-

stematiserat arbete med kunskaps-spridning rörande riskfaktorer och massundersökningar utifrån olika förebyggande projekt i den norra regionen. Under arbetets gång har personer verksamma i primärvården ställts inför ekonomiska, praktiska och etiska problem som behöver diskuteras. Ett syfte med symposiet var att lyfta fram problem som uppkommit i verk-

samheten. Med det som underlag kan sedan grunden i det förebyggande arbetet avgränsas så att olika försök verkligen får de effekter som eftersträvas, nämligen att förhindra eller senarelägga debut av sjukdom och att stödja personlig utveckling och mognad hos dem som genomgått hälsokontrollerna.

I allmänläkarens arbetssätt finns

själva nyckeln till ett framgångsrikt förebyggande arbete. Allmänläkare möter människor tidigt i det som kan vara början till utveckling av sjukdom. Många gånger rör det sig om flera kontakter under många år innan sjukdom blir manifest. Med åren integreras i yrkesrollen ett förhållningssätt som kan skapa förutsättningar för förändring, mognad och utveckling hos enskilda människor som söker i primärvården.

Allmänläkare har också erfarenhet av organiserad hälsovård utifrån möten med familjer, barn, gravida, yrkesverksamma och äldre inom verksamhetsformerna BVC, MVC, FHV och ÄHV. Dessa organisationer har först utvecklats inom den specialiserade sjukhusvården. I det löpande arbetet får emellertid allmänläkaren kunskaper om människors levnadsförhållanden och familjers förutsättningar som skapar grund för ett verkligt förebyggande arbete och inte bara tidig upptäckt av vissa sjukdomar.

I det förebyggande arbetets "sköna

konst" ligger en integration av allä organisatoriska lösningar för preventiva åtgärder som specialister och politiker ålägger oss. Vi måste integrera det på samma sätt som vi förenar i praktisk handling alla de krav och förväntningar sjukvårdens ledning ålägger oss när det gäller medicinsk behandling. Det är något som bara allmänläkare kan göra och vår uppgift är att göra detta arbete synligt och tydligt. Här finns en utvecklingspotential för det förebyggande arbetet inom etablerade förebyggande verksamheter såsom MVC och BVC. Allmänläkarnas erfarenhet av många års möten med barn, familjer och äldre skulle med en kritisk granskning av innehållet säkert kunna ge förslag på förändringar som mer verksamt skulle kunna bidra till en hälsosammare utveckling för enskilda människor och familjer.

Kunskapspridning, arbete med riskfaktorer och massundersökningar diskuteras i supplementet utifrån en begränsning av medicintekniska åtgärder till förmån för människors eget an-

svar för mognad och utveckling. Erfarenheter från enskilda projekt värderas och diskuteras utifrån andliga, idéhistoriska, konsteoretiska och biokemiska perspektiv. Diskussionen får just den spännvidd som behövs för att förstå människans sammansatta natur och därmed undvika blindskär och snedsteg i det förebyggande arbetet.

Det finns anledning att tro att det förebyggande arbetet kan utvecklas. Allmänläkarna besitter genom sin praktik en unik tillgång och de kan genom sin yrkeserfarenhet av ett integrerat arbetsätt för såväl sjukvårdande som hälsovårdande behandling föra utvecklingen framåt. Mycket arbete återstår. Ett första steg är kanske att göra det preventiva inslaget i vårt dagliga arbete synligt. Andra steg kan vara att utveckla etablerade preventiva verksamheter typ BVC och MVC eller att finna nya former för ett förebyggande arbete med riskfaktorer.

Göran Westman

Nytt från SEAM

Arbetet i den nya Leeuwenhorstgruppen går vidare

LB0 6462

CARL EDVARD RUDEBECK

Den nya Leeuwenhorstgruppen, en arbetsgrupp bestående av allmänläkare från drygt 20 europeiska länder, har sedan 1982 arbetat fram och publicerat idédokument om allmänmedicinsk utbildning. I denna artikel beskrivs något av innehållet i dessa pamfletter. En bok om specialistutbildningen har nyligen givits ut. Med rikliga exempel på metoder för utbildning och värdering bör den ha ett stort användningsområde även i Sverige. Samtliga skrifter kan utan kostnad rekvireras från artikel-författaren.

Nyckelord: Allmänmedicin, utbildning, internationellt samarbete, Leeuwenhorstgruppen.

I Leeuwenhorst i Holland bildades 1974 en europeisk allmänläkargrupp i syfte att påskynda utvecklingen av allmänmedicinsk utbildning. Året därpå publicerade den en pamflett, "The General Practitioner in Europe", som på ett pragmatiskt men distinkt sätt beskrev allmänläkarens arbete. Den fick stor betydelse genom att bli vägledande för målbeskrivningar för allmänläkarutbildningen i flera europeiska länder. Den ursprungliga gruppen avlöstes 1982 av "Den nya Leeuwen-

horstgruppen", som sedan dess mötts två gånger årligen. Medlemmarna i gruppen kommer från de flesta västeuropeiska länder, från Israel, samt från DDR, Ungern och Tjeckoslovakien. Omsättningen är avsiktligt låg eftersom kontinuitet i arbetet uppfattas som en viktig tillgång. Gruppen har arbetat fram idédokument om den allmänmedicinska utbildningen på olika nivåer. Förhoppningen är att dessa skrifter ska tjäna som inspirationskälla för enskilda allmänläkare och för institutioner och organisationer som är engagerade i utbildningen. Tanken har också varit att ge argument till de diskussioner som på många håll förs med fakulteter och politiker om ett ökat utrymme för allmänmedicinen i grundutbildningen.

Den breda nationella representationen och det långsiktiga arbetet – processen från första diskussion till publicering är 2–3 år – gör att dokumenten är stabilt förankrade i europeisk allmänmedicin. De länder som inte hunnit så långt i sin allmänmedicinska utveckling har naturligtvis det största utbytet. I de östeuropeiska länderna har gruppens uppfattningar stor tyngd. I EG-staterna, som går mot en gemensam arbetsmarknad för läkare om ett par år, och därmed mot enhetlighet i utbildningssystemet, förefaller gruppens arbete följas med stort intresse. Min uppfattning är, att Sverige ännu har mycket att lära av det övriga

Europa när det gäller professionell idologi och hur denna bör forma utbildningen. Arbetet ger också informella effekter. Idéutbytet mellan enskilda medlemmar är rikt och erfarenheterna från gruppen påverkar säkert hur man ställer sig i utbildningsfrågor i sina respektive länder.

Publikationer

Nedan följer en kortfattad presentation av de skrifter som hittills publicerats. Samtliga kan rekvireras från artikelförfattaren, men tillgången är begränsad.

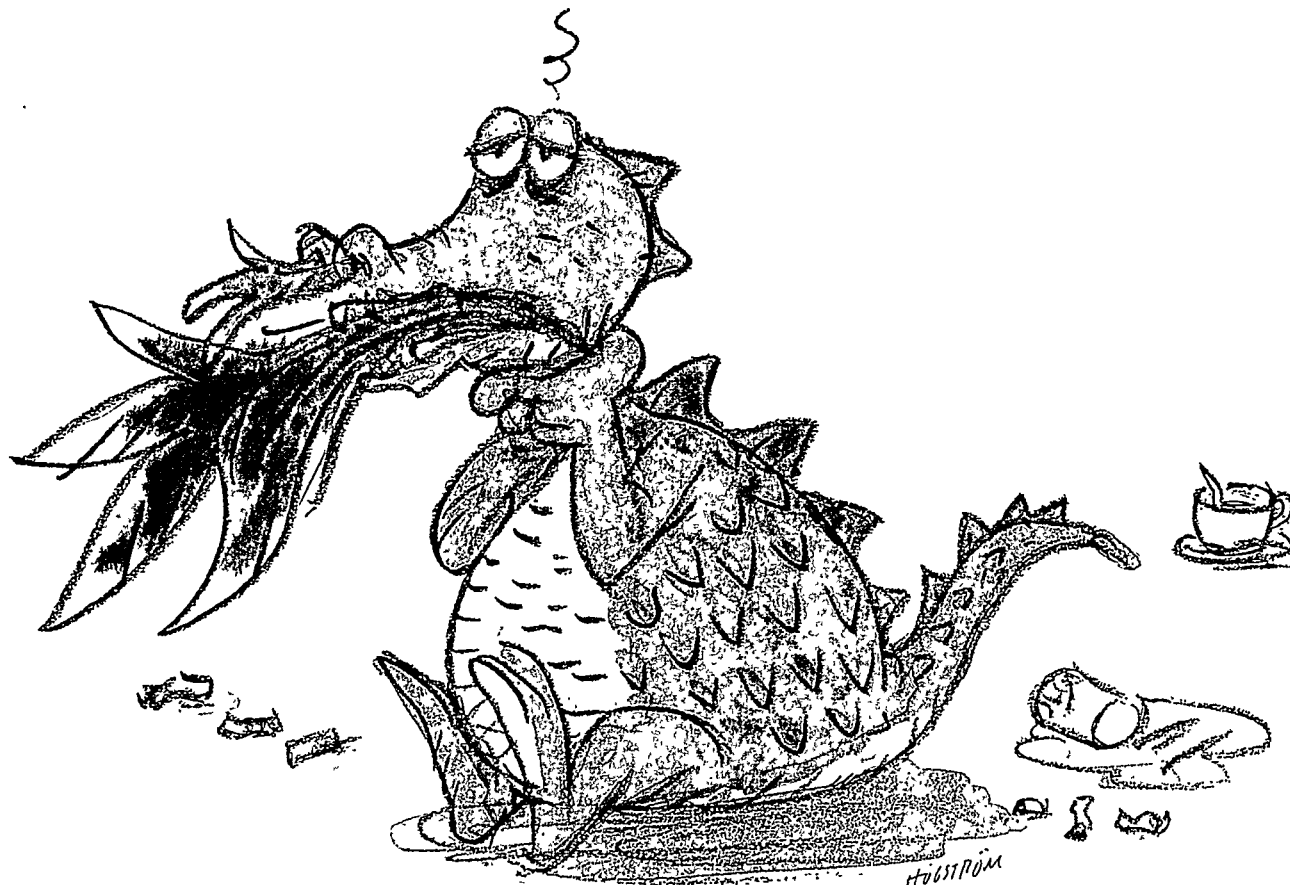
A commentary on the present state of learning and teaching general practice in Europe

Skriften innehåller en sammanställning av situationen på grund-, vidare- och efterutbildningsnivå i samtliga medlemsländer. En uppfreskad version finns i den nyss utgivna boken om specialistutbildningen, se nedan!

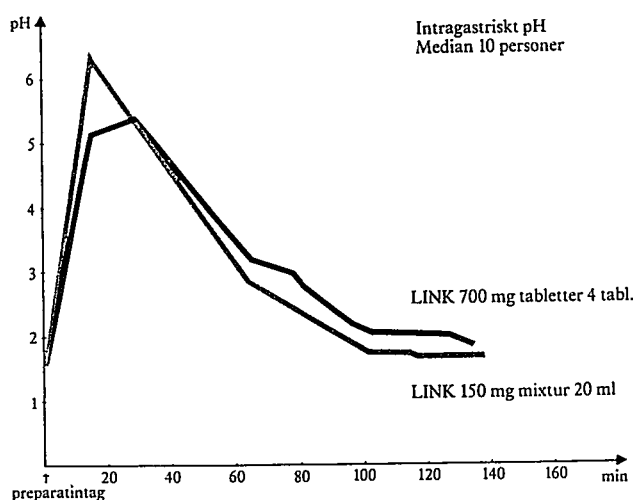
Quality improvement by quality assessment in general practice

Här skisseras förutsättningarna för en kvalitetsprövning i allmänmedicinsk verksamhet. Det betonas, att det är av avgörande betydelse, att allmänläkarna själva är motiverade och engagerade i detta arbete som är en fortlöpande process i nära anslutning till det

Link tabletter verkar snabbt...



Lika snabbt som mixtur.



Link aluminiumhydroxid och magnesiumkarbonat.
Ett antacidum indicerat för symptomatisk behandling av epigastralgi och halsbränna, ulcus ventriculi et duodeni.



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

dagliga arbetet. Den rent siffermässiga värderingens begränsningar belyses. Mötet mellan läkare och patient bildar fokus. Viktiga samband mellan kvalitetsvärderingar och efterutbildning anges. Idéerna konkretiseras i ett avslutande avsnitt kallat "Stepwise strategy", som beskriver stegen från att en allmänläkare blir särskilt intresserad av någon del av sitt arbete till att en granskning ger möjligheter till förbättringar.

Changing aims of basic medical education

Här beskrivs hur en individorienterad, klinisk allmänmedicin kan och bör komma in i grundutbildningen. Samhällsutvecklingen ställer förändrade krav på hälso- och sjukvården och därmed förändras också kraven på utbildningen. Några medicinska högskolor har gått i täten i denna förnyelseprocess, som tydligt presenterar sig även i förslagen till förändringar av den svenska grundutbildningen. Problemorientering, tidigt möte med patienter i utbildningen och ökade inslag av samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen ger allmänmedicinen en viktig roll. Samtidigt är det angeläget att klargöra att allmänmedicinen främst är en individorienterad, klinisk disciplin.

Allmänläkarmottagningen som utbildningsplats beskrivs liksom de unika förutsättningar som ges av ett 1:1-förhållande mellan lärare och elev. Allmänmedicinens mest centrala område kan bara levandegöras med doktorn, patienten och studenten samtidigt närvarande.

Vocational training in general practice

Hösten 1987 ordnade gruppen en konferens om specialistutbildningen. Experter inbjöds. Sverige representerades förutom av undertecknad av Bengt Mattsson och Olof Svender. Arbetet bedrevs i grupper under huvudrubrikerna "Hur ska utbildning bedrivas om det specifika i allmänmedicinen (the essentials of general practice)", "Hur ska utbildningsprogrammen se ut?" och "Hur ska lärare och handledare selekteras och hur ska läkarna examineras?" Ett omfattande skriftligt material sammanställdes vid konferensen och detta presenteras nu i bokform. Frontlinjen inom undervisning och utvärdering i europeisk allmänmedicin finns här representerad. Boken ägnar sig inte för sträckläsning, men som idé- och exempelsamling bör den ha ett stort användningsområde för i första hand studierektorer och handledare. Den kan erhållas utan kostnad. Som nämnts ovan innehåller också boken en andra upplaga av översikten om utbildning i allmänmedicin i Europa. Listan över presenterade länder har något utökats och viktiga förändringar i utbildningsprogrammen har kommit med.

Kommande publikationer

Arbetet har kommit långt med ett andra dokument om kvalitetsvärdering och kvalitetssäkring. Tonvikten kommer här att läggas vid konkreta exempel som kan inspirera enskilda och grupper av allmänläkare.

I efterutbildningen har allmänläka-

ren möjlighet att artikulera sina erfarenheter från det dagliga arbetet. Kunskapsbehov uppenbaras och täcks i en ömsesidig process, som samtidigt skapar medvetenhet om allmänmedicinen som kliniskt ämne. Efterutbildningen lägger på detta sätt grunden till både grund- och vidareutbildningen och den är nödvändig för att kvalitet ska bibeållas och förbättras.

Gruppen har under sina senaste arbetsmöten haft efterutbildningen som viktigaste ämne och en definitiv text kommer troligen att föreligga hösten 1990. Frågan om obligatorium har vållat mycket diskussion. Gruppens ståndpunkt är, att ingen kan tvingas att lära sig om han inte är motiverad. Obligatorisk efterutbildning är därför ingen bra lösning. Däremot borde varje allmänläkare vara skyldig att redovisa en viss yrkesskicklighet och basen i efterutbildningen bör därför bli någon form av obligatorisk evaluering. Det blir av den anledningen nödvändigt att finna metoder, som förutom att fånga det väsentliga och att vara pålitliga, upplevs som meningsfulla och som helt och hållet förvaltas av allmänläkarna själva. Tyngdpunkten i det kommande dokumentet kommer att ligga vid en redovisning av metoder, som ger sådana möjligheter.

Författarpresentation

Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare

Postadress: Kvartersakuten. Surbrunnsg 66.

11327 Stockholm

Nytt från institutionerna

FoU-verksamhet vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg

CALLE BENGTTSSON

En universitetsinstitutionens huvuduppgifter är undervisning av läkarstuderande och forskning. En beskrivning ges av hur dessa funktioner har kommit igång vid den nya allmänmedicinska institutionen i Göteborg.

Nyckelord: Allmänmedicin, forskning, utbildning, Göteborg

Allmänmedicinska institutionen i Göteborg kom till 1985 som nummer tre av de allmänmedicinska institutionerna i Sverige.

Under 1980-talet har mycket hänt på den allmänmedicinska fronten i Sverige. Ämnet allmänmedicin har fått erkännande som specialitet. All-

mänmedicin har också blivit ett universitetsämne, vilket innebär att det numera ingår i undervisningen och är ett tentamensämne vid alla universitet i Sverige. Det innebär också att allmänmedicin blivit ett accepterat forskningsämne, som man även kan disputerar i.

Allmänmedicin utgör fortfarande en blygsam del av grundutbildningen till läkare. Sålunda omfattar kursen i allmänmedicin i Göteborg tre veckor under terminerna 9 eller 10 i utbildningen. Det finns anledning att tro att denna andel efterhand kommer att utökas väsentligt.

Linjenämnden i Göteborg hade planerat för undervisning i allmänmedicin redan i början av år 1985, vilket betydde att kursen ifråga kom igång

till och med något före institutionens tillkomst. Även FoU-verksamheten kom igång tidigt, inte minst tack vare en utsökt plattform för sådan verksamhet som skapats av framsynta allmänläkarkolleger i västsvenska regionen med Bengt Dahlin, distriktsläkare i Lerum/Gråbo, som primus motor.

Förutsättningar för allmänmedicinsk FoU-verksamhet

Det nya universitetsämnet allmänmedicin saknade i motsats till andra specialiteter forskningstradition och forskarhandledare, vilket gjorde uppgiften att leda en allmänmedicinsk FoU-verksamhet nog så tuff. Jag trodde emellertid på en inneboende kraft och ett dolt intresse för FoU-verksamhet hos distriktsläkarna. Avsaknaden av

forskningstradition och forskarhandledare kan dessutom uppvägas av en rad faktorer, där vi har det betydligt bättre förspant än andra discipliner:

- vi är fler än kollegorna inom andra discipliner,
- vi har fler patienter jämfört med andra discipliner,
- vi har de flesta kontakterna med våra patienter,
- vi har de bäst utvecklade arbetsteam (distriktsläkare, distriktsköterskor, mottagningsköterskor, distriktsarbetsterapeuter, distrikts-sjukgymnaster, hälsoplanerare etc),
- vi har de flesta kontaktytorna utåt (socialtjänst, apotek, skolor, sjukhem etc).

När det gäller FoU-verksamhet satsade jag redan från början på två former: en som syftade till projekt med begränsad omfattning för att bredda intresset för FoU-verksamhet och en som syftade till avhandlingsarbeten.

Som ovan nämnts fanns det en bra plattform att arbeta från redan när jag tillträdde min tjänst. Det fanns kontaktpersoner mellan den nybildade institutionen och landstingen/Göteborgs kommun, och det fanns också en planering för FoU-kurser. Den västsvenska allmänläkarklubben, som träffades en till två gånger per år, var också en gynnsam faktor för den kommande vetenskapliga verksamheten som utgick från institutionen.

FoU-kurser

Syftet med FoU-kurserna var som ovan nämnts att popularisera FoU-verksamheten i den västsvenska regionen och att, utan att förlora respekten för kvaliteten i FoU-verksamhet, visa att forskning inte behöver vara så märkvärdig och tidskrävande. Ytterligare syften var att genom forskningsverksamhet göra det dagliga arbetet mer stimulerande och ingjuta ett mer vetenskapligt tänkesätt i rutinarbetet och vid litteraturstudier.

Kurserna har lagts upp i tre steg, där vi i *steg ett* träffats i två dagar, oftast i internatform, för att gå igenom vetenskaplig metodik. Vid samtliga tillfällen har kursdeltagarna gått hem med ett eget projekt att arbeta vidare med. Jag har haft med en lista på förslag till projekt som fortfarande är orörd, eftersom det visat sig att deltagarna alltid haft egna idéer som gått att utkristallisera till ett eget projekt.

Träff två, 4–6 månader snare, har också omfattat två dagar, oftast i internatform, då vi fortsatt att prata om forskningsmetodik och diskuterat de enskilda projekten. Vid *träff tre*, efter cirka ett år och omfattande en dag, har deltagarna redovisat sina projekt efter riksstämmodell med föredrag eller posters inför kollegor och ledande primärvårdspolitiker och primärvårdsadministratörer. Enligt min bedömning har dessa redovisningar

Tabell 1. FoU-kurser ordnade tillsammans med Göteborgs kommun och/eller de olika landstingen i Västsverige

Nr Kommun/landsting	Tidpunkt	Antal projekt	
		Redovisade	Pågående
1. Bohuslän	1984–1985	1	
2. Bohuslän	1985	9	
3. Västsverige	1986	14	
4. Göteborg	1986–1987	8	
5. Västsverige	1986–1987	13	
6. Bohuslän	1987–		8
7. Bohuslän	1988–		11
8. Halland	1988–1989	7	
9. Älvsborg Norra	1988–1989	6	
10. Älvsborg Södra	1988–1989	8	
11. Skaraborg	1989–		10
12. Skaraborg	1989–		10
13. Älvsborg Södra	1989–		6
14. Halland	1989–		7
Totalt		66	52

hållit mycket hög klass.

Några kurser har träffats en fjärde gång för att diskutera och utforma en skriftlig redovisning av projekten.

Några av FoU-kurserna har varit gemensamma för hela västsvenska regionen och har då omfattat enbart distriktsläkare eller FV-läkare i allmänmedicin. De flesta har dock ordnats i de olika landstingen med deltagare av olika personalkategorier på vårdcentralerna, förutom distriktsläkarna exempelvis distriktsköterskor, mottagningsköterskor, barnmorskor, undersköterskor, sekreterare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, kuratorer. Jag tycker det har känts extra stimulerande att arbeta med projekt där olika personalkategorier samverkat. I regel har varje kurs omfattat drygt tio olika projekt. Sammanlagt har åtta FoU-kurser fullföljts och sex pågår (två i Bohuslän, två i Skaraborgs län, en i Älvsborgs län och en i Halland) såsom framgår av Tabell 1. Den senaste redovisningen skedde i Vårgårda den 3 oktober 1989 i Älvsborgs län. Det vetenskapliga programmet där framgår av Tabell 2. FoU-kurserna har som helhetsintryck visat att det finns ett stort intresse och kunnighet när det gäller FoU-verksamhet bland dem som arbetar i primärvården.

Avhandlingsarbeten

Vid universiteten har avhandlingsarbeten av mycket lång tradition haft en central ställning. Jag tror det är mycket viktigt att vi i vår disciplin håller oss framme även där. Liksom för FoU-kurserna har en satsning gjorts i hela den västsvenska regionen när det gäller avhandlingsarbetena. För närvarande är tio distriktsläkare eller FV-läkare i allmänmedicin anmälda som doktorander vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg, och ungefär lika många arbetar med projekt som sannolikt kommer att fortsättas som avhandlingsarbeten. Jag har själv lång erfarenhet från populationsstudier och preventivt arbete i min tidigare verksamhet. Detta har satt en viss prägel

på en del av avhandlingsprojekten, men som helhet har jag inte gjort något försök att skapa någon speciell profil för institutionen utan försökt att i första hand kanalisera det intresse och kunnande som funnits bland distriktsläkarna/FV-läkarna i allmänmedicin i Västsverige.

Första disputationen vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg

Hans Lundgren, tidigare distriktsläkare vid vårdcentralen i Floda, numera vid vårdcentralen i Simrishamn, blev den förste som disputerade vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. Han disputerade den 23 september 1989 med en avhandling om diabetes (1) baserad på populationsstudien av kvinnor i Göteborg och på registerstudier från några vårdcentraler. Ett av delarbetena bygger på registerstudier vid fyra vårdcentraler i Älvsborgs län och publicerades i *British Medical Journal* (2). Jag tyckte det kändes extra fint att läsa de fyra vårdcentralernas namn i *British Medical Journal* (Figur 1).

Kort presentation av pågående avhandlingsprojekt

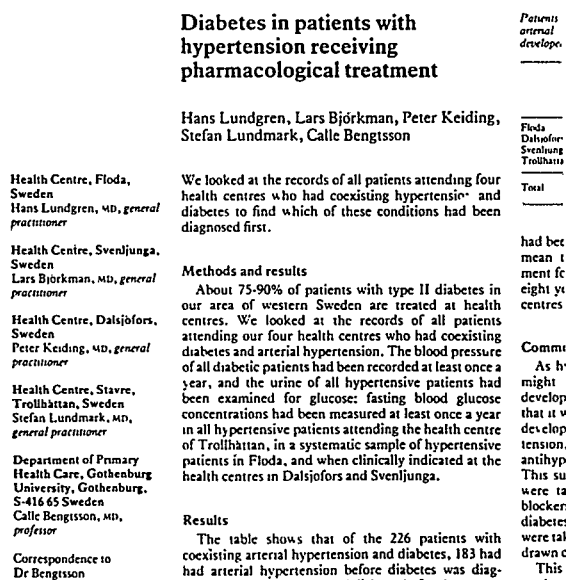
Bertil Marklund, Torpa vårdcentral, Vänersborg: Om telefonrådgivning. Beskriver telefonrådgivningen sådan den bedrivs av sjuksköterskorna på våra mottagningar och analyserar även dess kvalitet samt effekten av utbildningsinsatser.

Cecilia Björkelund, tidigare vårdcentralen Strömstad, nu studentläkare i Uppsala: Om prevention mot kardiovaskulära sjukdomar hos kvinnor i Strömstad. Beskriver en interventionsstudie gjord med de förutsättningar som finns på en vanlig vårdcentral, utförd i nära samarbete med bland annat olika bildningsförbund. Hänsyn har tagits till vad som är farligt för kvinnan och har inte riskfaktorer för män som utgångspunkt för de förebyggande insatserna. Ett väsentligt syfte är att finna metodik för preventivt arbete i primärvården.

Tabell II. FoU-arbeten från Älvsborgs län presenterade vid en redovisningsdag i Vårgårda den 3 oktober 1989 (gemensam redovisning för Älvsborg Norra och Älvsborg Södra)

Projektansvariga	Projekt
Föredrag: Gunilla Krantz, Mona Brogren, Lilla Edet	Hur mår man efter en infarkt?
Ingemar Andersson, Svenljunga	Risikfaktorer och prevention vid akut hjärtinfarkt i Svenljunga 1983–1987.
Agneta Iveslätt-Bohman, Borås	Rökvanor hos flickor i årskurs 5–9 inom ett rektorsområde.
Annika Hagman, Ulricehamn	Förekomst av diabetes mellitus i ett landsbygdsområde.
Thomas Sülau, Kerstin Kjellberg, Brålanda	Bensår i Brålanda – hur vanligt är det?
Bengt Aldell, Trollhättan	Omhändertagande av akuta fotledsskador.
Mats Edward, Marie-Anne Berntsen, Trollhättan	Vad händer när man slutar kalla sina patienter?
Posters: Per Häggblad, Sätilla	Söker patienter i onödan på jourcentralen?
Martin Lindman, Svenljunga	Själv mord i Svenljunga kommun i historiskt perspektiv.
Kerstin Larsson, Monica Hansson, Vargön	Hälsokontroll av 40-åriga män i Vargön.
Weine Eriksson, Sollebrunn	Sollebrunnprojektet. Kolesterol-sänkning hos män och triglyceridsänkning hos kvinnor med förhöjda blodfetter.
Annika Hagman, Gill Wassenius, Wenche Jansson, AnnMari Östberg, Vänersborg	Dagsjukvård i Vänersborg – en utvärdering.
Monica E-Widell, Borås	Thyreoidaeprover – bruk eller missbruk?
Eva de Fine Licht, Kerstin Holmberg, Alingsås	Måste vi skärpa vår gynekologiska diagnostik på vårdcentralen?

Reprinted from the BRITISH MEDICAL JOURNAL, 10th December 1988, 297, 1512



Figur 1. Studie från fyra vårdcentraler i Västsverige, presenterade i British Medical Journal.

Lars-Göran Persson, Vårdcentralen Habo: Om prevention mot kardiovaskulära sjukdomar hos män i Habo. Liknande studie som den som beskrivits ovan i Strömstad men på män, och där man speciellt riktat blickarna mot män i yngre åldrar än i flertalet andra preventiva projekt: 33–42 år.

Bente Furunes, FV-läkare i Göteborg: Om symptom i en befolkning. Har analyserat förekomst av symptom hos deltagarna i Populationsstudien av kvinnor i Göteborg, och avsikten är att komplettera med symptom-bild hos vårdcentralbesökare.

Jörgen Månsson, FV-läkare i Halland: Om diagnostik och förekomst av cancer i ett vårdcentralområde (Kungsbacka). Första delarbetet handlar om tjocktarmscancer.

Irma Wright, företagshälsovården, AB Volvo, Göteborg: Om den psykosociala arbetsmiljöns betydelse för hälsa, arbetstillfredsställelse och livskvalitet på en arbetsplats (Volvo).

Gisela Rose, företagshälsovården, AB Volvo, Göteborg: Om utvärdering av hälsokontrollverksamheten på Volvo.

Valthor Stefansson, FV-läkare i Skaraborg: Om smärta som orsak till distriktsläkarbesök. Karakterisering av patienter som söker på en vårdcentral.

Tatjana Sivik, psykolog, som nyligen avslutat grundutbildningen till läkare i Göteborg: Om utbildning av distriktsläkare i att omhänderta psykosomatiska problem. Resultat baserade på studie av såväl distriktsläkare som patienter.

Osten Helgesson, FV-läkare i Göteborg: Om cancer hos kvinnor – en studie baserad på Populationsundersökningen av kvinnor i Göteborg.

Utöver ovan nämnda avhandlingsprojekt kan nämnas att även en tandläkare, Margareta Ahlqwist, den 19 maj 1989 försvarade sin avhandling: "Women's teeth. A cross-sectional and longitudinal study of women in Gothenburg, Sweden, with special reference to tooth loss and restorations" (3). Margareta Ahlqwists avhandling utgick visserligen från Odontologiska fakulteten, men arbetet har baserats på Populationsstudien av kvinnor i Göteborg och jag har fungerat som huvudhandledare. Ett av resultaten av mera allmänt intresse i avhandlingen var avsaknaden av samband mellan amalgamfyllningar och symptom (4).

Presumtiva doktorandarbeten

Som ovan nämnts finns det ungefär ett lika stort antal arbeten som sannolikt kommer att utmynna i doktorandarbeten. Jag avser att här nämna endast ett av dessa.

Skaraborgs län var först i landet med att göra en helhjärtad satsning på primärvård. Under de senaste två åren har en utvärdering gjorts av primärvården i Skaraborgs län. Detta är



Dagens kvinnor lever ett både rikare och friskare liv högt upp i åren. Ändå drabbas hälften av alla svenska kvinnor över 60 år av åldersatrofiska besvär i underliv



Organon AB,
Box 5076, 421 05 V Frölunda.
Tel. 031-29 94 80



öblem som kan behandlas effektivt med det kroppsegna hormonet östriol i Ovesterin – svenska gynekologers mest förskrivna läkemedel alla kategorier.

Kvinnor över 60 är en utsatt grupp.

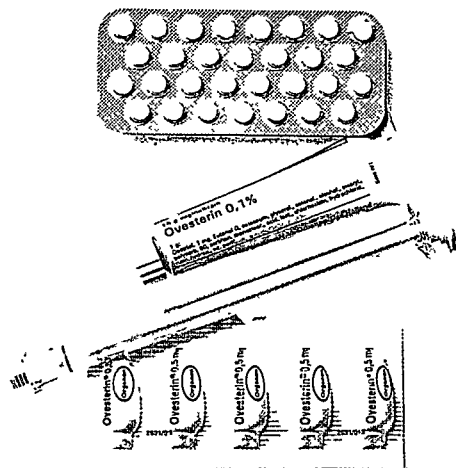
Nyss gick hon igenom klimakteriet och den omställningen. Nu kommer de postmenopausala besvären. Sveda, klåda och flytningar i underlivet, återkommande urinvägsinfektioner och urininkontinens drabbar ungefär hälften av alla svenska kvinnor över 60 år.

Den vanligaste anledningen till dessa besvär är åldersatrofi som beror på östrogenbrist.

Ovesterin är den i särklass mest använda terapin mot postmenopausal östrogenbrist.

Det är en så beprövad terapi att östrogenbehandling för atrofibesvär i underlivet också kan ges direkt av allmänläkare och geriatriker, enligt ett uttalande av Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Hjälpen vid åldersatrofi i underlivet är behandling med det kroppsegna hormonet östriol i form av Ovesterin. Det är ett bra sätt att öka självkänslan hos en utsatt grupp.



Ovesterin finns i tre beredningar för att möta individuella önskemål och krav ifrån patienten. Tabletter 0,25, 1 och 2 mg, vaginalkräm 0,1% och vagitorier 0,5 mg.

OVESTERIN®
(östriol)

Att ge självkänsla tillbaka

en stor och omfattande studie och har kunnat göras tack vare ett gott samarbete mellan primärvård och läns-sjukvård och inte minst tack vare ett stort intresse från länets politiker och chefsadministratörer. Kjell Lindström, distriktsöverläkare i Habo, har svarat för den största arbetsinsatsen i detta projekt, och förhoppningsvis kommer resultat från projektet att redovisas som ett avhandlingsarbete.

Multicenterstudier

Det faktum att "vi har patienterna" är ur forskningssynpunkt gynnsamt för oss ur många synvinklar, inte minst för vår möjlighet att göra multicenterstudier, som med säkerhet kommer att bli en viktig form för allmänmedicinsk forskningsverksamhet. Om vi slår oss samman kan inga andra discipliner finna forskningsmaterial som vi kan! Förutsättningar för att göra detta på ett bra sätt blir större när vi får fler distriktsläkare med forskarutbildning. Som helhet har vi ännu legat ganska lågt med denna forskningsverksamhet vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. Vi medverkar i ett västsvenskt projekt som syftar till att långsiktigt jämföra beta-blockerare med ACE-hämmare, och vi medverkar också i två riksomfattande projekt, där det ena avser att på ett ingående sätt studera patienter med symptom från mag-tarmkanalen och det andra att studera effekten av grav övervikt och vad operativt ingrepp betyder på sådana patienter – det första i samarbete med gastroenterologer, det senare i samarbete med framförallt internmedicinare och kirurger. Institutionen har också tillsammans med institutionerna i Lund och Uppsala medverkat i ett projekt där en ny svensk kalciumantagonist utvärderats i en multicenterstudie på svenska vårdcentraler – en studie som planerats och utförts av distriktsläkare och som också redovisats av distriktsläkare i form av en av deltagarna själva skriven artikel (5). Studien har visat att distriktsläkare klarat av dessa uppgifter på ett lika utmärkt sätt som våra sjukhuskollegor. Förhoppningsvis är den tid förbi

då distriktsläkarna gjorde arbetet och våra sjukhuskollegor presenterade resultatet! Jag har valt att beskriva arbetssättet i denna studie i en separat artikel (6).

En blick mot framtiden

Som helhet tycker jag att utvecklingen varit positiv och att det hänt långt mer än vad jag kunde drömma om under de fem år som gått sedan jag tillträdde min tjänst 1985. Det har varit arbetsamma år, där mer än en dubblad normal arbetsvecka krävts för att få igång en bra verksamhet. Arbetet har emellertid varit oerhört stimulerande, där det roliga har dominerat över det slitsamma. Jag räknar också med att kunna reducera min egen arbetsinsats till mer normal nivå, allteftersom fler och fler allmänläkarkollegor fått sin forskarutbildning och kan hjälpa till med att föra verksamheten vidare. Jag har hittills också varit ensam forskarhandledare på institutionen. Universitetet har beviljat en klinisk lärartjänst, som ännu inte är besatt med ordinarie innehavare. Jag gjorde ett initialt försök att rekrytera tjänsten med någon forskningsvan kollega som inte hade allmänmedicinsk bakgrund men lyckades inte med detta, och jag har därför nu valt att vänta tills dess att tjänsten kan besättas av en undervisningsintresserad och forskningskunnig kollega med distriktsläkarbakgrund. Inom de närmaste få åren tror jag att det kommer att finnas flera disputerade allmänläkarkollegor som har dessa egenskaper.

Frammarschen för FoU-verksamhet inom svensk allmänmedicin har gått snabbt såväl vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg som i Sverige i övrigt. Jag ser mycket optimistiskt mot framtiden. De goda förutsättningar vi har, och som jag tidigare skisserat, kvarstår. Därutöver kommer att även vi inom några få år har skaffat oss forskartradition och en rad kollegor som genomgått forskarutbildning, allmänläkare som kan bidra med att föra den allmänmedicinska FoU-verksamheten vidare.

Referenser

1. Lundgren H. Diabetes type 2. Results from a population study of women and from four primary health care centres with special reference to risk factors for diabetes. Thesis. Vasastadens Bokbinderi AB, Göteborg, 1989.
2. Lundgren H, Björkman L, Keiding P, Lundmark S, Bengtsson C. Diabetes in patients with hypertension receiving pharmacological treatment. *Br Med J* 1988; 297:1512.
3. Ahlqwist M. Women's teeth. A cross-sectional and longitudinal study of women in Gothenburg, Sweden, with special reference to tooth loss and restorations. *Swed Dent J* 1989; Suppl 62.
4. Ahlqwist M, Bengtsson C, Furunes B, Hollender L, Lapidus L. Number of amalgam tooth fillings in relation to subjectively experienced symptoms in a study of Swedish women. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16:227–31.
5. Brun J, Fröberg L, Kronmann P et al. Optimal felodipine dose when combined with metoprolol in arterial hypertension. *J Cardivasc Pharmacol*, in press.
6. Bengtsson C. Felodipine som tillägg till metoprolol vid behandling av hypertoni – en multicenterstudie genomförd på 23 svenska vårdcentraler. Accepterad för publicering i *AllmänMedicin*.

Författarpresentation

Calle Bengtsson är professor vid Allmänmedicinska institutionen, Göteborgs universitet.

Postadress: Redbergsvägen 6. 41665 Göteborg.

**"The most important wings on a plane
are those on the pilot"
– utbilda "piloter"/handledare!**

Pratbubblan som sprack

LB0 6464

GÖSTA BRYDOLF

För cirka 20 år sedan lades ansvaret för primärvården och psykiatri över på landstingen. Ett av skälen till ett gemensamt huvudmannskap med den somatiska sjukhusvården var bl a att förbättra läkarrekryteringen. Man ville dessutom garantera alla medborgare, även i små kommuner, likvärdig vård och värna samverkan, utveckling och utbildning inom den samlade sjuk- och hälsovården i vårt land.

Beslutet följdes sedan av en flod av PM, planer, deklarationer om hur upprustningen och uppbyggnaden av primärvården skulle ske. Knappt hade bläcket torkat på det första dokumentet HS80 förrän det var dags att i bred enighet klubba HS90 (Hälso- och sjukvård inför 1990-talet). Riksdagen, socialdepartementet, socialstyrelsen och landstingsförbundet var alla överens om hur framtidens sjuk- och hälsovårdsstruktur skulle byggas upp. I landstingens sjukvårdsplaner ända ner till minsta lilla verksamhetsberättelse var man enig om primärvårdssatsningen. Primärvården skulle inom ett geografiskt avgränsat område ansvara för befolkningens basala sjukvårdsbehov och den rena sjukvården skulle vidare kompletteras med förebyggande insatser. Speciellt betonades ansvaret för de allt fler äldre med omfattande sjukvårdsbehov. Organisationen skulle vara decentraliserad med ett ökat ansvar för personalen ute på fältet och tidigare delvis försummade kvaliteter skulle vägleda verksamheten. Vi känner alla de gamla honnörorden som tex helhetssyn, lättillgänglighet, närhet, kontinuitet, kvalitet etc.

Den samlade beslutsapparaten föreföll alltså i mitten på 70-talet vara enig om att komplettera vår tidigare sjukhuscentrerade modell med en fungerande decentraliserad öppenvård bedriven vid vårdcentraler. På läkarsidan skulle verksamheten huvudsakligen byggas på specialister i allmänmedicin. Vi skulle därmed få en nivåstrukturerad sjukvård av samma typ som man hade i alla jämförbara länder inkluderande våra nordiska grannar.

För att kunna omsätta dessa planer i praktisk handling förbättrades och utökades specialistutbildningen i ämnet allmänmedicin. Alla läkare skulle under handledning efter genomgången teoretisk grundutbildning fullgöra sin så kallade AT-tjänstgöring på sjukvårdsinrättningar runt om i landet och man ifrågasatte tidigt värdet av att fullgöra AT-tjänstgöringen på universitetskliniker och att vikarierna som underläkare före genomgången AT-tjänstgöring, allra helst som man

ute i landet stod beredd med kompetenta handledare.

Efter AT-tjänstgöringen följde specialistutbildningen på så kallade FV-block. Den geografiska och specialistmässiga fördelningen via blocksystemet skulle på sikt garantera en rättvis fördelning av läkare i hela landet mellan olika geografiska områden och mellan olika specialiteter. FV-blocken inom specialiteterna allmänmedicin, långvård och psykiatri skulle prioriteras och marginellt ville man t o m ransonera inom ickeprioriterade områden.

I vissa områden utanför storstadsregionerna började man tidigt bygga vårdcentraler och inrätta tjänster och efter några år av tålmodigt arbete kunde man också peka på positiva resultat. Försök att via massmedia mer brett nå ut till allmänheten med resultatet stupade på medias intresse att främst spegla eländet i Stockholmsregionen. Många tongivande läkare vid våra universitet och även ansvariga inom Läkarförbundet bereddes däremot stort utrymme i rikspress och etermedia. Det var vanligt att dessa företrädare offentligt raljerade med primärvårdens mål och ondgjorde sig över den sk primärvårdssatsningen. Benämningar som "chimärvård", "preliminärvård", "den vänliga vanvården" etc, kavldes ut via riksmmedia. Vissa professorer ville t o m påstå att primärvården utgjorde ett direkt hot mot svårt sjuka patienter. Som ytterligare ett uttryck för motsättningarna inom läkarkollektivet har det genom åren varit sorgligt att få ta del av den vittnesbörd som många studenter kunnat avge. Under grundutbildningen vid våra universitet har studenterna ofta av sina lärare bibringats uppfattningen att allmänmedicin och primärvård är någonting man kan ha och mista. Det är fortfarande vanligt att man under grundutbildningen helt enkelt förtalar primärvården och dess roll i den framtida sjuk- och hälsovården i vårt land.

Politiskt föreföll till en början alla partier, utom möjligen moderaterna, stödja primärvårdsutbyggnaden, som på lite sikt skulle garantera hela landets befolkning tillgång till basal läkarservice.

Den politiska tydligheten har under 80-talet blivit allt otydligare. Under senare år framstår det allt mer som om moderaternas ambition, att bryta sönder det så förkättrade offentliga monopolet och motsätta sig en planerad och delvis styrd läkarfördelning, får allt större gehör.

Alla vet hur lite av visionerna från 70-talet som omsatts i praktisk handling. Man torde utan överdrift kunna påstå att satsningen på läkare, specialistkompetenta i ämnet allmänmedicin mest utvecklats till en hårt pumpad pratbubbla. Vad vi saknar är inte vårdcentraler, utan utbildade läkare. Cirka 400 tjänster är obesatta runt om i vårt land och vikarier saknas nästan helt.

Beslutet om en solidarisk läkarfördelning har kapsejsat och delvis saboterats med huvudmännens goda minne. Landstingsförbundets vädjan om solidaritet mellan landstingen har icke hörsammats och den hittills tandlösa socialstyrelsen har inte annat än beklagat den skeva läkarfördelningen. Läkarförbundet har ägnat mer kraft och mobiliserat mer glöd för att slå vakt om den huvudsakligen skattefinansierade så kallade privatvården än att få den offentliga primärvården på fötter.

Under den senaste 10-års perioden har jag vid fyra tillfällen beretts utrymme i tidningen Landstingsvärlden (1-4). Jag har pekat på diskrepansen mellan vad man säger sig vilja prioritera och hur sedan utvecklingen går stick i stäv mot fattade beslut. Dessutom på oförmågan att korrigera utvecklingen i linje med fattade beslut. Fram till för några år sedan levde jag i villfarelsen, att den samlade beslutsapparaten skulle vara en garant för bl a en rättvis läkarfördelning i landet. Men uppenbarligen är krafterna mot en allmänläkarbemanning primärvård starkare. Som klart framgår av tabellen och figuren pekar ingenting mot ett trendbrott. Vi kan alltså inom överskådlig tid skrinlägga alla tankar på att få en med allmänspecialister bemannad primärvård med reella förutsättningar att växa i den kostym man i bred politisk enighet skraddat till. Detta kommer i sin tur att utgöra en effektiv broms för en vidareutveckling av den specialiserade sjukhusvården. Det är hög tid att nu börja tala klartext och helt enkelt punktera pratbubblan, som under den senaste 10-årsperioden pumpats allt hårdare.

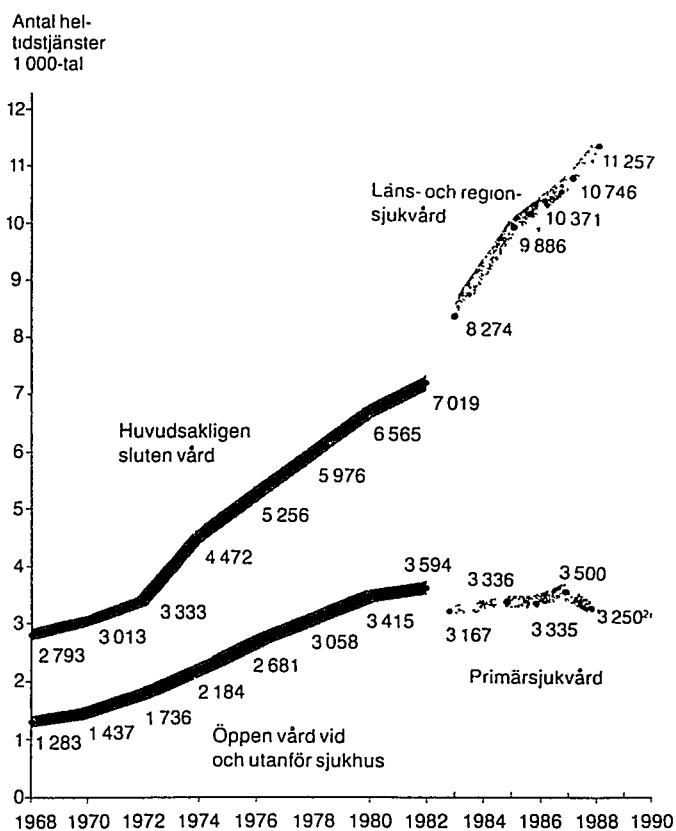
Vi får nog tillsvidare nöja oss med att bara ha enstaka områden, företrädesvis i landsorten, där man rustat upp primärvården och har tjänsterna besatta med utbildad personal. Dessa får tjäna som exempel på hur väl det i praktiken kan fungera för befolkningen, för personalen och för ekonomin. Den senaste redovisningen kommer från Habo i Skaraborg, men det finns många fler exempel.

Tabell I. FV-block i allmänmedicin

År	Fördelade SoS	Inrättade SoS	Tillsatta av landstingen
1986	390	359	319
1987	389	369	275
1988	363	348	270
1989	369	?	?

Tjänsteutvecklingen, vidareutbildade läkare¹⁾

(Källa. Lf, LKELP)



¹⁾ Utöver dessa tjänster/befattningar återfinns ca 1 700 läkare på s k AT-block, 3 400 på s k FV-block (utbildning för specialistkompetens).

²⁾ Tidigare år har läkarbefattningar avseende social verksamhet, omsorg m m redovisats inom primärvården. Dessa tjänster var från 1988 102 st.

Figur. Källa Spri tryck 187:17.

Många av oss lite äldre distriktsläkare, som hoppats att situationen med tiden skulle förbättras, känner oss svikna och börjar tappa sugen. Distriktsläkareföreningens enkät till distriktsläkarna bekräftade den misstämning, som nu råder inom den politiskt prioriterade primärvården i vårt land. Av alla FV-läkare som börjar sin utbildning i allmänmedicin kommer bara 40 procent i slutändan ut som färdiga distriktsläkare. Under utbildningens gång hoppar många av och vikarierar sig fram inom icke prioriterade specialiteter utanför blocksystemet och företagshälsovården har alltid sugit upp många allmänläkare.

Den bekymmersamma situationen har ytterligare försämrats genom debatten om äldreomsorgen. Det är idag

oklart vilken huvudman primärvården i framtiden skall sortera under och det är inte ens klart om den skall bollas över som en sammanhållen enhet. ÅDEL-förslaget innebär ju, att man vill hugga upp en huvudmannarågång rätt igenom primärvården och därmed avnavla äldreomsorgen till primärkommunerna. Man föreslår vidare, att spalta upp primärvårdens ryggrad, nämligen distriktssköterskorna, mellan de båda huvudmännen. Makt, prestige och pokerspel om befolkningens skattepengar kännetecknar den pågående kampen mellan kommunpartiet och landstingspartiet. Inte lär rekryteringsklimatet för primärvårdens del förbättras av vad som nu håller på att ske.

Redan innan proposition om

äldreomsorgen lagts på riksdagens bord slår man in ytterligare en spik i primärvårdskistan. Ambitionen om vård på lika villkor, befolkningsansvar och kontinuitet skall fortsättningsvis tonas ner till förmån för den enskildes totala valfrihet att välja här och nu och på egna villkor. Man tycks bortse från att stora befolkningsgrupper utmärks av brist på självkänsla, förmåga och kunskap att bevaka sina rättigheter. I realiteten saknar de alltså valfrihet. De som idag mest utnyttjar valfriheten är de unga i produktiva åldrar, som i vårt rättighetssamhälle lärt sig kräva att få sina egna behov tillfredsställda på egna villkor. Solidariteten har ju allt mer kommit på undantag i vårt egotrippade samhälle.

Fiaskot med den solidariska läkarfördelningen, det illa genomtänkta och till sina konsekvenser genomgripande förslaget om äldreomsorgen och nu senast valfrihetsbudskapet till alla, både de som har och inte har förmåga att bevaka sina rättigheter, gör mig allt mer tveksam till möjligheterna att någonsin få en fungerande primärvård i vårt land.

Det är paradoxalt att man just nu visar ett allt större intresse för hur man planerat den svenska sjukvården från USA, Japan och nu senast också i Östeuropa. Samtidigt är vi själva i full färd med att delvis demontera modellen här hemma.

Referenser

1. Brydolf G. Två nya läkartjänster. Landstingets Tidskrift 12/79.
2. Brydolf G. Satsningen på primärvården - Hur skall den gå till? Landstingsvärlden 11/85.
3. Brydolf G. Rödpenorna punkterar primärvårdsutbyggnaden. Landstingsvärlden 2/86.
4. Brydolf G. Läkarfördelningen är oacceptabel. Landstingsvärlden 19/87.

Författarpresentation

Gösta Brydolf, distriktsläkare vid vårdcentralen Centrum, Sundsvall och chefläkare för primärvården i Medelpad.

Postadress: Sundsvalls sjukhus, 851 86 Sundsvall.

Allmänläkarnas efterutbildning

LBO 6465

MOGENS HEY

Kenneth Widäng har i en ledare i AllmänMedicin nr 1/90 lämnat en översikt över dagsläget samt framfört önskemål för framtiden.

I ledaren fokuseras alltför starkt på den efterutbildning som sker som kunskapsöverföring inom ramen för reguljärt kursutbud.

Syfte

Syftet med allmänläkarnas efterutbildning kan beskrivas utifrån två olika perspektiv.

Det ena är samhällets önskemål om en välutbildad allmänläkarkår, där mål angivits dels i grund- och vidareutbildning och där efterutbildningen syftar till att under en livslång yrkesverksam period anpassa kunskaper, färdigheter och värderingar till ständigt nya förutsättningar.

Det andra perspektivet är den enskilde allmänläkarens, där dennes personliga behov av utveckling står i centrum. Efter minst 12 års grund- och vidareutbildning återstår för de flesta ännu 25–30 år som helst bör präglas av ständig utveckling mot nya utmaningar och uppgifter. Olika skeden av allmänläkarens yrkesverksamma liv ställer olika krav på efterutbildning.

Ny kunskap

Förutom de självklara behoven av ny kunskap inom de biomedicinska områdena tillkommer som Kenneth Widäng beskrivit, kunskaper inom såväl beteendevetenskap som samhällsmedicin och det han kallar klinisk allmänmedicin.

Samtidigt föreligger ett stort behov av utbildning där tillämpning av kunskaper utgör en väsentlig del.

Den traditionella utbildningsformen med föreläsningar av specialister är alltför passiv och i allmänhet inte särskilt välanpassad till enskilda allmänläkares behov.

Målstyrning

Om kursformen av olika skäl skall väljas bör kursens uppläggning utgå ifrån en målbeskrivning och innehållet bör problemorienteras. Kurser bör alltid ledas av distriktsläkare som utnyttjar experter som resurspersoner.

Överhuvudtaget bör efterutbildningen i allt större utsträckning präglas av läkares egna behov och initiativ och det allmänna utbudet av utbildningsaktiviteter anpassas till detta.

Kursutbud

Dagens kursutbud är som Kenneth Widäng mycket riktigt påpekar initierat av andra intressenter såsom läke-

medelsindustri, universitetsinstitutioner och apoteksbolaget. Endast ett mindre antal kurser är primärt präglade av entusiastiska och kunniga allmänmedicinäres initiativ.

Bland ämnen för kurser saknar jag i Kenneth Widängs redovisning kurser i ledarskap och chefsutveckling samt kurser i forsknings- och utvecklingsarbete.

Klinisk allmänmedicin

Inom området klinisk allmänmedicin borde också ha nämnts den utbildning som har sin utgångspunkt i arbetet med enskilda patienter och deras komplexa hälso- och sjukvårdsproblem. Inom alla utbildningsnivåer har hittills saknats en formaliserad utbildning, där arbetet kring de enskilda patientfallen utgör en väsentlig del.

I detta sammanhang är inte enbart beteendevetenskapliga kunskaper såsom Kenneth Widäng beskriver det under rubriken "Konsultation" täckande för denna utbildning. Konsultation beskrivs i ledaren som en teknisk kunskap. Jag ser konsultation kopplad till arbetet med patienter med allmänmedicinska problem som det samma som klinisk allmänmedicin.

Även den efterutbildning som arbetet i Balintgrupp utgör bör i detta sammanhang nämnas.

Lokal efterutbildning

Det dagliga arbetet inom en vårdcentral bör också ge goda möjligheter till efterutbildningsaktiviteter. Lokalt projektarbete inriktat på utvärdering eller forsknings- och utvecklingsarbete kan vara exempel. Även den form av lokalt kvalitetssäkringsarbete som beskrivs under benämningen "Kvalitetscirklar" bör nämnas.

Lokalt bör också i efterutbildningen kunna utnyttjas det allt större utbud av videospelade efterutbildningsprogram. Här finns inspiration att hämta utomlands bla från England rapporteras om ett omfattande program för efterutbildning av praktiker. Tibblins och Blondells medicinska magasin från Uppsala är ett annat exempel.

Utbytestjänstgöring

Jag tycker också att utbytestjänstgöring är ett bra efterutbildningsätt. Med det menar jag dels att allmänläkare under kortare eller längre tid tjänstgör för auskultation och färdighetsträning vid klinik inom annan specialitet och dels motsvarande tjänstgöring av annan specialist vid allmänläkarens mottagning.

Studieresa

Studieresor, inte minst välplanerade individuella, såväl inom som utomlands till meriterade kollegor eller allmänmedicinska institutioner är ett oerhört bra sätt att vidga perspektiv och få nya impulser. Efterutbildning är också att följa tidskrifter och delta i vetenskapliga möten. Jag vill speciellt peka på de möjligheter som lokala allmänmedicinska publikationer och vetenskapliga möten bjuder. Här finns möjligheter att sammanställa och redovisa resultat av egna insatser och erfarenheter från olika efterutbildningsaktiviteter.

Individuell efterutbildning

Som jag skrev inledningsvis är det de många rollerna och de personliga behoven som behöver utvecklas, därför också de många utbildningsformerna och inslagen. Jag tror därför inte så mycket på den av Kenneth Widäng skrivna, något smalspåriga, efterutbildningsvisionen. Jag tror inte heller att efterutbildning vare sig kan eller bör skrivas i termer av en rättighet till ett visst antal arbetsveckor på ett år. Efterutbildning bör beskrivas som en skyldighet anpassad till de krav yrket ställer och de behov den enskilde har för att upprätthålla en god allmänmedicinsk kompetens. Detta bör vara målet. Medlen att uppnå detta bör individualiseras. Den del av efterutbildningen som kan tillkomma på riksregionnivå bör utgå ifrån allmänmedicinarnas egna initiativ och helt anpassas till över tiden växlande behov.

Finansiering

Det bör vara en självklarhet att efterutbildning bekostas inom ramen för tjänsteutövningen oavsett om den sker inom ramen för en offentlig anställning eller i privat regi.

Planering

Enligt Widäng förordas att en grupp allmänläkare får i uppdrag att kvalitetsgranska det centrala och regionala kursutbudet. Det är ett utmärkt förslag, som också bör leda till en sanering och en bättre balans i kursutbudet.

Författarpresentation

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

Postadress: Vårdcentralen, Storgatan 2, 243 30 Höör.

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.

Verkningsspektrum 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

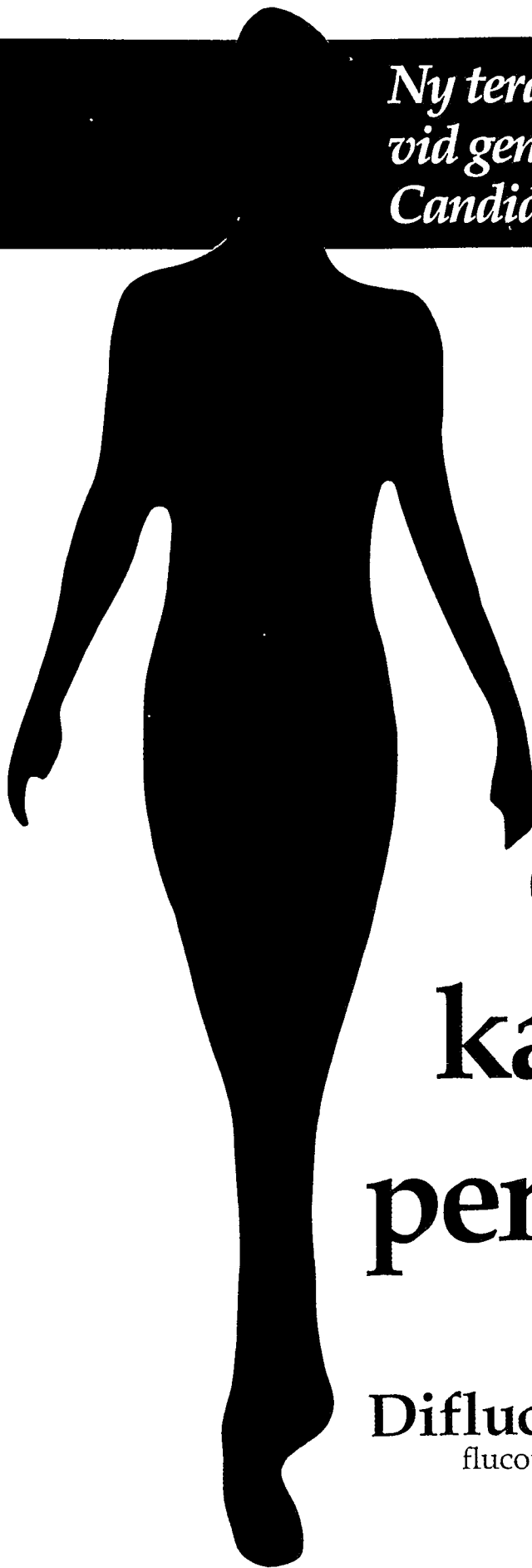
Dosering. 150 mg som engångsdos.

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

Interaktioner. Fluconazol interagerar med tolbutamid och warfarin. Fluconazol förlängjer koaguleringstiden hos warfarinbehandlade patienter. Vid samtidig behandling med fluconazol och kumarinpreparat bör en noggrann titrering av antikoagulantia-dosen göras. Fluconazol förlängjer 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

Finns förutsättningar idag att klara ST-utbildning enligt LSU i primärvården?

LB06466

BRITT SJÖLIN-ISRAELSSON

Rapport från enkät till landets samliga DLF-kretsar angående förekomsten av personliga handledare och studierektorer.

Riksdagen har tagit beslut om ny specialutbildning för läkare, den så kallade ST-utbildningen. Uppnådda mål i stället för genomgångna underläkare ska avgöra när vederbörande ST-läkare ska få kalla sig specialist. Detta innebär stora möjligheter för den enskilda individen att få en skraddarsydd utbildning. Förhoppningsvis ska det göra den nya specialisten bättre rustad att möta problemen i sin vardag.

Men det innebär också stora risker. En av dessa är, att ST-läkaren kan bli utsatt för klinik/vårdcentralchefens (bedömarens) godtycke. En annan att mindre nogräknade vårdcentral/klinikchefer kan frestas att snabbgodkänna någon ej färdigutbildad, för att kunna fylla en besvärande vakans. "Inavel" är en tredje risk. ST-läkaren kanske lärns upp och stannar på samma plats, utan att få andra impulser eller se andra arbetsmodeller. En fjärde risk är att utbildningens kvalitet över landet kan bli ännu mer skiftande än idag.

Hur förhindrar vi i primärvården, att dessa olägenheter uppstår i vår nya specialistutbildning? Viktigt är att det finns noggranna målsbeskrivningar.

Det bör finnas en objektiv metod att få sin kunskapsnivå värderad, exempelvis via frivillig specialistexamen. Varje ST-läkare måste ha en personlig handledare, som ansvarar för att hans/hennes adept lär sig alla behövliga moment. Det måste finnas intresserade och kunniga studierektorer, som samordnar utbildningsinsatserna och följer upp standarden på handledare och utbildningsvårdcentraler.

Finns dessa förutsättningar idag?

Distriktsläkarföreningen (DLF) har under hösten 1989 i en enkät till samliga lokala kretsar kartlagt läget i landet.

- i sju landsting saknas helt studierektorer;
- fem landsting har gemensamma studierektorer för öppen och slutenvård;
- sex landsting har studierektorer i öppen vård i några primärvårdsområden (PVO), dock inte i alla;
- åtta landsting har idag studierektorer i öppen vård i alla PVO.

Tyvärr är det inte bättre ställt vad gäller förekomsten av personliga handledare till FV-läkare i allmänmedicin.

- nio landsting saknar FV-handledare;

- i nio landsting finns utnämnda handledare i några PVO, men saknas i flertalet;
- i tre landsting finns FV-handledare, men fungerar inte alltid i praktiken;
- endast i fem landsting har alla FV-läkare personliga handledare.

Sammanfattningsvis har idag mindre än en tredjedel av landstingen studierektorer i öppen vård och endast en femtedel kan erbjuda sina FV-läkare personliga handledare.

Slutsatsen av detta är att vi snarast måste se över vår organisation på hemmaplan, så att vi står väl rustade, när den nya utbildningen påbörjas. Vi kan annars knappast hoppas på att någon väljer att utbilda sig till specialist i allmänmedicin och det modiga fåtal som trots allt väljer denna bana kanske inte kan erbjudas acceptabel utbildningsnivå överallt i landet. Hur gör vi då?

Författarpresentation

Britt Sjölin-Israelsson, distriktsläkare vid Bergnäsets vårdcentral och styrelseledamot i DLF.

Postadress: Bergnäsets vårdcentral, Producentvägen 10, 951 61 Luleå.

Recensioner

Friska barn och sjuka

BENGT HÖJER
PIA HÖJEBERG

*Stockholm: Esselte Studium, 1989.
ISBN 91-24-35355-8.
Pris: 245:-*

Det här är en trevlig och välskriven bok. Den är enligt författarna avsedd för föräldrar, förskolepersonal och personer under utbildning inom barnomsorgsområdet. Enligt min uppfattning kan den med god behållning också läsas av sjuksköterskor, och även läkare kan finna ett och annat korn i den.

Efter en kortare inledning följer ett gediget kapitel om kroppens byggnad, funktion, utveckling och vård. Man kommer så in på hälsorisker i barnens miljö samt barnolycksfall. Mycket

kort behandlas missbruk och barn som far illa. De vanligaste infektionssjukdomarna är översiktligt men systematiskt presenterade. Man diskuterar också hygien och infektionsbekämpning i förskolan. I kapitlet om andra sjukdomar behandlas framför allt allergi och annan överkänslighet. Man skriver bra om barn med handikapp. Efter nästan varje kapitel ges exempel på böcker lämpliga att läsa med barnen.

Jag har bara funnit ett par tveksamheter i boken. För såväl halsfluss som öroninflammation föreslås penicillin i 7-10 dagar. Vad jag vet rekommenderas numera 5 dagars penicillinbehandling för barn med okomplicerad

mediaotit och för tonsillit rekommenderas 10 dagars behandling för att minska recidivriskerna. En annan plump i protokollet finns i det avslutande kapitlet "Vart vänder man sig?". Man nämner i tur och ordning MVC, BB, BVC och skolhälsovård. Sedan talar man om att det inom primärvården i de flesta landsting finns barnläkare placerade på vårdcentral, men inte ett ord om distriktsläkaren, som ju i flertalet landsting är den som sköter om merparten av barnens vardagsjukdomar.

Anders Håkansson, distriktsläkare, Vårdcentralen Teleborg

Postadress: Box 5044, 350 05 Växjö

Kan lidande ha en mening?

STIG ANDERSSON

Jag har ofta med flyktingar att göra och har slagits av att människor kan ha levt under ytterst pressande omständigheter i årtal med bibehållen psykisk balans för att därefter i det lugna Sverige drabbas av kris, ångest och depression. Vi är benägna att tolka detta som en reaktion på det genomgångna. Men förklaringen kan åtminstone delvis vara en annan: förlusten av sammanhang, uppgift och mål, av själva kampen, lämnar ett tomrum efter sig. Livet som flykting ger inte mening. Det nya landet väntar sig inte mer än tacksamhet av den objudne invandraren.

I Svenska Dagbladet den 17 juli 1989 berättades om en man från Eritrea vars liv bestått av kamp och fängelsevistelser. Men meningslöshet hade han inte upplevt förrän han kom till vårt land. Han upptäckte också att många svenskar upplevde tomhet i sin tillvaro. En plåga utan mening är svår att bära. Kan vi sätta in oss själva och lidandet i ett sammanhang blir det lättare att acceptera. Kamp och sjukdom kan ha det gemensamt att livet sätts i fara. Prästen Sten Philipsson framhöll i samma artikel att livets mening snarare är att hitta i ohälsa än i hälsa. Livet känns verkligt först när man förstår hur lätt det är att mista. Lidande och kris kan bli en väg till mognad och livsglädje.

Rättvisa är viktigt. Brist på rättvisa upplevs och påpekas i många sammanhang. Sätter man lidande i samband med rättvisa kommer man in på ett gammalt existentiellt problem. Hälsa och lycka fördelas inte lika. Varför drabbas den sjuke? Vad är det som skonar den friske? Rättvisaspekten gör det svårt för många att möta sjuka människor. Man upplever ett inre krav att ta på sig den andres lidande, och känner skuld eller skäms över att vara frisk och lycklig utan att kunna ge den andre samma sak. Det är svårt att ge tröst om man själv ser den andres lidande som meningslöst och orättvist. Självt upplever jag inte orättvisa inför sjuka människor, men jag ser inte lidandet i sig som meningsfullt. Dock

kan livet bli meningsfullt med, ibland tack vare, lidande. Att någon förmedlar en sådan upplevelse till mig, friske läkare, är också något meningsfullt och ger mig möjlighet att med respekt för lidandet föra erfarenheten vidare. Det är en akt av gemenskap. Vi står båda inför livets och dödens outgrundlighet. Dcssa storheter placrar oss på samma nivå. Vi kan bidra med litet grand var. Jag står ej över min patient, orättvisa är det inte fråga om.

Om den andre är demenssjuk uppkommer ett annorlunda läge. Vad har denna sjukdom för mening för den sjuke? Det är mycket svårt att ange. Den sjukets tidigare liv kan ha varit meningsfullt. Han eller hon kan ha stunder av glädje. Jag förmår kanske bistå med lugn, trygghet och värme. Mig kan den sjuke hjälpa att se mitt livs tillgångar, att ta dem tillvara.

Författaren John Berger skildrar i "A Fortunate Man" på ett djuplodande sätt en engelsk landsortsläkare. Han tar upp den belastning bevitnandet av mycket lidande innebär, särskilt när man som doktor Sassall strävar efter närhet. Denne söker i mötet med sina patienter både identifiera sig med dem, dela deras upplevelser och samtidigt bibehålla sin professionella kunskap, sin observationsförmåga och sitt rationella tänkande. Sassall har insett att lidandet har sin egen tidskala. En barriär av tid skiljer en lidande person från en icke lidande. Nuet blir annorlunda, stundens värde tvetydigt. I vår föreställningsförmåga är tidens förlopp och döden länkade till varandra. Detta tydliggörs i lidandet. Sassalls mål är att fylla sin tid med konstruktiv erfarenhet till den grad att hans tidsupplevelse blir jämförbar med den lidandes. Han ställer därvid realistiska krav på sig själv och erfar som följd därav otillräcklighet och ofta depression. Men ändå – hans passionerade strävan och hans uppfattning att arbetet berättigar honom hans liv gör honom till "a fortunate man". En illustration av behovet av mål och mening.

Ett sätt att ge lidandet mening är att uppfatta det som ett straff. Det är en gammal tankegång. Alla är vi syndare. Nog förtjänar vi ett mått av vedergällning. En modern variant lurar när vi läkare och samhället betonar den enskildes ansvar för sin hälsa. Hur har du skött dig? Vad var det jag sa? Nu får du stå för vad du själv åstadkommit! Detta moraliserande är faran med "hälsofostran" om den blir ensidigt inriktad på yttre levnadssätt.

Men vi är samtidigt både betingade och ansvariga, förutbestämda och fria. I det kraftfältet lever vi alla. Rabbe Enckell har skrivit en dikt att lägga på minnet.

**Det finns hos oss alla något,
som var för skört att inte brista,
för skört eller oändamålsenligt.
Skall vi därför döma det?
En fullständig ändamålsenlighet skulle
aldrig**

**finna vägen till det liv som är mer än
orsak och verkan.**

**En fullständig ändamålsenlighet har ej
oxen under oket, knappast maskinen.
Hos oxen finns det animala som inte är
dragdjuret.**

**I maskinen finns det ofullkomliga som
är människam.**

**Ändamålsenligheten kan inte ge utslag
i domen över vad vårt liv är värt.
Nej, sjukdom, brist och hopplöshet,
det är livet och dess aldrig uppgivna
skansar.**

**Så låt oss inte döma det som gjorde oss
sårbara,**

**bragte oss på kant med livet och till
verklighetens tjuvbarn.**

**Såret bevisar att det fanns något
som gick utanför ramen för nödvän-
digheten, något
som krävde mer och fann mindre,
var ett slöseri med kraft tills verklighe-
ten**

gjorde det till blind svaghet.

Författarpresentation

Stig Andersson, distriktsläkare,

Postadress: Vårdecentralen Hermes, Industriegatan 10,
661 00 Säffe.



Diabetes Type 2

Results from a population study of women and from four primary health care centres with special reference to riskfactors for diabetes

JACOB WENNBERG

Hans Lundgren disputerade den 23 september 1989 vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg på en avhandling om diabetes mellitus typ 2 med tonvikt på riskfaktorer för att utveckla sjukdomen. Opponent vid disputationen var Erik Trell, professor i allmänmedicin i Linköping. Som ordförande fungerade professor Calle Bengtsson, tillika respondentens handledare.

Nyckelord: Diabetes mellitus, kvinnor, riskfaktorer, prevalens, longitudinella studier, forskning, Göteborg, doktorsavhandlingar.

"Detta är en historisk dag vid den Allmänmedicinska institutionen i Göteborg" sade Calle Bengtsson och hälsade alla välkomna till Hans Lundgrens disputation. Hans är den första allmänläkare som disputerar vid institutionen.

Hans Lundgren var i många år distriktsläkare i Floda utanför Göteborg, men är nu primärvårdschef i Simrishamn.

En avhandling baserad på göteborgskvinnor

Avhandlingen bygger på sju arbeten, varav sex utgår från en populationsstudie av 1462 kvinnor som drogs igång i Göteborg 1968. Calle Bengtsson håller i denna så kallade Kvinnoundersökning och har varit Hans Lundgrens handledare. Av de 1462 kvinnorna, som utgjorde ett representativt urval av kvinnor som var 38, 46, 50, 54 eller 60 år vid studiens början hade 43 utvecklat diabetes typ 2 vid en 12-årsuppföljning.

Ett sjunde arbete, som resulterade i en artikel i British Medical Journal, är ett samarbete mellan distriktsläkare i Floda (H Lundgren), Svenljunga (L Björkman), Dalsjöfors, (P Keiding) och Trollhättan (S Lundmark). Man har där undersökt alla patienter, såväl män som kvinnor, med både diabetes



Respondenten Hans Lundgren

typ 2 och hypertoni, för att se vilket av tillstånden som debuterade först.

Fetma och antihypertensiv behandling – olämplig kombination

Prevalensen av diabetes (i Kvinnoundersökningen) ökar från 2 procent vid 50 års ålder till 16 procent vid 72 års ålder. En faktor man ser har samband med risken att utveckla diabetes är fetma och då även fettets geografiska placering, det vill säga på höfter eller på mage. Dessutom är farmakologisk antihypertensiv behandling med tiazider och/eller beta-blockerare en viktig faktor.

Den åldersstandardiserade relativa risken att utveckla diabetes typ 2 ökade tre gånger hos kvinnor som stod på diuretika, fem gånger om kvinnan stod på beta-blockerare och elva gånger om man kombinerade diuretika och beta-blockerare visavi de som ej hade behandling. Detta är statistiskt signifikant även när vikt, ålder

och blodsocker togs med som bakgrundsvariabler.

I en annan artikel utgick man från kvinnor med behandlat eller obehandlat blodtryck $\geq 160 / > 95$ (n=226). Av dessa fick 16 diabetes under farmakologisk behandling, medan ingen i gruppen som ej fick farmakologisk behandling utvecklade diabetes.

Hypertoni föregick diabetes

Den studie som utgick från fyra vårdcentraler visar, att det är vanligare att hypertoni kommer före diabetes än vice versa hos patienter med både farmakologiskt behandlad hypertoni och diabetes. Den genomsnittliga tiden mellan start för hypertoni och diabetesupptäckt var åtta år.

Även om man inte kan utesluta hypertoni *per se*, eller annan bakomliggande orsak, fokuserar dessa tre studier intresset på tiazider och beta-blockerare som diabetogener.



Hans Lundgren (respondent), Erik Trel (opponent) och Calle Bengtsson (handledare).

Fasteseruminsulin – ett relevant prov

En intressant artikel tar upp fasteseruminsulinets betydelse. Det visade sig vid en intravenös glukosbelastning på 50-åriga kvinnor, att de med låga insulinsvar hade en ökad diabetesincidens liksom kvinnor med höga fasteinsulinvärden. Enbart den senare variabeln var oberoende signifikant i multivariatanalysen när fettfördelningen ($W/H = \text{waist-to-hip ratio}$), body mass index ($BMI = \text{kroppsvikt/längden}^2$), fettveck, fastebloodsocker, arv, antihypertensiva farmaka och alkohol togs med som bakgrundsvariabler.

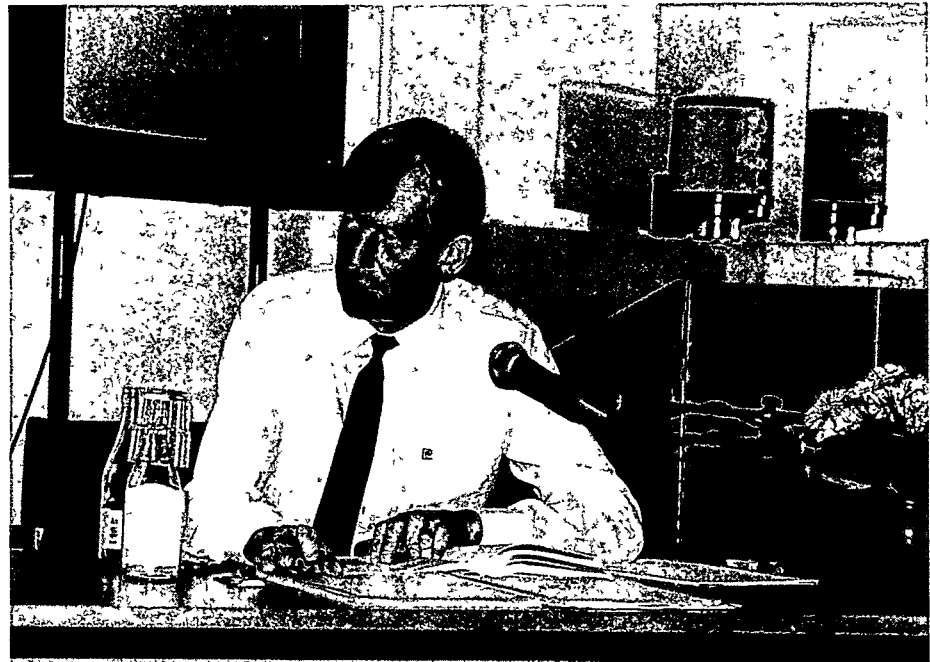
Då högt fasteinsulin kombineras med fetma och antihypertensiv behandling ökar diabetesincidensen synergistiskt. Bland kvinnor med fasteinsulin och BMI i de översta kvintilerna och antihypertensiv behandling utvecklar 43 procent diabetes under uppföljningsperioden. Fettfördelningen visar sig vara en oberoende signifikant faktor, som synergistiskt samvarierar med mängden fett uttryckt som BMI eller fettvecksmått.

Androgenicitet korrelerad till diabetesincidens

En annan studie analyserade sex-hormone binding globulin (SHBG) på 18-åriga frysta serumprov, som sparats från undersökningen 1968. Analysen här visar att androgenicitet, uttryckt som lågt SHBG-värde, var oberoende och signifikant korrelerat till incidens av diabetes.

Respondentens konklusion

Hans konkluderar i sin avhandling, att man bör reducera vikten hos överviktiga och inledningsvis försöka med icke-farmakologisk behandling för att behandla ett måttligt högt blodtryck. Dessutom propagerar han för att vi skall kontrollera fasteseruminsulin hos överviktiga, innan vi tar ställning till farmakologisk behandling av högt



Professor Erik Trel

blodtryck. Höga värden på fasteinsulin indikerar, att vi skall vara extra försiktiga med antihypertensiva farmaka, åtminstone vad gäller betablockerare och tiazider.

En sjuårdeles fin avhandling

Opponenten Erik Trel gjorde först en resumé av avhandlingen. Sedan gick han igenom den en gång till för att ställa frågor. Bland annat undrade han över tillförlitligheten hos 18 år gamla frysta blodprov. Han hade dock ingen kritik mot de resultat som framkommit eller mot de metoder som använts.

Avslutningsvis kallade Erik Trel arbetet för "en sjuårdeles fin avhandling som var sexindeldad" (tar framför allt upp kvinnor och bygger på sex arbeten från Kvinnoundersökningen). Han komplementerade också undersökningen från de fyra västsvenska vårdcentralerna och kallade denna "genial" i sin enkelhet.

Auditoriet fick tillfälle att ställa frågor och Göran Lindstedt, professor i klinisk kemi, undrade om det finns skäl att ha fasteseruminsulin som rutinmetod, då den nu ej körs på alla laboratorier. Hans Lundgren svarade, att metoden bör finnas tillgänglig för att kunna användas på patienter inom högriskgrupper innan man bestämmer behandlingsstrategi.

Den nyblivne medicine doktorn fick senare på dagen berätta om forskningens glädjeämnen och vedermödor på Västsvenska allmänläkarklubbens höstmöte, som ägde rum på Allmänmedicinska institutionen i Göteborg.

Författarpresentation

Jacob Wennberg, FV-läkare, allmänmedicin Göteborg.

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



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ

Regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns sedan 1974 på Huddinge sjukhus och 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 av frågor/svar som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna kommer jag att i ALLMÄN MEDICIN publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna spalt skriv till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/385 00.

Denna gång presenteras frågor från både Huddinge LIC och ELIS.

Fråga:

En 42-årig kvinna har använt Orstanorm (dihydroergotamin) 1 x 2 en längre tid. Hon har nu slutat ta medicinen, men har fått kraftig huvudvärk. Patienten har inga ortostatiska besvär. Huvudvärken kom dagen efter det att hon slutat med Orstanorm.

Svar:

Dihydroergotamin och ergotamin tillhör gruppen ergotaminer. De har båda en agonistisk och antagonistisk effekt på den alfa-adrenerga receptorn. Ergotamin ger en kraftig vasokonstriktion som kan utnyttjas mot migränanfall. Dihydroergotamin har en lägre alfareceptorstimulerande effekt men en jämförelsevis högre blockerande effekt av alfareceptorer. Biverkningar av båda preparaten är bl a illamående, kräkningar, muskelsmärtor och stickningar i fingrar och tår. Huvudvärk kan förekomma och är också ett betydelsefullt "withdrawal symptom" som följer efter överkonsumtion av ergotamin. Vid intag av ergotamintartrat mer än 7–10 mg/vecka varnas för toleransutveckling och huvudvärk som abstinenssymtom. Ergotaminmissbruk med huvudvärk anses vara en inte alldeles ovanlig orsak till att vissa av dessa patienter vårdas på neurologiklinik.

Vid en omfattande litteraturgenomgång har inget framkommit som talar för att dihydroergotamin är farmakologiskt tillvänjande med utveckling av beroende. Eftersom dihydroergotamin har stora strukturella men även farmakologiska likheter med ergotamin kan det dock inte uteslutas att dihydroergotamin skulle kunna ge upphov till "rebound"-huvudvärk liknande den som finns rapporterad för ergotamin.

Fråga:

En 75-årig kvinna reagerade för länge sedan med kraftig överkänslighet mot peroralt givet sulfapreparat. Hon har nu fått svullnad och klåda som kopplats till behandling med Mindiab (glipizid). Kan korsöverkänslighet förekomma?

Svar:

Sulfonamider kan förutom rent toxiska – farmakologiska biverkningar ge överkänslighetsreaktioner av typen serumsjuka, "drug fever", interstitiell nefrit, hepatit, allergisk agranulocytos, trombocytopeni samt olika typer av hudmanifestationer. Dessa är oftare makulopapulösa än urtikariella till sin karaktär och förekommer hos 1–3% av de patienter som behandlas med sulfonamider. Allvarligare hudmanifestationer som erytema multiforme m m är däremot mycket sällsynta.

Mindiab är ett sulfonylureapreparat det vill säga ett sulfonamidderivat som kan ge kutana överkänslighetsreaktioner liknande dem som ses av sulfonamider. Detta talar för korsreaktivitet mellan preparaten. Även fatala kutana överkänslighetsreaktioner har förekommit med glipizid. I socialstyrelsens biverkningsregister finns beskrivet ett flertal hudmanifestationer, trombocytopeni och enstaka fall av mucokutant syndrom, erytema multiforme, fotosensibilitet där sambandet med glipizid bedömts som troligt.

Fråga:

En 26-årig kvinna som är gravid i månad 5–6 har nyligen ordinerats Vibramycin. Hon har sammanlagt tagit 4 tabletter à 100 mg. Finns det risk för fosterskada?

Svar:

En omfattande litteraturgenomgång har gjorts och man har där funnit följande: Djurexperimentella data talar för inlagring av tetracyklin i fosterskelett, intrauterin tillväxthämning och viss teratogen potential. Trots omfattande och mångårig klinisk användning av dessa preparat finns endast två fall av fostermisbildning hos människa rapporterade där man kunnat dokumentera intag av tetracyklin under första trimestern. Man bedömer därför att tetracykliner ur missbildningssynpunkt inte innebär några påtagligt ökade risker.

Vid intag av tetracykliner under den senare delen av graviditeten ökar risken för inlagring av läkemedlet i tänder och skelett. Detta tros kunna leda till reversibel förlängsamning av skelett-tillväxten samt ökad risk för missfärgning av barnets tänder. Hos barn som fått tetracyklin har man noterat missfärgning av mjölk-tänker och permanenta tänder. Mjölktänder utvecklas från sista fostermånaderna till 10 månaders ålder. De permanenta tänderna utvecklas från 6 månaders upp till 8 års ålder.

Oxytetracyklin, då främst doxycyklin tycks ge betydligt mindre risk för missfärgning vilket kan bero på att preparatet binds till kalcium i mindre grad än andra tetracyklinpreparat. Generellt bör dock gälla att tetracykliner endast på stränga indikationer ges till barn under 8 års ålder eller till gravida eller ammande kvinnor.



PACT – från NHS till GP

INGEGERD AGENÄS

(PACT betyder Prescribing Analyses And Cost och har utvecklats av Hälsovårdsministeriet och en rad företrädare för läkare och sjukvårdsorganisationer i Storbritannien.)

Diskussioner om läkemedelskostnaderna och förskrivarna har på sista tiden förekommit i riksdagen bl a till följd av rapporter från kostnadskontrollerande myndigheter. I nummer 2/89 beskrevs den sk lokala förskrivningsstatistiken som ett verktyg för den svenska förskrivaren att studera och värdera sin egen förskrivning(1).

I Storbritannien där man också bekymrar sig över sjukvårdens kostnader och läkemedelskostnaderna har man en lång tradition av att återföra information om förskrivningen till förskrivarna inom sjukförsäkringen.

Man har ända sedan sjukförsäkringen (National Health Service NHS) infördes efter andra världskriget, haft en ekonomisk uppföljning av den enskilde förskrivaren. Alla recept, som expedieras på de brittiska apoteken och omfattas av försäkringen skickas till Prescription Pricing Authority för prissättning och betalning till apoteken. Varje läkare har ett NHS-nummer. Förskrivarna har alltid fått tillbaka information om sina förskrivningskostnader relaterat till kostnaderna hos andra förskrivare inom sitt geografiska område.

Under senare år har man byggt ut den information som förskrivaren får. Varje allmänläkare får varje kvartal ett dubbelt A4-blad rubricerat Prescribing Information, level 1 (figur 1).

Bladet ger information om den egna praktiken jämfört med det närmaste geografiska området och med England, liksom om den enskilde allmänpraktikerns förskrivning i förhållande till praktiken och det geografiska omlandet.

Möjligheterna att göra jämförelse bygger på att den engelske allmänläkaren har en patientlista. Med den listan som utgångspunkt beräknas hur många "prescribing units" varje förskrivare har: Alla patienter upp till 65 års ålder räknas som en "prescribing unit", patienter över 65 år som tre "prescribing units".

3. Practice Average Cost Per Item

Practice		£4.31
FPC Average		£4.54
National Average (England)		£4.92

Practice is below the FPC Average by 5.1%

(and is below the National Average by 12.4%)

Figur 2. Information (ur figur 1) av genomsnittskostnaden per recept för praktiken, närmaste geografiska område och hela England.

Figur 2 visar informationsbladets presentation av genomsnittskostnaden per recept för den aktuella praktiken. "FPC-average" är det området inom NHS som praktiken hör till (FPC = Family Practice Committee). Dess recept är omräknade till motsvarande antal "prescribing units" som för den egna praktiken. National average avser uppgifter för hela England omräknat för en praktik med samma antal "prescribing units" som den praktik som redovisas. Staplarna avslutas med kommentaren att denna praktik ligger 5% under FPCs genomsnitt och 12,4% under det engelska genomsnittet för genomsnittskostnaden för alla recept.

PRESCRIPTION PRICING AUTHORITY INFORMATION SERVICES

PRESCRIBING INFORMATION LEVEL 1 FOR QUARTER ENDED APR 1988

Att: Dr SAMPLE G.P.
Dr SENIOR SAMPLE G.P. + PTNRS
SCOTTISH LIFE HOUSE
ARCHBOLD TERRACE
JESMOND
NEWCASTLE UPON TYNE
NE2 1DB
JESMOND AND SOUTH GOSFORTH FPC

1. Practice Prescribing Costs

Practice		£57,741
FPC Average		£55,630
National Average (England)		£51,018

Practice is above the FPC Average by

£2,111 or 4%

(and is above the National Average by £6,723 or 13%)

2. Practice Number of Items

Practice		13,396
FPC Average		12,247
National Average (England)		10,361

Practice is above the FPC Average by 1,149 or 9%

(and is above the National Average by 3,035 or 29%)

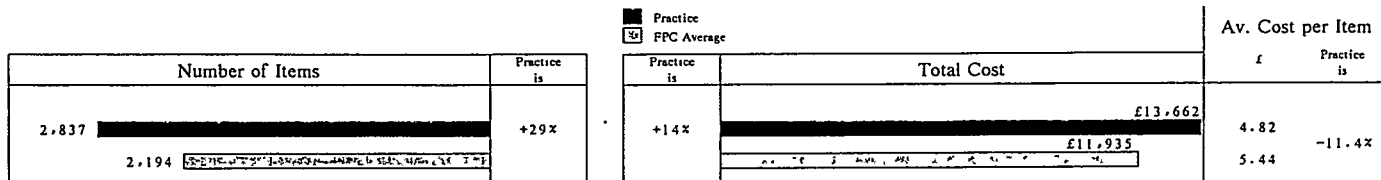
3. Practice Average Cost Per Item

Practice		£4.31
FPC Average		£4.54
National Average (England)		£4.92

Practice is below the FPC Average by 5.1%

(and is below the National Average by 12.4%)

Figur 1. Översikt över information om läkemedelsförskrivningen från NHS till förskrivare.



Figur 3. Antal recept på hjärt-kärl-läkemedel och total kostnad för dessa på praktiken och i närmaste geografiska område.

På baksidan av det här bladet får den enskilde förskrivaren sina genomsnittskostnader per recept redovisade. Vidare anges vilken andel av förskrivarens recept som utgörs av generiska preparat. (I England är det i genomsnitt 37% av allmänläkarnas förskrivningar som avser generiska preparat).

Bladet innehåller också (ex se figur 3 för hjärtkärlmedel) praktikens antal recept och kostnader för olika läkemedelsgrupper samt procentuell avvikelse från FPC-området.

Den intresserade förskrivaren kan också rekvidrera fördjupad information av olika detaljeringsgrad för sig själv eller sin vårdcentral ända ned till en redovisning för varje enskilt preparat som har förskrivits.

Hur används nu denna omfattande information? Troligen mycket olika i olika delar av landet. Sk Regional Medical Officers (RMO) i de olika regionerna av NHS följer upp framför allt avvikelser i kostnad och framför allt då för förskrivare som har en högre kostnad än genomsnittet.

HOW YOU MIGHT USE COMPARATIVE PRESCRIBING DATA:

YOUR SHOW THAT YOU ARE:	DISCUSSION TOPIC-SHOULD YOU, THE GP:
HIGH ON PARTICULAR SYMPTOMATIC TREATMENTS.	REVIEW YOUR POLICIES RE PATIENTS' SYMPTOMS?
LOW ON INSULIN PRESCRIBING.	SCREEN FOR GLYCOSURIA?
HIGH ON ORAL HYPOGLYCAEMIC PRESCRIBING.	CHECK WHETHER PATIENTS ARE COMPLYING WITH THEIR NON-DRUG REGIMEN?
HIGH ON NSAID PRESCRIBING.	1. START PRACTICE POLICY ON PRESCRIBING FOR JOINT PAIN? 2. CHECK Hb OF ALL ON NSAIDS?
HIGH ON ANTIBIOTIC PRESCRIBING.	AUDIT YOUR CRITERIA FOR ANTIBIOTIC PRESCRIBING?
LOW ON ANTI-ASTHMATIC INHALER PRESCRIBING.	MEASURE PEAK EXPIRATORY FLOW RATE EVERY TIME YOU AUSCULTATE A CHEST?

YOU COULD ENVISAGE MANY OTHER USEFUL APPLICATIONS AND IMPROVE THE QUALITY OF YOUR CARE THEREBY.

Figur 4. Förslag till diskussionsämnen med utgångspunkt från förskrivningsstatistiken.

Enskilda RMO ger också den enskilde förskrivaren personliga kommentarer. Man kan ge information om hur mycket som kan sparas med "best buy" eller som i figur 4 incitament för tankar och diskussioner på vårdcentralen.

Vad har den här informationen betytt? Det går inte enkelt att mäta om återkopplingen av information till förskrivarna har lett till något särskilt utfall. Brittiska allmänläkare är vid internationella jämförelser lågkostnadsförskrivare. Samtidigt har NHS varit utsatt för stora diskussioner om kostnaderna både för sjukvården över huvud taget och för läkemedelskostnaderna.

Rapporten Working for Patients innehöll förslag till kraftiga inskränkningar i förskrivarnas frihet. Man förutsatte att allmänläkarna skulle få en begränsad budget att förskriva läkemedel för. De senare diskussionerna i engelska sjukvårdsministeriet har lett till att denna budgetbegränsning tills vidare inte kommer att innebära att patienter blir utan läkemedel när budgetramarna är överskridna (2).

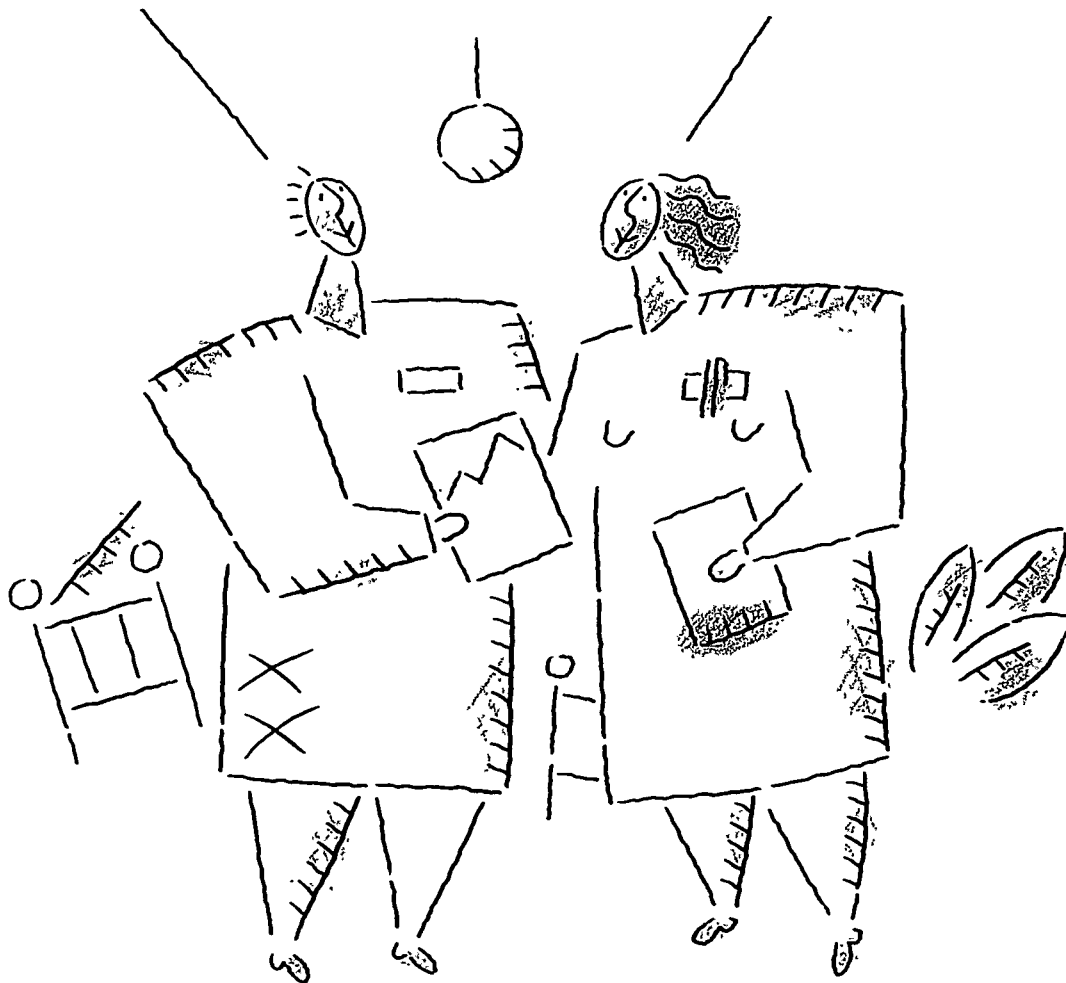
En av de läkare som har i uppdrag att besöka sina kollegor och diskutera deras förskrivningar har i en rapport till WHO redovisat att det har varit möjligt att sänka både förskrivning och kostnader inom det område han har haft att följa upp. Han har arbetat med regelbundna besök, där både kostnader och läkemedelsval diskuterats (3).

Referenser

1. Agenäs I, Johansson H: Information om förskrivningen – ett nödvändigt hjälpmedel för att uppnå rationell läkemedelsanvändning. Allmänmedicin 1989; 2:72.
2. No cash limits for GP's drug budgets. Br Med J 1989; 299, 875.
3. Hugh Mc Gavock: Report to the World Health Organization action program on essential drugs.

— Var fick du reda på att
S-GT-värdet påverkas av
minst 14 läkemedel?

— I nya Läkemedelsboken.



I kapitlet "Läkemedel och laborieresultat" i nya Läkemedelsboken diskuteras problematiken med läkemedel som kan påverka våra beslutsunderlag, t ex laborieprover.

Det finns många situationer som tvingar oss till särskilda överväganden vid val av behandling. I den allmänna delen i nya Läkemedelsboken tas ett flertal områden upp där läkemedel måste bedömas i sitt sammanhang, t ex barn, gamla, njursjuka och leversjuka.



Läkemedelsboken. Med råd enligt senaste rön.

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



HANDLEDNING – erfarenheter och framtidsvisioner

ABO 6469

FV-handledning i Jämtlands län

OLOF ENGLUND

I mitten av 80-talet blev få FV-block i allmänmedicin tillsatta i Jämtland. Därför skapades en studierektorstjänst som omfattade tio timmar i veckan. Den har gett mig möjlighet att de två senaste åren försöka utveckla FV-handledningen. Liksom konsultationen egentligen börjar då besöket bokas, anser jag att handledningen startar redan då blocket påbörjas och avslutas först när det är klart.

FV-läkarna styrs nu till hälsocentraler med god bemanning och kompetent handledning, även om sjukvårdsbehovet är större i grann-distriktet. Det är grundförutsättningen för att få bra utbildningsmiljö och positiv attityd till arbetet. Nyckelpersonen på hälsocentralen för FV-läkaren är handledaren. Denne står för den planerade, individuella handledningen – som i regel omfattar en veckotimme. Handledaren skall också ordna introduktion, bevaka arbetsbörda, studietid, biblioteksbestånd och vara en positiv förebild. Inte minst gäller det att få övriga distriktsläkare och annan personal på hälsocentralen att hjälpa till.

Det gäller att få rätt personer till handledare. De skall vara intresserade, pedagogiskt lämpade och ha tillräckligt med tid. Hittills har vi i vårt län haft enbart en grundläggande handledarutbildning, men en till är planerad till hösten 1990. Våren 1989 gick åtta distriktsläkare i länet fördjupad handledarutbildning tillsammans med AC- och BD-län. Handledarna brukar också "hållas varma" med handledarträffar över en heldag. I vår kommer videoutbildning att äga rum. En handledare i vart och ett av de åtta direktionsområdena skall få handha en videoutrustning – för inspelning av patientsamtal med AT-, FV- samt distriktsläkare.

Jämtlands län har stora avstånd och bara ett sjukhus, Östersund. Vi har därför valt att FV-läkarna inte har handledning på sina hälsocentraler under sjukhus-tjänstgöringen. Under denna tid är det mycket viktigt att allmänläkaridentiteten upprätthålls. Sjukhusklinikernas gruppträck sätter primärvårdskänslorna på prov. FV-läkarna deltar även under denna period i distriktsläkarnas fortbildningsdagar –



Olof Englund

fem dubblerade heldagar årligen. Vidare anordnas "Distriktsunderläkarseminarier" fyra gånger årligen med hel- eller halvdagsprogram. Här blir det ofta falldiskussioner med teman som "Bröstsmärtor", "Den diffuse patienten", "Ryggsbesvär". Varje termin anordnas ett FV-läkarmöte, där de blivande allmänläkarna diskuterar hur introduktion, handledning och lokal utbildning fungerat. Problem ventileras och allmänläkarrollen debatteras.

Under FV-blocket är det viktigt att FV-läkarna styrs in i distriktsläkarrollen.

Plats bereds i Balintgrupp, pengar finns för en veckas externa allmänläkarmöten, de bjuds in till fackliga möten och kvällsutbildningar. Vidare får de den lokala distriktsläkartidningen och även rikstidningen "Distrikts-Läkaren".

För att markera kompetensen då FV-blocket är klart, hyllas alla nyfärdiga allmänläkare med blommor och stort diplom på distriktsläkarkårens varting. Alla FV-läkare får göra en skriftlig utvärdering av sina öppenvårdsplaceringar. Här framkom 1988 att 86 procent fick ett gott omdömetagande på hälsocentralerna, 14 procent ett acceptabelt och inga ett dåligt. Sämst betyg fick introduktionen.

De sista två åren har vi fått alla FV-block tillsatta. Det tar vi som ett tecken på att vi tagit ett litet kliv i rätt riktning. Mycket återstår dock att göra, inte minst då det gäller sjukhus-tjänstgöringen. Den allra viktigaste uppgiften tror jag är att se till att handledarna är välutbildade och motiverade.

Författarpresentation

Olof Englund är distriktsläkare på Offerdals hälsocentral och studierektor för primärvården i Jämtlands län.

Specialistutbildningen i allmänmedicin från Malmös horisont

ABO 6470

ELISABETH JAENSON

Mitt arbete för att förbättra specialistutbildningen i allmänmedicin grundar sig på egen bitter erfarenhet av obefintlig handledning och dåligt anpassad tjänstgöring. Det var först efter många års arbete inom allmänmedicin som jag så småningom fann förfästet och såg mina patienters behov och hur jag skulle bemöta dem. De steg som ingick i denna process och som sedan varit grundpelare i vårt arbete med specialistutbildningen i Malmö är:

- förebilden
- Balintgruppen
- samhörigheten
- målet
- tiden

Förebilden

Att hitta en förebild som allmänmedicinare är närmast oundgängligt för den blivande allmänläkaren. Vår verksamhet handlar ju så mycket om



Elisabeth Jaenson

"det man inte kan läsa i böcker". Det rör mänskliga relationer, respekt för medmänniskor och attityder till livet. Denna attitydtränning kan bara ske i nära kontakt med en människa som "levat lite längre och upplevt något mer".

Personlig handledare utses för varje FV-läkare vid tillträdet. Handledarens uppgift är att vara praktisk stöttepelare under tjänstgöringen i allmänmedicin samt hålla förankringen fast i primärvården under kliniktjänstgöringen. FV-läkaren får själv föreslå sin handledare. Det blir ofta den distriktsläkare som redan varit handledare under AT-tiden.

Balintgruppen

I Balintgruppen tränar vi ytterligare dessa färdigheter. Där tas allmänläkarens viktigaste problem upp och bearbetas – omnipotenskonflikten, den aktiva lyssnandets svåra konst, svårigheterna och möjligheterna att använda sig själv och sina känslor i den terapeutiska processen. Där blir besvärliga patienter till intressanta människor och doktors personlighet förändras i en liten men väsentlig grad.

På FV-läkarnas eget initiativ startade för två år sedan en FV-Balintgrupp. Alla FV-läkare erbjuds ingå och 6–8 av dem har deltagit vid sittningarna. Deltagarfrekvensen är något lägre än i Balintgrupper med färdiga allmänläkare. Som gruppleddare fungerade till en början en psykiater och en allmänläkare tillsammans. Allmänläkaren (EJ) leder numera gruppen på egen hand.

Att en allmänläkare är ledare i en FV-grupp anser jag vara oerhört viktigt för de blivande allmänläkarnas identifikationsprocess. Gruppen har under sina två år utvecklats från ett andningshål med mångskiftande diskussionsämnen till en "riktig" Balintgrupp. Detta tror jag var en nödvändig process.

Samhörigheten

För att ge styrka, att kämpa för allmänmedicin i en misstrogen och ofta fientligt inställd sjukvårdsorganisation, krävs samarbete. Vi behöver ge varandra argument och stötta den som ser ut att svikta.

År 1984 bildade FV-läkarna i Malmö BALM, dvs Blivande Allmänläkare i Malmö, med BAL-gruppen i Falun-Borlänge som inspirationskälla. Gruppen har med god deltagarfrekvens träffats på kombinerad lunch- och arbetstid under alla åren. Under långa perioder har några "eldsjälar" hållit ramarna fasta och varit inspiratörer. Gruppen har varit forum för missnöjesyttringar vad beträffar tjänstgöringsinnehåll och arbetsbelastning. Man har också tagit initiativ till studiebesök och utbildningsaktiviteter, genomfört en enkät om handledarläget och agerat gentemot sjukvårdsförvaltningen i viktiga frågor. Gruppen har varit en referensgrupp i distriktsläkarnas arbete med att utforma checklistor över innehållet i samtliga tjänstgöringsavsnitt. Gruppen arbetar nu med uppföljning av hur checklistorna efterlevs i praktiken.

Framför allt har gruppen gett FV-

läkarna en identitet och självkänsla. Den har också gett dem respekt i distriktsläkargruppen och bland sjukhuskollegorna. FV-läkarna själva är en viktig resurs i arbetet för en förbättrad specialistutbildning – det får vi inte glömma!

Målet

Att utveckla allmänmedicin till hälso- och sjukvårdens breda trygga stam varur de 60 subspecialiteterna förgrenar sig är vårt gemensamma mål. Vi strävar nu också mot att allmänmedicinens innehåll skall bli väldefinierat och accepterat av alla dess medarbetare. Kärnan i allmänmedicin – den långvariga och nära relationen mellan doktor och patient – är där det centrala.

Praktiskt har vi med Socialstyrelsens målbeskrivning för specialistutbildningen i allmänmedicin som utgångspunkt arbetat fram checklistor för alla tjänstgöringsavsnitt. Arbetet med dessa listor har gjorts i samarbete mellan enskilda distriktsläkare och klinikrepresentanter med BALM-gruppen som referensgrupp. På samma sätt som i ett vårdprogramarbete har processen fram till det färdiga dokumentet varit väsentligare än själva slutprodukten.

När representanter för allmänmedicin definierar innehåll, formulerar mål och ställer krav både på sig själva

och sjukhuskollegor, då vinner vi respekt! Det näst väsentligaste arbetet pågår nu i BALM-gruppen, dvs uppföljningen och utvärderingen.

Tiden

Ett av allmänläkarens viktigaste instrument är tidsförloppet. Ingen blir specialist på sitt distrikt eller på sina patienter vid tidpunkten för specialistexamen, hur välutbildad eller ambitiös man än är. Självklart tar det många år. Det måste alltså få ta tid för den blivande specialisten att lära sig behärska sitt kunskaps- och verksamhetsområde utan att bli frustrerad.

Med den rudimentära primärvård som fanns i Malmö när jag specialistutbildades, fanns naturligtvis varken medel eller mål för utbildningen. I dag, när vi i vissa distrikt snart har en distriktsläkare per 2500 invånare och en mångfacetterad verksamhet, kan vi erbjuda ett bra innehåll i tjänstgöringen, god handledning och inspirerande framtidsutsikter. De FV-läkare som utbildas i Malmö i dag har goda förutsättningar att fortsätta som distriktsläkare i samma distrikt och på så sätt snabbare växa in i allmänläkarrollen.

Författarpresentation

Elisabeth Jaenson är distriktsläkare vid vårdcentralen Granen och distriktsöverläkare i nordöstra primärvårdsdistriktet i Malmö.

1306471

Handledning i Medelpad Struktur – process

YLVA JOHANSSON

I Medelpads sjukvårdsområde finns 17 vårdcentraler, ett antal perifera sjukhem och ett länslasarett. Inom ämnet allmänmedicin har vi sju FV-block och sju AT-läkartjänster i primärvården och det gör, när alla block är tillsatta, uppåt ett 40-tal underläkare.

Sedan ett år tillbaka har vi ett nytt utbildningsprogram för AT/FV i allmänmedicin. Utbildningsprogrammet ser i stora drag ut så här:

Allra först får AT-läkarna auskultera en vecka på sjukhuskliniker som inte ingår i AT-blocket, men som är vanliga remissinstanser för primärvården.

Därefter kommer en veckas introduktion på vårdcentralen, då underläkaren får en personlig handledare (tutor) som är en erfaren distriktsläkare, i många fall med handledarutbildning. Tillsammans planerar man tjänstgöringen utifrån ett detaljerat utbildningsprogram och avsätter mycket tid till auskultation och handledning varje dag.

Under hela tjänstgöringen har underläkaren sedan schemalagd handledning en timme i veckan. Strävan är att en AT-läkare inte skall ha mer än



Ylva Johansson

13 patienter dagligen och en FV-läkare inte mer än 15.

AT/FV-läkarna har också gemensamma utbildningsaktiviteter, som gör att de är borta från vårdcentralen ungefär en halv dag i veckan. Den tiden får de bland annat göra studiebesök hos myndigheter och instanser, som är naturliga samarbetsparter för primärvården och också delta i den ordinarie fortbildningen för alla distriktsläkare i Medelpad. Varje termin anordnas 1–2 seminariedagar för AT/FV gemensamt runt ämnen som känns angelägna. Då är också tid avsatt för intern diskussion av utbildningsfrågor.

Alla AT/FV erbjuds att delta i en

liten grupp av kollegor, som kommit ifrån långt i sin utbildning. Just nu pågår en AT-grupp, som träffas en dubbeltimme var tredje vecka under sex månader. Det finns fyra FV-grupper. De är slutna och man har gjort kontrakt att träffas var tredje vecka under i första hand ett år.

Smågrupperna leds av erfarna distriktsläkare, som själva gått två år i Balintgrupp. Denna ledningsgrupp kallas för LAST-gruppen (Ledning för AT och ST). LAST-gruppen träffas i sin tur en dubbeltimme varannan vecka under tre terminer för "handledning på handledning" med en van gruppleddare. Under sista året har fyra seminariedagar runt handledning anordnats för distriktsläkare från de flesta vårdcentralerna i Medelpad.

Det som nu fungerar i Medelpad och som jag ovan beskrivit, har växt fram under ungefär två års tid. Det kan kanske vara på sin plats att skriva något om hur de olika grupperna tillkommit.

Hösten 1987 fick jag i uppdrag att som studierektor för AT och FV i allmänmedicin utarbeta ett utbildningsprogram. Det stod ganska tidigt klart för mig att det inte var möjligt att göra detta ensam.

Eftersom jag tidigare hade deltagit i Balintgrupp, blev det naturligt för mig att samlas kollegor med samma erfarenhet och bilda en grupp med uppgift att i första hand skaffa utbildning och erfarenhet av handledning. Min idé var att denna grupp, efter något års studier, skulle kunna ta på sig ansvaret att i sin tur leda grupper med AT och FV. Det visade sig att medlemmarna i gruppen var beredda att ta detta ansvar mycket tidigare än jag väntat mig.

När vi vårterminen 1988 startade vår handledargrupp under erfaren ledning, visade det sig ganska snart, att vi alla fick behov av att jämsides med våra teoretiska studier också praktiskt arbeta med grupper. Därför erbjöd vi redan höstterminen 1988 AT- och FV-läkare att gå i smågrupp. Under denna hösttermin och påföljande vårtermin fick vi i LAST-gruppen handledning på vår handledning. Vi träffades varannan vecka och fick under två timmar möjlighet att dels arbeta med vårt eget sätt att leda grupp, dels fördjupa oss i teorier kring grupp och grupprocess.

LAST-gruppen har också haft möjlighet att göra ett besök i Oxford och Manchester för att studera engelsk "vocational training". Besöket inspirerade oss att fortsätta enligt de riktlinjer som vi redan dragit upp.

Fyra av oss i LAST-gruppen har ansvar för varsin FV-grupp med 4-6 deltagare. Två har ansvar för AT-grupp med sju deltagare. I grupperna avhandlas frågeställningar som är specifika för allmänmedicin som specialitet. Hindren för underläkarna att delta i gruppen finns i arbetssituationen på sjukhusklinikerna. Hjälpen att

komma till gruppen och delta finns i underläkarnas intresse för sitt arbete, deras nyfikenhet och önskan att lära, och i sjukhusledningens stöd.

Vi fortsätter vårt arbete i LAST-gruppen fram till julen -89. I skrivande stund är vi mitt uppe i verksamheten, och har därför inte tillräcklig distans för att utvärdera det arbete vi gör. Jag kan bara konstatera att gruppen träffas och arbetar och att de underläkar-grupper vi har ansvar för också arbetar. Min avsikt är att i februari 1990 anordna ett riksmöte för handledare. Jag hoppas då att i Sundsvall få träffa många kollegor med erfarenhet av handledarutbildningar och att vi kan dela dessa erfarenheter och diskutera hur handledning för blivande allmänläkare bör utformas.

I min tidiga planering stod det ganska klart för mig, att LAST-gruppen skulle komma att bli viktig för att bygga upp en grupphandledarkompetens, men också för att ta sig an det teoretiska arbetet att formulera praktiska krav på den nya ST-utbildningen.

LAST-gruppen skulle dock stå sig slätt, om den inte hade en både kollegial och teoretisk kommunikation med den stora gruppen handledare ute på våra vårdcentraler, de som i första hand skall stå för tutorskapet när det gäller underläkarna.

För att få möjligheter till ett sådant utbyte genomfördes under verksamhetsåret 1988-89 fyra heldagsseminarier, till vilka inbjöds distriktsläkare från varje vårdcentral. De ämnen som behandlades var: konsultationen,

handledningsteori, problemlösningsförmåga och gruppdynamik.

Till dagarna hade inbjudits föreläsare med mycket god kompetens. Dagarna innehöll såväl teori som praktiska övningar och diskussioner. Vi avser att fortsätta med studiedagar för handledare och då ta vara på erfarenheter från första året och mer vinkla innehållet mot praktiska, konkreta frågor.

Till hjälp i dialogen mellan mig och övriga handledare har vi en enkät som underläkarna besvarar efter fullgjord tjänstgöring på vårdcentralen.

Som studierektor ska jag få egen budget för mina åtta veckotimmar, för handledarträffar och för seminariedagar för AT/FV-läkarna. Jag har nära samarbete med primärvårdschefen och sjukhusdirektören.

I Medelpad har vi ett mycket fint samarbete mellan primärvården och sjukhuset. I mitt arbete som studierektor har jag gått ytterligare ett steg i denna riktning genom att skaffa mig en kontaktperson vid varje klinik, där våra FV-läkare randutbildar sig. Till sammans med dessa kollegor, som är intresserade av utbildningsfrågor, kan jag förhoppningsvis förbättra de blivande allmänläkarnas handledning också på sjukhuset. På sikt hoppas vi att vårt försök skall vara en väg att gå för att garantera att den nya ST-utbildningens mål uppnås.

Författarpresentation

Ylva Johansson är distriktsläkare vid Skönsbergs vårdcentral i Sundsvall och studierektor för primärvården i Medelpad.

Allmänmedicin i Stockholm

LBO 6472

LENA KARLBERG

1981 bildades fem så kallade FV-råd i Stockholm; ett FV-råd för varje dåvarande sjukvårdsområde. Varje FV-råd bestod av fyra utbildningsintresserade distriktsläkare. Målet var att ge FV-läkarna en så gedigen utbildning som möjligt. För att uppnå detta ansågs det absolut nödvändigt, att varje FV-läkare skulle få en personlig handledare, som skulle följa dem genom hela utbildningen. Även under kliniktjänstgöringarna skulle denna handledare finnas till hands vid behov per telefon eller för personligt möte.

FV-rådets första uppgift blev sålunda att utbilda handledare. Hösten 1981 ägde den första handledarkursen rum och sedan dess har 1-2 handledarkurser ägt rum per år med omkring 25 deltagare per kurs. Kursen har inneburit 3-5 internatdagar + 1-2 uppföljningsdagar. Dessa handledarkurser har täckt alla fem sjukvårdsområdena i Stockholm, för att utbildningen skulle bli så enhetlig som möjligt.

I dagens läge har sålunda ett stort antal distriktsläkare gått handledarkurs. I praktiken gäller dock att en del



Lena Karlberg

har flyttat och nya tillkommer regelbundet. Behovet är således ännu inte mättat.

Det visade sig emellertid snart, att en handledarkurs gör ingen handledare. Det behövdes påbyggnad och sedan tre år tillbaka pågår i nordvästra sjukvårdsområdet fortbildning i handledning tre gånger per termin à två timmar. Sista året har denna fortbildning använt sig av videokamera för



Zestril ges alltid en gång om dagen, både vid hypertoni och hjärtsvikt.



Zestril är enkelt att använda både för läkare och patient.



Zestril ger ytterligare möjligheter till individanpassad behandling.



Zestril är ett utmärkt alternativ vid samtidig diabetes mellitus.



Zestril kan direkt ersätta annan ACE-hämmare.



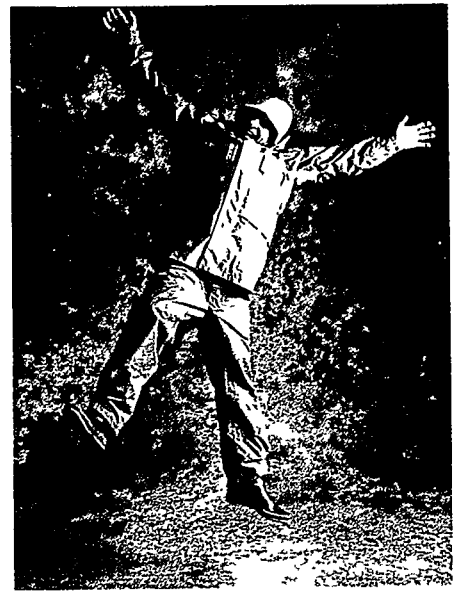
Zestril ökar den fysiska prestationsförmågan vid hjärtsvikt.



Zestril sänker blodtrycket lika effektivt hos äldre som yngre.



Zestril är direkt aktiv och behöver inte metaboliseras i levern.



Zestril ger gynnsamma hemodynamiska effekter vid hjärtsvikt.



Zestril kan användas vid alla former av mild till svår hypertoni.



Zestril påverkar inte den fysiska prestationsförmågan.



Ökad effekt vid kombination med betablockerare eller diuretika.

SÄNK BLODTRYCKET, BEVARA LIVSGLÄDJEN

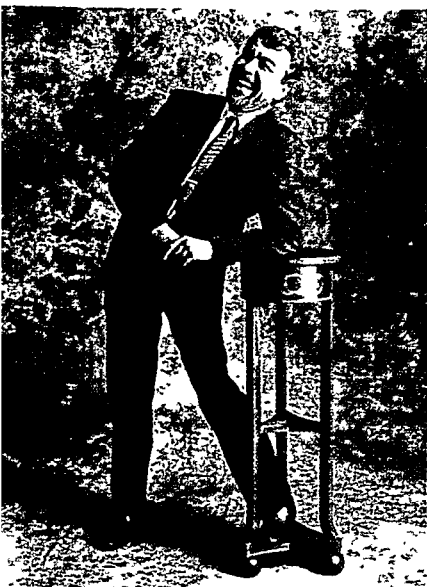
Zestril® (lisinopril*) är den nya ACE-hämmaren som marknadsförs av ICI-Pharma. Den verksamma substansen är en vidareutveckling av de båda tidigare ACE-hämmarna på den svenska marknaden, captopril och enalapril.

Zestril har tilltalande farmakokinetik och är ett lämpligt alternativ vid behandling av både hypertoni och hjärtsvikt.

*ACE hämmare, tabl 5, 10, 20 mg

ZESTRIL
FÖR LIFE Lisinopril

Hypertoni: Zestril kan användas då behandling med betablockerare eller diuretika ej givit adekvat effekt eller är olämplig. Hjärtinsufficiens: Zestril kan ges som tillägg då behandling med diuretika och eventuellt digitalis ej givit adekvat effekt.



Går att byta direkt från annan ACE-hämmare.



Ingen negativ inverkan på serumlipider.



Ökad genomblödning av perifera kärl.

lika slag av rollspel, som skall spegla samtal mellan handledare och AT/FV-läkare.

Förutom en personlig handledare ville FV-råden kunna erbjuda FV-läkarna regelbunden seminarieundervisning. Till att börja med hölls dessa seminarier gemensamt för AT/FV-läkare, men sedan tre år tillbaka är de uppdelade så att FV-läkarna har egna seminarier en eftermiddag varannan vecka. Seminarierna är dels baserade på egna patientfall, dels på för ämnet allmänmedicin väsentliga ämnesområden. Som exempel kan nämnas undersökning av rygg/nacke, prevention av hjärt-/kärlsjukdomar, lagar och förordningar, tystnadsplikt, omhändertagande av diabetes- och hypertoni-patienter, workshop angina pectoris.

För att en handledning skall bli riktigt bra fordras dels en intresserad handledare (alla distriktsläkare kan gi-

vetvis inte förväntas vara detta), dels ett allmänt positivt klimat i vårdlaget när det gäller utbildning/fortbildning. Det har därför visat sig väl värt mödan att informera all personal om läkarutbildningen (många sjuksköterskor visste inte skillnad på AT- och FV-läkare, och förstod inte att dessa underläkare höll på med sin utbildning) och även att bjuda på sig själv när det gäller internutbildning av övrig personal.

På de vårdcentraler där detta har fungerat bra och där handledaren upplevt egen stimulans av handledningen har resultatet blivit mycket bra.

I Stockholm med sina stora sjukhus har det svåraste problemet varit (och är fortfarande, även om en viss ljusning kan skönjas) att upparbeta ett gott och förtroendefullt samarbete med klinikerna. FV-läkarna som befinner sig på klinik samlas en gång per

termin till en sen eftermiddag + kväll för diskussion om sin situation. Samtidigt ges en föreläsning som har sin tyngdpunkt inom det allmänmedicinska området. Detta har varit mycket uppskattade träffar, inte minst tack vare tillfället att träffa FV-läkarkollektor och utbyta erfarenheter av klinik-tjänstgöringen.

Framtidsdrömmen är väl att ha möjlighet att placera FV-läkarna på sådana vårdcentraler, där man vet att det dels finns tillgång till en skicklig och intresserad handledare, dels föreligger en utbildningsanda som främjar kunskapsinhämtning och stimulerar idéutveckling.

Författarpresentation

Lena Karlberg är distriktsöverläkare vid utvecklingsenheten i Sollentuna primärvårdsområde.

Piteå – blivande distriktsläkares Klondike?

INGEMAR L NILSSON

En oas i Norrbotten?

I DLF:s och Läkarförbundets FRAM-ÅT-utredning visades att rutinerade allmänläkare är en bristvara i detta land. Glesbygd, skogs- och norrlandslän är värst utsatta. Piteå ligger i Norrbotten, hundra mil från Stockholm, med närmaste större ort 25 mil bort. Trots detta är hela kustbandet täckt med rutinerade, fast anställda allmänläkare med upptag på knappt 2000 personer per doktor.

Vi spar på dom vi har

Vi har sedan 1977 tillstätt 32 av 36 (90%!) allmänläkarblock. Av dessa 32 personer finns 24 kvar inom distriktet som allmänläkare eller blivande sådana. Förvaltningen, med flera idoga rekryterare i spetsen, är och har alltid varit mycket flexibel vid uppläggning av utbildningsblocken.

Studierektorat på riktigt

Jag har haft förmånen att få arbeta som samordnare och huvudhandledare bland alla AT- och FV-läkare. Mitt uppdrag styrs utifrån en befattningsbeskrivning, som innebär att jag har bra möjligheter att i praktiken (och inte bara i teorin) arbeta snabbt och flexibelt med uppdraget. Konkret sägs där att jag arbetar direkt under sjukhusdirektören. Jag har eget budgetanslag och alla pengar till AT- och FV-tjänster finns primärt i en "pott för underläkare under utbildning". Pengar till utbildningstjänsterna är alltså "örönmärkta" och utnyttjas i första hand till dessa.

Konkret handledning

Alla blivande allmänläkare har en personlig handledare. Dessa träffar sina FV-läkare schemalagt minst en timme



i veckan. Samtliga handledare har gått handledarutbildning (visserligen kort, men bra) och under "randtjänstgöringarna" träffas kombatanterna en dag per månad. Detta kompletteras med löpande diskussions- och seminarieverksamhet runt angelägna teman.

Kamp mot inavel

Inavelsrisken bekämpas medelst frikostigt tilltagna medel för kongressbesök, utbildningsaktiviteter och studieresor inom Norden. Vi har bl a ordnat studieresor för våra AT-läkare till Island och Danmark. Våra blivande allmänläkare reste i grupp till Danmark våren 1989. Allt för att öka Vi-känslan och tillhörigheten! Att lämna Piteåförvaltningen skall svida i skinnet och i själen. Vi vet att vi behöver ambassadörer. Annars töms våra fyndigheter lika snabbt som de i Klondike.

Författarpresentation

Ingemar L Nilsson är distriktsläkare på vårdcentralen i Öjebyn och studierektor för primärvården i Piteå.

Handledning av FV-läkare – lägesrapport Luleå

MATTIAS THURFJELL

Bakgrund

Redan 1981 medverkade Ulf Måwe, chefsläkare och huvudhandledare, till att direktionen i Luleå – Boden fattade beslut om att FV-läkare i allmänmedicin skulle tilldelas en personlig handledare. Dessutom skulle 8 tim/mån under slutenvårdsdelen av blocket anslås till primärvårdsarbete.

1982 genomfördes den första handledarutbildningen för distriktsläkare i Norrbotten. Den sjätte kursen gavs höstterminen -89, vilket innebär att mer än hälften av länets distriktsläkare har fått en grundläggande handledarutbildning.

Dessa åtgärder har gett resultat!

Av 34 FV-läkare på block under de senaste 10 åren, har 4 flyttat, 6 finns i staden inom slutenvård/företagshälsövård och övriga 24 arbetar som distriktsläkare/FV-läkare i allmänmedicin.



Nuläget

Jag har haft uppdraget som studierektor i primärvården i Luleå i drygt 2 år. Som jag ser det, har jag just nu två huvuduppgifter:

A. Ramen:

Underläkaren måste garanteras en ram inom vilken utbildning och handledning kan ske. En rimlig arbetsmiljö, ett överbelastningsskydd måste finnas. I ett principprogram skall en god balans finnas mellan direkt och indirekt patientarbete. I det sistnämnda räknar jag auskultation hos handledaren och andra, studier, handledning, utbildningsaktiviteter etc. Denna tid bör utgöra upp mot 40% av arbetsveckan. Genomförande av programmet förbättras ständigt genom upprepade kontakter med ansvariga vårdcentralchefer och avdelningsföreståndare.

B. Innehållet:

FV-läkarens utbildning har sin grund i patientarbetet. Den *individuella handledningen* är av stor betydelse, men inte alltid helt lätt att fylla med relevant innehåll. *Bättre målformulering* kan ge fastare innehåll i handledningen liksom *regelbunden fortbildning* för handledare. *Handledning i grupp* med fokus på patient-läkarrelationen har vi prövat några år med goda resultat.

Regelbundna primärvårdsanknutna *seminarier* under hela blocket stärker kunskaperna och identiteten i allmänmedicin.

Utöver dessa uppgifter tror jag att vi själva måste arrangera egna kurser i exempelvis samtalskonst/professionell hållning, ledarskap, samarbete, medicinsk etik, problembaserad inläring, konsten att ta hand om sig själv, ortopedisk medicin, hälsoekonomi, preventivt arbete etc.

Den uppgift som trots allt känns angelägnast just idag gäller AT-läkarna. Vi rekryterar för få till vår specialitet. Min tro är att det beror på, att vi inte visar AT-läkarna vad ämnet och arbetet innehåller. För att visa det, måste vi visa upp *oss själva* i arbete. Vi måste vara generösa med tid till AT-läkaren för auskultation och handledning. Tids nog hinner de utföra den myckenhet av patientarbete vi så gärna lägger på dem. Det kan bero på Dig och Din handledarinsats om underläkaren väljer allmänmedicinen som specialitet. Kräv egen handledarutbildning och utrymme för handledning!

Författarpresentation

Mattias Thurffjell är distriktsläkare vid Örnässets vårdcentral i Luleå och studierektor för primärvården i Luleå.

Empati och läkekonst

LB 08797

Några intryck från Balint-kongressen i Stockholm

HANS HALLBERG · ELISABETH JAENSON

Den sjunde internationella Balintkonferensen var förlagd till Stockholm (Karolinska institutet) under tre minnesvärda dagar, 7-9 augusti 1989. Konferensens måtto var: "Hur uppstår läkar-patientrelationen?"

Organisationskommittéen var brett sammansatt med tyngdpunkten bland allmänläkare (Anna-Karin Furhoff, Lena Karlberg, Conny Svensson och Ylva Tomson) men även från gynekologi (Helga Sjöström), psykiatri (Olof Larsson) och psykoanalys (Anita Häggmark, Gregor Katz).

Konferensen samlade 160 deltagare från 4 kontinenter. Närmare hälften kom från Sverige och majoriteten av de övriga från Finland, England, Västtyskland, Frankrike samt Schweiz. Totalt var 18 länder representerade. De utomeuropeiska deltagarna kom från USA, Kanada, Sydafrika och Australien. Kongressspråken var engelska, tyska och franska. Simultantolkningen fungerade utomordentligt med undantag av enstaka problem i samband med storgrupperna.

Konferensen hade tre huvudsessioner för hela auditoriet under förmiddagarna. Dessa tre huvudämnen var: "Sympati-empati, dess betydelse för läkar-patientrelationen och i Balintarbetet", "Ordinationens betydelse i patient-läkarrelationen" och "Den vardagliga situationen för patienten, läkaren och Balintgruppen i olika länder".



Dr Levenstein, Sydafrika, i talarstolen.

Storgrupper och smågrupper

Eftermiddagarna ägnades åt två parallella storgrupper vilka hölls på respektive kongresspråk. I dessa storgrupper arbetade man "on stage" som i en vanlig Balintgrupp. Deltagarna - med olika språklig och professionell bakgrund - diskuterade en patienthistoria, som någon i gruppen först presenterat. Mot slutet av sessionen fick auditoriet komma in med synpunkter såväl på fallbeskrivningen som på gruppens sätt att arbeta.

De sista eftermiddagstimmarna användes till Balintarbete i smågrupper om cirka tio deltagare samt en (eller två) handledare. I motsats till storgrupperna som hade spontan anslutning var smågrupperna slutna.

Empatibegreppet

Ulla Holm, fil.dr och psykolog, inledningstalade över empatibegreppets teoretiska aspekter. Empati innebär att kunna uppfatta och förstå en annan människas känslor, och använda denna insikt för diagnostik, omvårdnad och behandling. Empati är skilt från sympati. Ibland kan ett empatiskt förhållningssätt innebära att sätta distinkta gränser i läkar-patientrelationen. När doktorn är empatisk ökar patientens compliance. Däremot finns ingen korrelation mellan tiden för konsultationen och läkarens empatiska förmåga. När läkare säger att de saknar tid för empati saknar deras uttalande således grund.

Vilka mekanismer är då involverade i den empatiska processen? Hur kan en annan persons känslor egentligen kommuniceras?

Viktigt är perceptionsförmågan. Både verbala och icke-verbala signaler är betydelsefulla för att tolka patientens bakomliggande känslor. Vidare kan egna erfarenheter användas som referens. Genom att erinra sig sina egna känslor i likartade situationer kan man lättare förstå patientens. Ulla Holm berättade att den empatiska förmågan tycks öka med stigande ålder och ökad erfarenhet. En ytterligare mekanism som är involverad i den empatiska processen är att använda sig av andra människors erfarenheter - från andra patientkontakter eller upplevelser av film, teater och från skönlitteratur.

Även affektiva (känslomässiga) mekanismer är nödvändiga i den empatiska

ska processen. De egna emotionella resurserna måste hela tiden samspela med den intellektuella förståelsen (kognitiva mekanismer). Växelspelet äger rum på en omedveten eller förmedveten nivå medan däremot slutprodukten – den empatiska förståelsen – är medveten. Balansen mellan intellektuella och affektiva komponenter är mycket viktig. Om den känslomässiga inlevelsen tar överhanden överidentifierar sig läkare med patienten och minskar därmed sina möjligheter till effektiv hjälp.

Att lyssna med magen

Viktigt är att kunna lyssna på patienten med "magen" och inte bara med hjärnan. Vi imiterar alltid automatiskt och omedvetet andra människors känslomässiga uttryck ("känslor smittar"). Den så kallade affektiva resonans som då uppstår kan – om uppmärksammas och medvetandegjord – användas i läkar-patientrelationen och behöver ej förnekas som en irrelevant störning i den intellektuella diagnostiska processen.

Ett annat centralt begrepp i empati-sammanhang är projektiv identifikation. Innebörden är att vi gör oss av med omedvetna icke tillåtna känslor och impulser genom att överföra dem på en annan person. Så tex kan den patient som i grunden känner sig hjälplös, beroende och utlämnad vid ett läkarbesök uppleva dessa känslor som hotfulla och oacceptabla och genom sitt beteende få distriktsläkaren att själv känna sig vanmäktig. En sådan patient kan åstadkomma detta genom att till exempel avvisa alla råd, ordinationer och behandlingsförslag på ett mer eller mindre subtilt sätt.

För att på ett konstruktivt sätt som läkare kunna hantera dessa svåra situationer är det nödvändigt att förstå att dessa känslor omedvetet förs över från patienten just därför att de är så djupt intolerabla. Balintgruppen och/eller en bra handledare är här centralt för att få hjälp att sortera ut de olika känslor som är inblandade i denna interaktion. Detta kräver också affekt-tolerans, det vill säga förmågan att kunna leva med egna starka känslomässiga upplevelser utan att överväldigas av ängslan eller behov av att borttränga känslorna. Detta har också samband med förmågan att utveckla en "containing function" i förhållande till patienten. Genom att orka tolerera och hårbärgera patientens starka och svåra känslor och erfarenheter förmedlar läkaren trygghet och ger relationen stabilitet.

Hinder för empati

Ulla Holm avslutade med att nämna några av hindren för empatiprocessen. En del av dessa har att göra med svagheter i läkarens egen identitetsutveckling. Hjälpen här torde handla om egen psykoterapi i första hand. En annan typ av hinder rör omedvetna kon-

flikter som aktiverar rigida psykiska försvarsmekanismer. I detta sammanhang handlar det om patienter vars sätt att vara berör våra egna blinda fläckar. Så tex kan den aggressionshämmande läkaren få det extra svårt i mötet med en utagerande aggressiv patient. Dessa hinder kan reduceras genom ökad självkänedom och även genom ökad erfarenhet av olika problematiska livssituationer överhuvudtaget. Betydelsefullt är även att i en trygg situation – med handledaren eller i Balintgruppen – få hjälp att uttrycka och medvetandegöra sina "ömma punkter".

Det viktigaste och kanske allvarligaste hindret för att utveckla ett empatiskt förhållningssätt ligger enligt Ulla Holm i själva utbildningen – professionaliseringprocessen. Flera studier har kunnat påvisa hur unga medicinstudenters äkta medkänsla kraftigt minskar under hela läkarutbildningen. Detta är ett parallellfenomen till den minskning av intresset för psykiatri och allmänmedicin som också äger rum under utbildningstiden. I detta sammanhang har naturligtvis förändringar av läkarutbildningen hög prioritet och de försök som nu göres i bland annat Linköping ett mycket stort värde.

Balintarbete över gränserna

Ett starkt intryck gjorde också dr Stanley Levenstein från Sydafrika. Han betonade i sitt föredrag Balintarbetet och Balintideologin som ett medel att synliggöra sambanden mellan politisk repression och symptom-bild hos patienterna men också som ett instrument att diskutera apartheid-systemets konsekvenser på patienterna i Balintgruppen. Dr Levenstein berättade också att en växande andel svarta läkare nu hade börjat engagera sig i Balintgrupper.

Doktor Jacques Frenette från Kanada berättade om drygt tioåriga erfarenheter från Balintgruppsarbete med medicinstuderande som målgrupp. Under en tvåårsperiod träffas gruppen varje vecka. Gruppen har två ledare –



Dr Jacques Frenette, Kanada.

en psykoanalytiker eller psykiater och en allmänläkare med egna erfarenheter av Balintarbete. Båda gruppleddarna rekryteras från sjukhus på annan ort och har alltså ingen vardaglig kontakt med medicinstudenterna mellan gruppmötena. Allmänläkaren är betydelsefull framförallt som positiv rollmodell och referens till studenternas kommande yrkesvardag. Fokus ligger på att utveckla studenternas professionella jag och aktiviteterna i gruppen koncentreras till ett ökat förstående av läkar-patientrelationen. Utvärdering har visat goda resultat, speciellt för de studenter som väljer allmänläkarbanan. För de som har inriktning mot medicinsk eller kirurgisk specialitet är intresset mera begränsat.



Dr Jack Norell, England.

Utanför skolmedicinens inhägnad och de professionella reviren blomstrade under kongressen kreativitet i deltagarnas samtal över kulturella och språkliga gränser. Påfallande var den öppenhet och generositet som kom till uttryck i såväl de stora som de små gruppernas arbeten och den varma atmosfären kollegor emellan. Detta sammanfattades väl av dr Jack Norell, en av förgrundsgestalterna, då han i sitt avslutningsanförande tolkade sina upplevelser av denna konferens som "The jolliest conference I have ever been to". Många kunde nog uppleva hur Balints berömda ord beträffande syftet med grupparbetet att åstadkomma "a limited though considerable change in the doctor's personality" kunde uppnås i gemenskapen under dessa dagar där gränserna mellan det privata, personliga och professionella snabbt blev ointressanta.

Glädjande nog börjar Balinttänkandet nu sprida sig även till andra yrkesgrupper än allmänläkarens och flera andra specialiteter fanns representerade på konferensen. Speciella sätt att arbeta med utgångspunkt från Balinttänkande redovisades också, så till exempel från Frankrike där psykodrama används som uttrycksform.

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



Svenska deltagare i pausdiskussion (Olle Hellström, Elisabeth Jaenson och Charlotte Hedberg).

I flera länder har man formella utbildningar för att bli legitimerad som Balinthandledare. I Sverige har man dock önskat hålla sig mera flexibel och ej velat låsa de formella kraven. Ett

stort problem är dock tillgången på kompetenta och intresserade handledare. Allmänläkarna måste här ta ett betydligt större ansvar och även psykiatrin är betydelsefull för korsbefrukt-

ning resulterande i önskad avkomma.

På plats under konferensen fanns också entusiastiska jugoslaviska Balintdelegater som kraftfullt försökte rekrytera besökare till nästa Balintkongress som går av stapeln i Zagreb sommaren 1993. Den har det spännande huvudtemat: Interpersonella relationer och konflikter. För den som önskar utveckla sin läkekonst, och ej är rädd för en "begränsad men avsevärd förändring av sin personlighet" rekommenderas ett Zagreb-besök varmt.

Föfattarepresentation

Hans Hallberg är distriktsläkare vid Vårdcentralen Norslund i Falun samt chef för Utvecklingsenheten i primärvård, Kopparbergs läns landsting.

Postadress: Kopparvägen 29F, 791 42 Falun.

Elisabeth Jaenson är distriktsläkare vid distriktsläkarmottagningen Granen i Malmö och distriktsöverläkare i Nordöstra distriktet i Malmö.

Postadress: Grangatan 11, 212 14 Malmö.

Referat från konferens om kvinnliga läkares villkor

MALIN ANDRÉ

En novemberdag samlades 200 deltagare i Stockholm för att höra om kvinnliga läkares villkor. Delegationen för jämställdhetsforskning och forskningsrådsnämnden stod som arrangörer.

I dag är vi 8000 kvinnliga läkare i Sverige och utgör en tredjedel av läkarkåren. Vi är ungefär 40% av allmänläkarna. Andelen kvinnliga läkare ökar. Bland medicine studerande är hälften kvinnor.

Det finns många tecken på att kvinnliga läkare mår dåligt. Jan Beskow, psykiater i Göteborg, berättade om en svensk undersökning som visade att frekvensen självmord var sex gånger högre bland kvinnliga läkare än för befolkningen i övrigt.

Kvinnor når inte lika långt som manliga kollegor i karriärstegen. Kerstin Uvnäs-Moberg, forskare på Karolinska institutet, visade att andelen kvinnliga doktorander på Karolinska institutet i Stockholm är 25-30%, andelen docenter 15% och kvinnliga professorer 3%. Styrelsen för Svenska Läkarförbundets överläkarsförening består enbart av män.

De kvinnliga läkarnas lön är i genomsnitt 1 200 kronor lägre per månad än männens påpekade Kia Karlman från Läkarförbundets jämställdhetsgrupp. Dessa fakta förklaras till viss del av att kvinnorna relativt nyligen kommit in i läkarkåren men är alls inte hela förklaringen.

Varför är det så här?

Utbildning

De kvinnliga läkarna tvingas anpassa sig till ett arbetsliv som utformats av män. Detta sker redan under medicinutbildningen. Enligt konsult Barbro Dahlbom-Hall, Stockholm, är utbildningen den destruktiva personlighetsnedbrytande kraft som gör att kvinnliga läkare förlorat förmågan att arbeta för annat än patienter. Där lärs vi in i en manlig kunskapstradition.

Gunilla Carlstedt, läkare i Stockholm, gav exempel. Hon citerade våra läroböcker. I Brodys bok "Obstetrik och Gynekologi" (1987), beskrivs typpatienten med psykosomatiska symptom som "den överambitiösa men samtidigt ambivalenta kvinnan. Hon är ofta en kampnatur: seg, energisk, framgångsrik karriärkvinna. Där kan förekomma en inte alltid väl dold tagg mot män i allmänhet och mot maken i synnerhet och en önskan att vilja konkurrera och överglänsa. Menstruationen upplevs stundom som något besvärande... En emotionell konfliktsituation banar väg för sådana symptom som dysmenorré, psykogen fluor, dyspareuni, frigiditet, premenstuell spänning och sterilitet, eller vid inträdd graviditet besvär av typen hyperemesis gravidarum". Muskelsmärter efter en lång arbetsdag kallas fibromyalgi. I Folkhälsorapporten undviker man alldeles att tala om ett stort problem som kvinnomisshandel. Om vi anpassar oss till manliga normer och ser oss själva som medicinska undantag kommer vi i

vår läkarroll att förmedla förakt gentemot de kvinnliga patienterna, samtidigt som vi får goda relationer till de manliga kollegorna, menade Carlstedt.

Kvinnors språk

Också vad som värderas som kunskap har normerats av män. Ingela Josefsson, forskare på Arbetslivscentrum, föreläste om detta och menade att vi kan särskilja dels påståendekunskap och dels förtrogenhetskunskap. Förtrogenhetskunskap kräver tid till reflektion och låter sig ej beskrivas i vetenskapligt språk. Kvinnorna i sjukvården har länge varit utestängda från vetenskapen och därför varit bärare framförallt av förtrogenhetskunskap.

Kvinnor och män använder språket på olika sätt. Män är mer opersonliga och kvinnor mer personliga. Män konstaterar och kvinnor frågar sig. Den skilda språkanvändningen gör att kvinnorna har svårt att bli tagna på allvar i manliga grupper, påpekade Gerd Engman, statssekreterare i Civildepartementet.

Sjukhussamhället

Sjukhusvärlden dit vi kommer efter utbildning är ett minisamhälle, där den sociala ordningen är påfallande med rangordning efter kön och sociala skikt. Om detta berättade Gerd Lindgren, sociolog Umeå. Inom varje yrkesgrupp finns social och kulturell likhet. I Umeå kommer sjukvårdsbiträ-

LB0 6475

den från småbruk i inlandet, de ställer upp när det behövs, är solidariska sinsemellan, moderliga och underordnande. Sjuksköteterskegruppen präglas av helt annan turbulens. De saknar en gemensam kultur. De utgör en heterogen grupp rekryterade från mellanskikten utan gemensamt förhållningssätt till arbete – kvinnor – män – läkare. Gentemot den gruppen lönar sig en "söndra och härska" strategi. Den sjuksköterska som representerar det som för läkaren är gynnsamt erhåller makt.

Läkarna rekryteras från överklassen. De samtalar under kafferasten om konst och litteratur. Manliga läkare förenar yrkes- och könsroll. För att klara sig i sin yrkesroll blir den kvinnliga läkaren ett neutrum. Hon neutraliserar sitt kön. Det gör hon genom att inte kommunicera. Rent kroppsligt tar det sig uttryck i att hon vid samtal inte tittar en manlig kollega i ögonen. På det viset skapas en "orelation". Det innebär att den kvinnliga läkaren aldrig kan få bekräftelse på sig själv som person. Denna överlevnadsstrategi kontrasterar skarpt mot kvinnlig strategi i andra mansdominerade yrkesgrupper, till exempel inom verkstadsindustrin, där kvinnor kan använda sin könsroll och bli till exempel "maskot" eller "moder".

I läkarvärlden har män format nätverk för beslut, både formella och informella. Där har kvinnor svårt att hävda sig. Homosocialitet (= social likhet) är en viktig företeelse på elitnivå, konstaterade Gerd Engman.

På Karolinska institutet i Stockholm rekryteras alla styrande organ bland professorerna, där alltså bara 3 procent är kvinnor, berättade Kerstin Uvnäs-Moberg. Anslagsgivande myndigheter dominerar helt av män. De definierar områden som är "inne", dit nya forskartjänster binds. Det är framför allt teknologisk, kemisk-fysisk forskning tex molekylär biologi. Där finns inte några kvinnliga forskare.

Kvinnliga läkare som ledare

Barbro Dahlbom-Hall belyste situationen för kvinnliga läkare som är chefer. Hon menade att den kvinnliga läkaren har tappat sig själv som person – viljan, glädjen och stoltheten. Kvinnliga läkare har anpassat sig omedvetet till en manlig, "grabbig" yrkesroll. Vi har inte bejakat kvinnligheten i läkarrollen. Vi måste integrera könsroll och yrkesroll. Då måste vi också svara på frågan: Vad innebär det för mig att vara kvinnlig läkare? Vad innebär det att det varit viktigt att bli bekräftad av män?

I ledarutveckling krävs processarbete kring begrepp som skuld, bekräftelse, konflikt och kraft. Det är viktigt att hitta strategin för förändring utan att själv gå under. Detta är desto viktigare då de kvinnliga läkarna är utsatta för krav att ändra sjukvården både från manliga kollegor och sjuksköter-

skegruppen. Sjukvården kräver förändring och de kvinnliga läkarna blir symbol för detta.

Vad kan vi göra?

I den efterföljande paneldebatten påbörjades en diskussion om vad vi kan göra. Det är viktigt att skapa en medvetenhet om den kvinnliga läkarens villkor. Det är viktigt att synliggöra dessa och att dela erfarenheten kvinnor emellan. Det behövs forskning och mod. En del i detta arbete är att skapa informella strukturer, nätverksgrupper. Detta är viktigt inte minst som motvikt till överkrav. Vi kan medvetet vara förebilder för yngre kollegor och samtidigt ge dem och oss själva tid att reflektera. Vi behöver lära oss att ta vara på livets faser. Allt behöver inte utföras mellan 25 och 35 års ålder.

Vi behöver en kvinnlig professur som samordnar kvinnlig medicinsk kunskap eller någon form av medicinskt informationscentrum för kvinnofrågor. Det är viktigt att driva

forskning utifrån kvinnliga frågeställningar.

Kvinnorna behöver göra sig hörda i fackligt arbete. Vi måste ändra arbetsmiljön, minska jourbelastningen genom reglerad arbetstid och ställa krav på personlig handledning.

Kanske är det viktigt att det syns utanpå att vi är läkare, att kläderna är markerade så att vi slipper markera vår yrkesroll på andra sätt.

Det här var en väl genomförd dag som sammanfattade och knöt samman kunskaperna om kvinnliga läkares villkor i Sverige i dag.

Nu vet vi mycket. Nu är det dags att använda kunskapen och omsätta den i handling. Då måste vi dela erfarenheterna av det vi gör och berätta för varandra.

Författarpresentation

Malin André, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Högbo, 791 82 Falun.

ETIK INOM FARMACEVTISK YRKESUTÖVNING

Farmacins Dag den 5 maj 1990 i Örebro

Föreläsningar: Värdekollisioner inom farmaceutisk yrkesutövning; Vad är etik och hur har etiken förändrats med tiden?; Lagstiftning, praxis och etik inom läkemedelsforskning och läkemedelshandtering.

Seminarier: Etik inom läkemedelsforskningen; Etik inom marknadsföringen; Etik i apoteksarbetet; Beslutskonflikter vid lansering/indragning av läkemedel.

Medverkande: Graham Dukes (WHO), Torbjörn Tännsjö, Barbro Westerholm, Folke Sjöqvist, Georg Henzel och Margareta Andersson.

Upplysningar: Ytterligare upplysningar erhålles från Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85, telefax 08-20 55 11.

Handledarkurs i västra regionen

Nu har Du chans att söka vår tredje handledarkurs för distriktsläkare i västra regionen!

Inför den beslutade ST-utbildningen är det en nödvändighet att Du ger Dig tid att planera Din vårdcentral utbildningsinsats. Det är nödvändigt för Dig som distriktsläkare och för att vi skall få efterträdare. Så tyckte man vid de föregående kurserna.

Tråkigt? Svårt? Oviktigt? Det tyckte inte de fyrtio som deltagit tidigare. Nej, viktigt, nödvändigt, givande. Man gav kursen betyget 4–5 på en femgradig skala.

Du får bland många andra träffa Gustav Haglund och Gösta Tibblin.

Kursen är förlagd till Aspenäs i Lerum

Under tiden 29–31 augusti och 22–23 november 1990

Sista anmälningssdag 30 april 1990

Anmälan till Anita Adolfsson, Primärvårdskansliet i Lerum, Box 238, 443 25 Lerum

Kursledning

Bengt Dahlin, Lerum, Olle Lyngstam, Göteborg, Ingmarie Skoglund, Borås.



ORIENTERANDE KURS I KLINISK LÄKEMEDELSPRÖVNING

En 2-dagarskurs för läkare, sjuksköterskor, farmaceuter och andra som deltar i eller planerar att delta i arbetet med kliniska läkemedelsprövningar.

Efter en inledning med bl a gällande regler för kliniska prövningar och definition av olika begrepp diskuteras uppläggning och genomförande av en klinisk prövning: GCP, prövningsprotokoll, patientformulär, ekonomi, praktiska problem etc. Apotekets och klinikens roll diskuteras också, liksom etik och hur avslutningen av en klinisk prövning går till.

Tid och plats: 3-4 september 1990, Sigtuna.
Anmälan före den 8 juni.

GRUNKURS I KLINISK LÄKEMEDELSPRÖVNING

Denna kurs vänder sig till personer som planerar, administrerar eller genomför kliniska läkemedelsprövningar och som önskar en introduktion till klinisk prövningsverksamhet

Vid föreläsningar och grupparbeten läggs tonvikten på det praktiska genomförandet av en läkemedelsprövning. Under de fem dagarna behandlas bl a fas I-IV, statistik, etik, GCP, uppläggning och genomförande av en klinisk läkemedelsprövning, marknadsaspekter och värdering av kliniska publikationer.

Kursen genomförs vid två tillfällen under hösten: den 17-21 september och den 5-9 november 1990 i Sigtuna.
Anmälan före den 8 juni resp före den 7 september.

STATISTIK

Syftet med denna kurs är att ge goda kunskaper om och förståelse för de statistiska grundbegreppen och metoderna.

Kursen är avsedd för alla som använder sig av statistiska metoder i uppläggningsstudier och experiment, men också för dem som endast granskar undersökningsresultat och den statistiska behandlingen av erhållna data.

Kursen, som består av två avsnitt om vardera två dagar, behandlar deskriptiv statistik, sannolikhetslära, statistisk inferens, regression och korrelation samt bedömning av den statistiska behandlingen i några medicinska studier.
Möjlighet till tentamen finns.

Tid och plats: 20-21 augusti + 24-25 september 1990, Lidingö.
Anmälan före den 8 juni.

* * *

Upplysningar om ovanstående kurser samt informationsbroschyrer med anmälningsblanketter kan erhållas från Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, telefon 08/24 50 85.

Intervention vid tidiga alkoholproblem

– en pilotstudie

LB 06476

GÖRAN DAHL

De sista åren har uppmuntrandet resultat rapporterats vid intervention vid lätta eller "tidiga alkoholproblem". Från primärvård finns dock hittills få interventionsstudier på denna målgrupp där man med objektiva metoder försökt se på effekten på alkoholkonsumtion. Här redovisas en pilotstudie där avsikten var att utveckla en interventionsmodell anpassad till primärvård och studera behandlingseffekterna. Gynnsamma resultat erhöles mätt i förändring av S-GT-värden.

Nyckelord: Alkoholism, intervention, primärvård, forskning

Påverkan av levnadsvanor och riskbeteenden är en viktig del i såväl prevention som behandling av många sjukdomstillstånd. Hittills har dock ett område rönt tämligen lite intresse från somatisk sjukvård och primärvård, nämligen alkoholvanor. De svaga långtidseffekter på alkoholkonsumtion som har rapporterats vid mer uttalat beroende eller "alkoholism" bland patienter som söker på alkoholmottagning kan vara en av orsakerna till detta (1). Det stora flertalet med alkoholrelaterade hälsoproblem är dock ej beroende av alkoholism och är inte benägna att acceptera kontakt med alkoholmottagning. Denna grupp med hälsofarlig alkoholkonsumtion utan gravt beroende och som uppdras genom någon form av aktiv insats i somatisk sjukvård har tills nyligen varit föremål för ringa intresse i behandlingsforskningen. De allra sista åren har dock rapporterats en del uppmuntrande behandlingsresultat för denna målgrupp. Stora förväntningar finns också från sjukvårdsplanerarnas sida gentemot primärvården vad avser möjlighet till tidig upptäckt och intervention vid alkoholproblem (2).

Interventionsstudier vid tidiga alkoholproblem

Hittills finns från somatisk vård och primärvård sex studier som avsett att studera effekten av intervention vid lätta alkoholproblem och som uppfyller kraven att ha randomiserad kontrollgrupp och någon form av objektiva effektmått (3–8). Fyra av dessa anger signifikanta effekter (3–6). De bästa resultaten rapporteras härvid av Kristenson som studerade medelålders män med alkoholrelaterat högt S-GT rekryterade vid allmän hälso-

kontroll (3). En enkel livsstilsorienterad intervention tillämpades med somatisk feedback med S-GT ca var 3:e månad, uppmuntran av alternativ samt enkla stödsamtal och en flerårig uppföljning. Man erhöles en halvering av sjukdagar och vård dagar på sjukhus jämfört med i kontrollgruppen, en effekt som fortfarande kvarstod efter så lång uppföljning som 4–6 år. Främst minskade den alkoholrelaterade sjukligheten.

Bland patienter ineliggande på medicinklinik (4) och på medicinmottagning (5) har också undersökts effekten av enkel men systematisk rådgivning bland patienter som uppfyllde vissa kriterier på tidiga alkoholproblem. Effekten jämfördes på ett randomiserat sätt med enbart rutinmässig vård. Vid uppföljning efter ett resp två år erhöles signifikant effekt mätt i GT-värden och antal alkoholrelaterade problem, resp i GT-värden, triglycerider och sjukdagar i dessa två studier. Tre primärvårdsstudier finns, som alla är av multicentertyp (6, 7, 8). Bara i den som har det största materialet, 900 patienter, erhöles en liten men signifikant effekt mätt i GT-värden vid en ettårig uppföljning (8). I de två övriga primärvårdsstudierna förbättrades S-GT i både interventions- och kontrollgruppen men med en tendens till större förbättring i interventionsgruppen.

Från företagshälsovård (9) och hypertoniomottagning (10) finns interventionsstudier som ej är randomiserade. I en av dessa studerades medelålders män med hypertoni och förhöjt S-GT (10). Med enkel rådgivning och användande av S-GT och blodtryck för att motivera till minskad konsumtion kunde man hos 90 procent av patienterna förbättra S-GT vid en tvåårig uppföljning. Hos 60 procent normaliserades S-GT. För en mer utförlig översikt av interventionsstudier vid lätta alkoholproblem i somatisk vård och primärvård se Dahl och Persson (11).

Pilotstudie

För att ytterligare utveckla och prova en enkel interventionsmodell vid lätta alkoholproblem hos patienter som söker primärvård har en pilotstudie genomförts på en vårdcentral. Bakgrunden till denna har beskrivits i en tidigare rapport (12). Ett socialtjänstkontor (ej samlokaliserat) informerades också ingående om projektet med önskemål att man därifrån skulle remittera klienter för hälsokontroll om de bedömdes kunna uppfylla ingångskriterier för studien.

Material

Patienter som uppfyllde följande kriterier inkluderades: 1) Hälsoproblem med relation till alkohol. 2) Nyupptäckt S-GT över 1,0 som bedömdes bero på alkohol. 3) Ingen tidigare behandling för alkoholproblem. 4) Inga andra drogproblem.

Vid symtom/sjukdom som kunde tänkas ha alkoholsamband togs en alkoholanamnes. Om relativt stor alkoholkonsumtion framkom föreslogs kontroll även av levervärdena för att se om levern var ansträngd av levnadsvanorna. Förslaget framfördes på ett neutralt sätt, som en del av hälsokontrollen. På drygt ett år upptäckte fem läkare på vårdcentralen på detta sätt 16 konsekutiva patienter som uppfyllde kriterierna. Samtliga var män. Medelåldern var 53 år. Återställarbehov bedömdes föreligga hos tre av männen, i övrigt förekom bara ökad tolerans bland kriterier för alkoholberoende. Hypertoni, diabetes och gikt var de vanligaste diagnoserna.

Från socialsekreterarna, som var mycket positiva till samarbete, erhöles bara ett tidigt fall. Ingen av de övriga i studien hade haft någon känd socialsekreterarkontakt.

Intervention

Grunden för intervention var att så långt som möjligt använda hälsomässiga fynd för att motivera till alkoholminskning. De medicinska alkoholrelaterade fynden användes sedan som feedback och när förbättring inträffade, som positiv förstärkning i en medveten pedagogik, dvs närmast en inlärningspsykologisk behandlingsmodell. Saklighet, empati och engagemang eftersträvades som terapeutisk attityd. Samtliga patienter behandlades av en läkare, vilket innebar att en del flyttades över till dennes mottagning så fort inklusionskriterierna bedömdes uppfyllda.

Första besöket: Med patienten genomgicks samtliga symtom och kliniska fynd, inklusive blodtryck och laboratorievärden (S-GT, MCV, triglycerider, S-urat, blodsocker), där patientens alkoholvanor kunde ha betydelse. Avsikten var att ge patienten ett maximalt underlag för eget beslut om att reducera sina alkoholvanor. Förhöjt S-GT förklarades vara tecken på att levern var ansträngd. Därefter gavs ett förslag om att pröva alkoholabstinens till ett återbesök ca tre veckor senare. Detta motiverades utförligt med att det vore av stort värde att se om de symtom patienten sökte för och patologiska fynd kunde påverkas av en för-

ändring i levnadsvanor. Man försökte skapa en inställning hos patienten att se abstinensperioden som ett "experiment" och som en första del i utredningen. För ökad följsamhet eftersträvades att patienten tydligt formulerade sitt beslut på detta förslag. De terapeutiska vinsterna med förslaget om initial abstinens antogs vara följande (efter Sanchez-Craig) (13):

- 1) Förbättrad tanke- och inlärningsförmåga.
- 2) Alkoholtoleransen kan snabbt sjunka.
- 3) Spontan upptäckande av alternativ gynnas.
- 4) Symtom, kliniska fynd och laboratorievärden kan förbättras och användas som feedback.

Andra besöket: Vid återbesöket utnyttjades inlärningseffekterna av abstinensperioden. Alla förbättringar i symtom, välbefinnande och status, inkl blodtryck och laboratorievärden, underströks noga. Med den erfarenhet patienten nu hade och med den förbättring som i regel kunde noteras i medicinska fynd fanns vid andra besöket mer underlag att diskutera alkoholvanornas betydelse. Vad patienten gjort istället för att dricka alkohol under abstinensperioden kunde också diskuteras med syfte att finna lämpliga alternativ. En överenskommelse gjordes om lämplig maximal alkoholkonsumtion per vecka med hänsyn till patientens hälsoproblem och om att följa GT-värde och kliniska fynd tills dessa normaliserats. Den norska självhjälpsbroschyren "Hvordann drikke mindre alkohol" (14) utdelades, alternativt Rydbergs "Testaren" (tillgänglig på Systembolaget).

Det intryck patienten fick vid första och andra besöket antogs ha stor betydelse för utgången och dessa tog därför längre tid än de övriga (ca en halv timme).

Övriga återbesök: Vid de fortsatta återbesöken, som skedde ca var tredje månad till dess stabil förbättring inträtt, diskuterades mindre om alkoholmängder och mer om det allmänna välbefinnandet och efter behov även den sociala situationen. Stor vikt lades vid att patienten noga fick följa förändringar i tidigare alkoholrelaterade kliniska fynd och laboratorievärden. Alternativ som hobbies och motion uppmuntrades. Vid svårighet att klara kontrollerat drickande ändrades målsättningen till abstinens. Återbesöken skedde utifrån det neutrala motivet "hälsokontroll". S-GT togs vid varje återbesök och meddelades även i brev mellan varje besök.

I tre fall tillämpades en "utvidgad intervention" i form av Antabus, samtal med anhörig närvarande och/eller diskussion om lämpliga sätt att handskas med utlösande situationer.

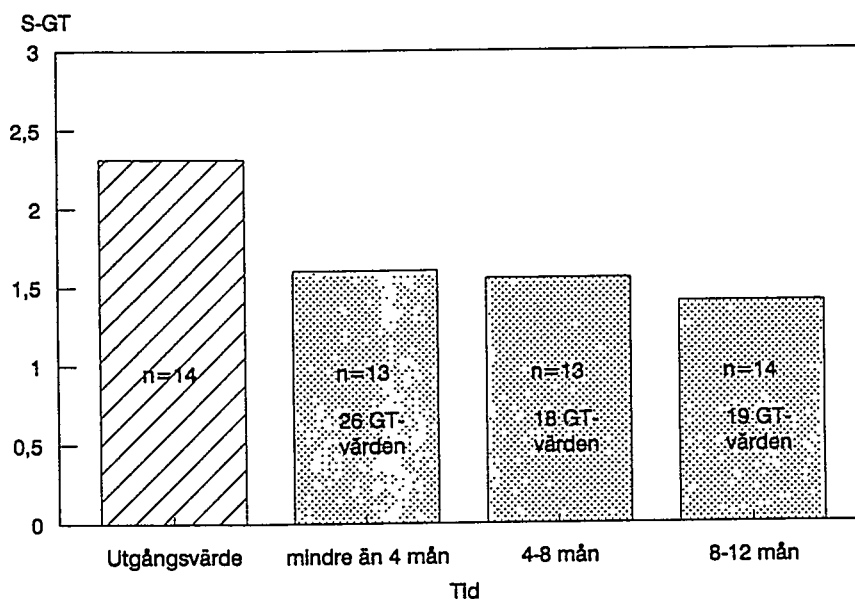
Resultat

Av de 16 patienterna bortföll två, en efter halvering av S-GT, en remitterades till alkoholklinik pga gravt beroende. Efter 8-12 månaders uppföljning hade 13 av de övriga 14 förbättrat sitt S-GT. Den genomsnittliga förändringen var $-0,92 \mu\text{kat/l}$ (-39 procent) (Tabell I). Hos 7 normaliserades GT-värdet (mindre än $1,0 \mu\text{kat/l}$). Den största förbättringen inträffade efter första besöket, varefter S-GT tenderade att ytterligare sjunka (Figur 1). Samtliga uppgav att de halverat sin alkoholkonsumtion eller reducerat den ännu mer. Det genomsnittliga antalet besök under perioden var 5,4. Tio av 14 kunde följas upp längre tid, i medeltal 23 månader, och då med längre besöksintervall. Dessa bibehöll därvid sina lägre GT-nivåer (Figur 2).

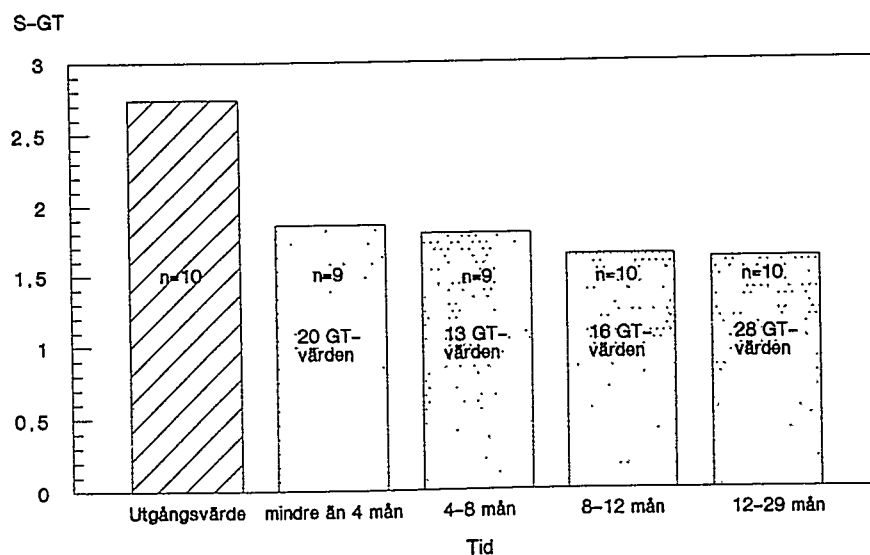
Tabell I.

Diagnoser och förändring i S-GT individuellt vid 8-12 mån.

Pat.nr	Diagnos	Förändring i S-GT (mikrokat/l)
1	Hypertoni, diabetes	-0,46
2	Neuropati	-1,00
3	Gränsblodtryck	-1,34
4	Hypertoni, levercirrhos	-2,63
5	Gikt	+0,17
6	Hypertoni, diabetes	-2,00
7	Hypertoni	-0,15
8	Hypertoni	-0,88
9	Hypertoni, diabetes	-0,28
10	Hypertoni	-2,56
11	Hypertoni	-0,90
12	Gikt, högt blodtryck	-0,18
13	Diabetes	-0,47
14	Gränsblodtryck	-0,24



Figur 1. Genomsnittlig förändring av S-GT hos 14 storkonsumenter av alkohol som följts i 8-12 mån (M = 10,4 mån).



Figur 2. genomsnittlig förändring av S-GT hos 10 storkonsumenter av alkohol som följts i 12-29 månader (M = 22,7 mån).

SPÄNNNA,

STELNA,

STYVNA,

SLAPPNA!

Robaxial forte tabletter verkar smärtstillande och muskelrelaxerande vid olika muskelbesvär, typ lumbago, torticollis, muskelsträckningar och stresshuvudvärk.

Robaxin, i tabletter eller som injektionsvätska, ger snabb lindring vid samma indikationer. Verkar centralt muskelrelaxerande och ger få biverkningar.

Robaxial forte och Robaxin ingår i Medas kunskapsområde Smärta inom vilket vi erbjuder såväl produkter som utbildning och service med utgångspunkt från ett verklighetsnära multiterapeutiskt synsätt.

ROBAXIAL FORTE

(metokarbamol 0,4 g, acetylsalicylsyra 0,325 g)

ROBAXIN

(metokarbamol; tabletter 0,75 g, injektionsvätska i ampuller 0,1 g/ml)



Meda erbjuder produkter, terapier, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi, Dermatologi, Diabetes, Egenvård, Exokrina Pancreassjukdomar, Hörselvård, Kardiologi, Nutrition, Odontologi, Oftalmologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta.

Meda AB. Tel 031-17 68 40.

MEDA

Diskussion

I pilotstudien förbättrade två diabetespatienter måttligt sitt blodsockervärde, vilket kan ha inverkat på S-GT. Resultatet påverkas dock mycket obetydligt om dessa uteslutes. Andra orsaker än ändrade alkoholvanor som förklaring till förändring av S-GT kunde ej identifieras.

Studien har ett litet material och saknar kontrollgrupp. Resultaten bör också ses mot bakgrund av att spontan förbättring av patologiska laboratorieprover tenderar ske när prover tas om ("regression to the mean"). Trots detta ger graden av GT-förbättring i denna studie stöd för att en enkel livsstilsorienterad intervention reducerar alkoholvanor bland patienter med tidiga alkoholproblem som upp-dagas i primärvård.

Nedgången i S-GT är större än i de tre refererade primärvårdsstudierna och jämförbar med den hos Kristenson som med ett liknande arbetssätt vid en tvåårig uppföljning, erhöll en nedgång från 2,68 till 1,99 $\mu\text{kat/l}$ i interventionsgruppen (medelålders män) (15). I Kristensons studie var denna GT-förbättring förenad med en halvering av antalet sjukdagar och vård dagar (3).

Generalisering av resultaten försvåras av att enbart män kom att ingå. I en studie (8), där ett stort material av båda könen ingick, fick man ett sämre resultat för kvinnor än för män av enkel tidig intervention. Av intresse är också att S-GT har en lägre sensitivitet för alkoholöverkonsumtion hos kvinnor (16).

En erfarenhet från studien var att avgörande för patientens benägenhet att bli kvar i behandling var att denne inte fick känna sig nedvärderad. Alkoholvanor diskuterades därför i termer av levnadsvanor i sammanhang med kost- och rökvanor. Värdeladdade ord som "missbruk" och "alkoholism" undveks. Problemen definierades konkret i form av alkoholkonsumtionens storlek och de problem denna gett upphov till. För att patienten inte skulle känna sig kränkt vid den inledande alkoholanamnesen eftersträvades också att först ge en förklaring till varför en genomgång av alkoholvanor var en viktig del i utredningen vid just det symptom patienten sökte för. Intressant var att med detta förhållningssätt förekom bara positiva reaktioner på förslaget att kontrollera levervärdet när stor alkoholkonsumtion framkom.

En annan erfarenhet från studien var att initial abstinens var ett värdefullt inslag i behandlingen. Möjligheten till medicinsk feedback kunde då maximalt utnyttjas. Det var i regel heller ingen svårighet att få patienten att komma till de uppföljande kontrollerna när dessa strikt och sanningsenligt motiverades utifrån hälsomässiga skäl. Nästan alltid fanns därvid, förutom förhöjt S-GT, en somatisk

Tabell II.

Risikökning hos patienter med "högt" S-GT ($\mu\text{kat/l}$) jämfört med vid "lågt" S-GT (beräknat efter Kristenson (22) och Petersson (23)).

Komplikation	Risk	Jämförda GT-värden "högt" "lågt"
Tidig död	6-7 x	>1,00 <0,35
Sjukhusvård	4 x	>1,00 <0,35
Alk.rel.sjukhusvård	7 x	>1,00 <0,35
Fraktur	4-6 x	>1,33 <0,35
Sjukskrivning	5 x	>1,40 <0,56
Sjukpens för skada	4 x	>1,40 <0,35
Skilsmässa	9 x	>1,40 <0,35

åkomma som gjorde patienten motiverad till återbesöken. Laboratorievärden och kliniska fynd gav en neutral anledning att diskutera alkoholvanor och deras konsekvenser och motivera bibehållen kontakt. S-GT användes inte med inställningen att "avslöja" en stor konsumtion utan som ett stöd för patienten att hålla konsumtionen nere och med förväntningen att det kan ta år att uppnå en bestående förändring av levnadsvanor.

För att alkohol ska ge ett förhöjt S-GT anses krävas en regelbunden konsumtion av minst 280 gram alkohol/vecka (17), vilket motsvarar drygt 75 cl starksprit eller fyra flaskor vin. Man är då i den zon som Rydberg anger som "definitivt för mycket" (18). Ofta framkom den verkliga konsumtionen först i ett senare skede, t ex när frågan ställdes om hur mycket patienten drack nu jämfört med tidigare. Alkoholöverkonsumtion är i ett oselektat öppenvårdsmaterial orsak till förhöjt S-GT i cirka 35 procent av fallen (19). Andra osaker till förhöjt GT-värde fick därför noga övervägas. Detta så kallade prediktiva värde är dock rimligen större när S-GT tas på ett riktat sätt som i denna studie.

De så kallade CAGE-frågorna, som visat sig ha en hög sensitivitet för "alkoholism" (20), upplevdes vara en hjälp både för att få en bild av problemet och i det motiverande samtalet. När de användes formulerades de på ungefär följande sätt:

- 1). Har Du också själv haft tankar på att skära ned Din konsumtion? Av vilka skäl?
- 2). Har omgivningen reagerat på Dina alkoholvanor?
- 3). Har det hänt att Du druckit alkohol på morgonen för att lugna nerverna?
- 4). Brukar Du ha skuldskänslor p g a Dina alkoholvanor?

På detta sätt kunde ibland fler skäl till alkoholminskning adderas till de somatiska fynden och man fick även en uppfattning om graden av beroende. De positiva effekter patienten upplevde av sina alkoholvanor kunde också diskuteras och vägas mot de negativa. Framgången vid intervention upp-

levdes till stor del även bero på att terapeuten visade empati, engagemang och tålmod för lång uppföljning. Att graden av empati och engagemang är ett ospecifikt behandlingsinslag som har stor betydelse för utfallet har också visats i en studie av Miller och medarbetare (21). Ett sätt att förstärka dessa egenskaper hos terapeuten är att betrakta Tabell II som visar den avsevärt ökade risk för medicinska och sociala komplikationer som ett högt GT-värde innebär. Om en bestående reduktion av ett alkoholrelaterat högt S-GT kan erhållas får detta betraktas som en betydelsefull preventiv insats. Denna torde vara åtminstone jämförbar med den som erhållas vid intervention mot måttligt förhöjda blodfetter och måttlig hypertoni.

Beträffande samarbete med socialtjänsten är erfarenheten från arbetet med denna studie att tidiga fall av alkoholöverkonsumtion sällan haft kontakt med socialtjänsten. Intrycket är att ännu mer kan vinnas på ett samarbete med slutenvården för uppföljning i primärvård av patienter med begynnande hälsoproblem på grund av alkohol, varvid medicinska fynd på ett neutralt sätt kan användas för att motivera till detta.

Utveckling och utvärdering av enkla behandlingsstrategier vid tidiga alkoholproblem anpassade till primärvård ter sig som en angelägen uppgift. Vetenskapen att en betydande del av sjukvården är alkoholrelaterad och att även enkla insatser tycks kunna ha betydelse uppmuntrar till flera interventionsstudier på detta område. Ett ökat intresse och engagemang från sjukvårdens sida för alkoholen som riskfaktor kan även ha betydelse i ett folkhälso-perspektiv.

Referenser

1. Lindström L. Val av behandling vid alkoholism. Stockholm: Liber, 1986 (Akademisk avhandling).
2. Lindberg J, Ågren G, Bergström E. Alkohol och ohälsa. I: Hälsorisker - en kunskaps-sammanställning. Hälsa och sjukvården inför 90-talet (HS 90). Stockholm: Socialstyrelsen, 1981 (SOU 1981;1:185-214).
3. Kristenson H. Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers, in: Galanter M. ed. Recent developments in alcoholism. New York: Plenum Publishing Corporation, 1987:403-23.
4. Chick J, Lloyd G, Crombie E. Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. Br Med J 1985;290:965-7.
5. Persson J, Magnusson P-H. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. Alcohol 1989;6 (in press).
6. Heather N, Campion PD, Neville RG, Maccabe D. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). J R Coll Gen Pract 1987;37:358-63.

7. Romelsjö A. Sekundär prevention av alkoholmissbruk i primärvården. En kontrollerad studie från fyra vårdcentraler i Stockholms län. Sundbyberg: Landstingets hälsovård, vårdcentralen Kronan, 1988 (Grön rapport nr 162).
8. Wallace P, Cutler S, Haines A. A randomised controlled trial of general practitioners intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:663-8.
9. Lenz W. Vem bryr sig? Alkohol i arbetslivet. Solna: Teknografiska Inst AB, 1985.
10. Henningsen NC, Ohlsson O, Mattiasson I, Trelle H, Kristenson H, Hood B. Hypertension, levels of serum gamma glutamyl transpeptidas and degree of blood pressure control in middle aged males. *Acta Med Scand.* 1980;207:245-51.
11. Dahl G, Persson J. Intervention vid tidiga alkoholproblem ger signifikant effekt. *Läkartidningen* 1989;86:2947-50.
12. Dahl G. Sekundär prevention av alkoholproblem. Örebro: Primärvårdens utvecklingsenhet. Socialmedicinska avdelningen, 1987 (Rapport-Primören nr 10).
13. Sanchez-Craig M. Theory and methods for secondary prevention of alcohol problems: A cognitively based approach. A resource manual, New York: Academic Press Inc. 1987:287-331.
14. Hvardann drikke mindre alkohol. En praktisk veiledning. Oslo: Statens Edruskapsdirektorat, 1986.
15. Kristenson H, Trelle E, Hood B. Serum gamma glutamyltransferas in screening and continuous control of heavy drinking in middle-aged men *Am J Epid* 1981;114:862-72.
16. Jacobsson H, Fex G, Johansson B, Nilsson Å, Norden Å. GT-analys och andra metoder att upptäcka och följa behandlingen av alkoholbetingad sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen, 1982 (PM 6/82).
17. Holt S, Skinner HA, Israel Y. Early identification of alcohol abuse: 2: Clinical and laboratory indicators. *Can Med Ass J* 1981;124:1279-99.
18. Rydberg U. Normalkonsumtionens risker. I: Risken att bli alkoholist. Riksbankens Jubileumsfond 1982:1.
19. Persson J, Magnusson P-H. Comparison between different methods of detecting patients with excessive consumption of alcohol. *Acta Med Scand* 1988;233:101-9.
20. Bernadt MW, Mumford J, Taylor C, Smith B, Murray RM. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet* 1982;ii:325-8.
21. Miller WR, Taylor CA, West JC. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980;48:590-601.
22. Kristenson H, Hood B. The impact of alcohol on health in the general population: a review with particular reference to experience in Malmö. *Br J Addict* 1984;79:139-45.
23. Peterson B, Kristenson H, Sternby HN, Trelle E, Fex G, Hood B. Alcohol consumption and premature death in middle-aged men. *Br Med J* 1980;280:1403-6.

Författarpresentation

Göran Dahl, distriktsläkare vid Älvtomta vårdcentral.

Postadress: Älvtomtagatan 34, 703 42 Örebro.

Är kontroll efter okomplicerad nedre urinvägsinfektion nödvändig?

180 6477

ING-MARIE AXELSSON · LOTTA M:SON-DAHLBERG · STAFFAN ÖJLERT

Behovet av kontroll efter okomplicerad nedre urinvägsinfektion ifrågasattes vid en vårdcentral. Vi beslöt därför göra en studie med denna frågeställning. Av resultatet framgick att vid kontroll efter okomplicerad nedre urinvägsinfektion hade få patienter bakterieuri utan symptom. Endast 31 procent kom till kontrollbesök utan påminnelse.

Nyckelord: Urinsystemet, infektioner, klinisk forskning, UVI.

Bakgrund

Nedre urinvägsinfektion (UVI) är en mycket vanlig sjukdom hos kvinnor och utgör en förhållandevis stor andel av patienterna vid en vårdcentral. Det finns studier som redovisar UVI som orsak till 3-9 procent av samtliga besök vid en läkarstation (1). Cirka 15 procent av alla kvinnor får någon gång under livet en nedre UVI (2).

De besvär, för vilka patienten söker, består oftast av trängningar till och sveda vid vattenkastning samt värk i nedre delen av buken. Vid misstanke på nedre UVI brukar i primärvård rutinmässigt tas urinprov för sediment, ske undersökning med avse-

ende på förekomst av äggvita och blod, samt göras nitrittest. Den fortsatta handläggningen varierar något men ofta görs även en snabbodling, så kallad dipslide (Uricult[®]). Om denna är positiv kan ytterligare typning av bakterierna ske vid centralt laboratorium, där också resistensbestämning görs. Urinkontroll efter nedre urinvägsinfektioner brukar ofta utföras 1-3 veckor efter avslutad behandling, varvid åter tas urinprov för äggvita, blod, nitrittest och dipslide.

En bakteriologisk studie i Örebro län (3) har visat att bakteriestammar och resistensmönster vid UVI i öppenvård skiljer sig från slutenvårds-material. I öppenvård är patogenerna framför allt *E. Coli* och *Staphylococcus Saprophyticus* med "enkla" resistensmönster. Inom slutenvården förekommer betydligt fler bakteriearter och mer komplicerad antibiotikakänslighet. Rutinerna vid bedömning och behandling av UVI har i stor utsträckning utvecklats inom slutenvården.

I en tidigare studie har laboratorieassistenter vid Skebäck vårdcentral i Örebro ifrågasatt kontrollerna efter UVI (4). Man visade att av 169 kontroller var 137 symptomfria. Ingen av dessa hade positiv dipslide. Man ställde frågan om kontrollerna var nöd-

vändiga. För patienten är kostnaden 40 kronor och kostnaden för landstinget beräknas uppgå till mellan 6 kronor (dipslide) och 90 kronor (odling och resistensbestämning).

Studiens syfte

Studiens huvudsyften var att studera hur vanligt asymtomatisk bakterieuri (ABU) är vid efterkontroll av okomplicerad nedre UVI och att söka svar på frågan om rutinmässig urinkontroll efter UVI är nödvändig.

Metod och material

Studien genomfördes vid tre vårdcentraler inom Örebro läns landsting (Haga, Kumla och Skebäck), med ett sammanlagt befolkningsunderlag på cirka 52 000 personer. Den pågick under tiden 870801-880630.

I studien ingick kvinnor mellan 15 och 70 år med symptom på nedre okomplicerad UVI och positiv urinodling. Patienterna uppmanades muntligen och skriftligen vid akutbesöket att komma 7-10 dagar efter avslutad behandling för kontroll. Om patienten uteblev sändes ett påminnelsebrev. Kontrollen skulle vara genomförd senast tre veckor efter avslutad behandling, då eventuell bakterieuri efter den tidpunkten kan utgöra ny infektion.

Vid kontrollen fick patienten lämna urinprov för odling och uppges om hon hade besvär eller ej. Kvinnor under 15 år utslöts då de handläggs enligt speciella rutiner. Kvinnor äldre än 70 år utslöts då behandling och kontroll för dessa ofta blir annorlunda än för yngre kvinnor. Gravida kvinnor samt kvinnor med KAD, diabetes mellitus, känd njurskada/njursten eller med vissa neurologiska sjukdomar, till exempel MS, utslöts. Män utslöts då UVI hos dessa ej anses som okomplicerad.

Resultat

I studien ingick 235 patienter. Till kontrollodling kom 195 patienter. Av dessa hade 147 negativ odling samt inga besvär, 21 hade besvär och positiv odling och 21 besvär och negativ odling. Sex patienter hade positiv odling men inga besvär (Figur 1).

	Kontrollodling	
	negativ	positiv
Besvär vid förfrågan:		
Ja	21	21
Nej	147	6

Figur 1
Utfallet av kontrollodlingar i förhållande till uppgivna besvär.

I gruppen med positiv odling och utan besvär var en bakteriefri vid förnyad kontroll utan behandling, två behandlades utan att man avvaktade och blev bakteriefria, två sökte några vektorer efter kontrollodlingen med nya symtom och fick behandling. Dessa fem hade samma bakteriestam vid kontrollodlingen som vid nybesöket. Den sjätte patienten hade inte samma bakterie vid kontrollodlingen, det vill säga en ny infektion.

Diskussion

Brandberg och medarbetare har i en artikel i LT 1978 diskuterat om ABU ska behandlas (5). Där framgår att nedre UVI sedan länge kontrollerats efter avslutad antibiotikabehandling, då man ansett att ABU kunde ha samband med tyst kronisk pyelonefrit, och i förlängningen därmed uremi.

Behandling av ABU hos i övrigt friska har ifrågasatts. I "Varbergsundersökningen" (5), som omfattade 1221 kvinnor äldre än 22 år, följdes patienter med bakterieuri, såväl asymtomatisk som symtomatisk. Konklusionen av denna undersökning är att ABU är ett godartat tillstånd och att det ej föranleder behandling. Enligt Brandberg (5) kan en icke symtomgivande "godartad" bakterieflora i urinblåsan skydda mot invasion av en mer patogen flora.

Detta har bekräftats av Rawnskov (6), som dessutom påpekar att man ej

kunnat inducera kronisk pyelonefrit på försöksdjur utan att någon form av kemisk skada på njurar eller urinvägar funnits. Detta även om bakterierna introducerats såväl i blod som urin.

Trots det ovan nämnda är den allmänna uppfattningen i "baslitteratur" (2,7) att UVI bör kontrolleras, gärna flera gånger efter avslutad antibiotikabehandling. Detta bekräftas i "Underlag till vårdprogram, urinvägsinfektioner, 1984" (8). Dock finns det en samlad kritik i Läkarförbundet mot vårdprogrammet (9), då man anser det vara "behäftat med avsevärda brister", bland annat därför att materialet är föråldrat. Rekommendationerna kvarstår dock i den nya upplagan av "Underlag till vårdprogram, urinvägsinfektioner, 1987" (10).

Vi tycker att man kan dra två slutsatser av vår studie:

1. Patienternas motivation till kontrollodling är låg. Av samtliga patienter i studien kom endast 31 procent utan kallelse, trots att man uppmanade dem att komma på kontroll vid första besöket. Trots skriftlig kallelse att komma uteblev 17 procent helt. De rutiner vi nu har med uppmaning till patienten att komma på kontrollodling visade sig i denna studie fungera dåligt.
2. Av dem som kom på kontroll visade sig endast sex ha positiv odling utan symtom. Två av dessa behandlades och där kan vi inte säga vad som hänt om kontrollodling ej hade utförts. De fyra andra fick antingen symtom (två patienter), visade sig ha en ny stam (en), eller blev spontant negativ vid förnyad odling (en). Risken att missa en kvarstående icke symtomgivande kronisk infektion (asymtomatisk bakterieuri) är liten även om man avstår från kontrollodling.

Sammanfattningsvis tycker vi att denna studie visar att kontrollodling efter okomplicerad UVI starkt kan ifrågasättas. Rutinmässig uppmaning till kontroll kan ersättas med att uppmana patienten att hör av sig vid besvär.

Referenser

1. SPRI. Nytt från Läkarsällskapets riksstämma 1978. Stockholm: SPRI, 1979 (SPRI-rapport 4/79).
2. Stamm W, Turck M. Urinary tract infection, pyelonephritis, and related conditions. In: Isselbacher K, Adams R, Braunwald E, Petersdorf R, Wilson J. Harrison's principles of internal medicine 9:th ed, New York: McGraw-Hill Book Company, 1980: 1327-33.
3. Falck G, Kjellander J. Resistensmönster vid urinvägsinfektioner i Örebro län. AllmänMedicin 1983; 6:239-41.
4. Laboratorieassistenterna på Skebäck. Kontroll efter UVI - onödigt arbete? Primören 1985;3:17.
5. Brandberg Å, Herner B, Kaijser B et al. Skall asymtomatisk bakterieuri behandlas? Läkartidningen 1978;75:2115-8.
6. Ravnskov U. Långtidsprognosen vid urinvägsinfektion och asymtomatisk bakterieuri. Läkartidningen 1975;72:1796-8.
7. Bergström T, Collen S, Fritz H. Urinvägsinfektioner. 1: Apoteksbolaget. Läkemedelsboken 87-88. Uppsala: Almqvist & Wiksell, 1987:303-11.
8. Socialstyrelsens rådgivande nämnd för utarbetande av vårdprogramunderlag. Urinvägsinfektioner. Malmö: Utbildningsproduktion AB, 1984.
9. Läkarförbundet. Avsevärda brister i UVI-programmet. Läkartidningen 1984;81:3139.
10. Socialstyrelsens rådgivande nämnd för utarbetande av vårdprogramunderlag. Urinvägsinfektioner. Malmö: Utbildningsproduktion AB, 1987:43.

Författarpresentation

*Staffan Öjlert och Lotta M-son Dahlberg, Haga vårdcentral.
Ing-Marie Axelsson, Skebäcks vårdcentral.

*Postadress: Skapplandsgatan 31-33, 703 46 Örebro.

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.

Vik redan nu dessa dagar i din kalender för allmänmedicinsk

KRAFTSAMLING!

Nu även 5 mg

Enda lägdos-tabletten av oxazepam.

SOBRIL

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 förskrivning.

KABI
Pharma

Tel. 08-7054000.

Allmänmedicin

TIBBLIN G, HAGLUND G. (red)

Stockholm, Almqvist & Wiksells förlag, 1989

(571 sid, pris mellan 655 och 1030 kr beroende på inköpskälla)

Den länge aviserade och efterlängtade läroboken i allmänmedicin har anlänt. Projektet att framställa en bok som kan tillföra såväl den oerfarne AT-doktorn som den rutinerade distriktsläkaren viktig kunskap är naturligtvis inte lätt. Spännvidden i den kunskapsmassa som allmänläkare med olika intressen och erfarenheter förvaltar är enorm. Ändå vågar jag säga att den här boken tillför alla praktiserande läkare något nytt.

Läroboken är uppdelad i två huvuddelar. Den inledande allmänna delen omfattar bokens första 134 sidor. Trots många författare känns språkdräkten homogen och uppbyggnaden är få. I denna mycket väl skrivna del ligger en stor del av bokens styrka.

Den allmänmedicinska disciplinens relationer till humaniora speglas i flera av uppsatserna, främst av Karl-Erik Fichtelius om människans biologiska arv och i Lisbeth Sachs medicinsk antropologiska översikt; primärvården som organisation och begrepp och dess kontaktnät gentemot länsjukvård och socialtjänst belyses initierat av två förgrundsgestalter inom svensk allmänmedicin – Gösta Brydolf och Gustav Haglund – och inte minst om den enskilde allmänläkarens möte med patienten berättar Bengt Mattsson på sitt lidelsefulla men ändå pedagogiskt oefterhärmliga sätt. Allt detta beskriver på skilda sätt den situation som allmänmedicinaren befinner sig i. Att utforska relationer i stort och smått, mellan människa och samhälle från dåtid till framtid.

Den andra delen av boken upptar resterande 435 sidor. Här blandas vanliga symtom med rara sjukdomar på ett kaleidoskopiskt sätt. Brokigheten i allmänmedicin blir verkligen uppenbarad. Det riktiga i att ha den här strukturen på ämnet kan det säkerligen finnas delade meningar om. Framtiden får utvisa i vad mån medicinstudenterna (som den här delen av boken främst är riktad till) kan nyttja innehållet.

De mera vanliga sjukdomstillstånd som såsom t ex hypertoni, astma, alkoholism och infektioner i hals, öron, luftvägar och urinvägar får en utförligare beskrivning av utvalda författare.

Merparten av det omfattande materialet i denna del av boken svarar dock Gösta Tibblin för. Det är ett jättelikt arbete som nedlagts för att fånga all-

mänmedicinska karakteristika i en resa bland symtom och tecken genom kroppens olika organ.

En starkt bidragande orsak till att denna del inte upplevs som en katalogaria över små och stora besvär, är de ibland närmast kongeniala illustrationerna av Per Birger Lundquist. Den fragmentisering av individen som texten här kan leda till motverkas av de själfulla och djupt personliga teckningarna. Det oroliga hjärtat som illustrerar hjärtneurosen på sidan 165 är så mänskligt att hjärtat här har blivit till en individ istället för att patienten som brukligt är reduceras till organ.

Vad kan man önska inför de kommande utgåvorna av denna lärobok i allmänmedicin? Jo, framför allt att nya allmänmedicinska forskningsrön får större utrymme, att praxisaspekter särskilt vad gäller behandling bereds plats (läkemedelsboken i all ära, men inte redovisas distriktsläkarens sätt att behandla där) och att patientsynpunkter på symtom och sjukdomar på något sätt kan få komma med.

Framför allt är önskan dock att detta förslingsverk skall utkomma i många nya editioner och bli den standardbok i allmänmedicin vi har så stort behov av. Det föreliggande verket utgör en mycket god början på en sådan utveckling.

Dan Andersson

Postadress: Vårdecentralen 69500 Laxa

Jourläkarboken

PER BJÖRGELL
ASTRID BJÖRGELL

Studentlitteratur 1987

ISBN 91-44-20491-4

Pris: 520:– (studentpris 354:–)

Jourläkarboken fyller ett stort behov. Redan första upplagan är mycket genomarbetad och att det är två yngre kollegor som sammanställt den framgår av den praktiska användbarheten. Uppläggningsen är i huvudsak topografisk med ett vidhängande allmänt kapitel i slutet. Tre olika register underlättar sökandet i den akuta situationen.

Språket är korthugget telegrammat, men trots det finns endast enstaka stavfel (ex s 218 partus), sättningsfel (ex s 154 bukmalignitet) och korrekturfel (ex dubbla negationer om bröstsmärtor s 137).

Detta är detaljer, allvarigare är oklarheten i avsnittet om hjärtlungräddning på sidan 142 där det först föreslås intravenösa farmaka vid miss-tanke om asystoli och först senare intravenös nål.

Författarna har haft ett flertal principiella problem att ta ställning till.

Symtom handläggs ju olika beroende på patientens ålder och översikten "bedömning av sjukt barn" är bra. Varför inte en liknande översikt för äldre?

Det geografiska avståndet till slutenvårdens resurser varierar avsevärt i landet. Uppdelningen ex.vis vid drunkning på olycksplats, vårdcentral och sjukhus borde kanske användas oftare. Boken följer nog med även vid långväga hembesök med enkel utrustning.

Vad gäller olika diagnostiska och behandlingstraditioner är det svårt att komma med konstruktiv kritik då jag kommer från samma landsända. Diagnostiken är ofta föredömligt bunden till undersökningsfynd och enkla hjälpmedel.

Att ange preparatnamn och doseringar exakt är praktiskt och generiksammanställningen i slutet gör det helt acceptabelt. Illustrationer kunde använts flitigare ex.vis för att visa vad man ser vid mikroskopering av urinse-diment.

Flödesscheman för beslutsgången har inte använts utan med kursiv eller spärrad text hänvisas till annat avsnitt. Ibland blir det inte helt överskådligt som ex vid yrsel-avsnittet.

Det är dock erkänt svårt att systematisera.

Behandlingen av lumbago är väl passiv, råden i det akuta skedet kan vara avgörande för förloppet.

Målsättningen är att täcka 80–90% av somatiska problem i jour-situationen. Därför är det svårt att stryka något även om jag tror att den lättillgängliga Läke-medelsboken är bättre vad gäller förslag till antibiotikaval.

Postcommotionellt syndrom är knappast akut men det är nog riktigt att de patienterna ibland söker akut.

När jag får boken för recension är redan vaccinationsscheman och smittskyddslag inaktuella och behöver omarbetas.

Psykiska sjukdomar har utslutits, däremot inte LSPV. Vid akuta symtom spelar ju dock personlighet, kulturella och psykosociala faktorer en stor roll. Det är nog svårt att arbeta in i texten. Det slutliga avgörandet, bedömningen, kommer jourläkaren inte förbi. Då avgör omdöme och erfarenhet.

Det är väl främst yngre läkare som har nytta av boken men mer erfarna kan ha glädje av utförliga PM för status vid olika trauma och kroppsdelar.

Boken sammanfattar en otrolig kunskapsmängd och bör prioriteras på en absolut minilista för nödvändig litteratur på varje vårdcentral.

Peter Olsson, FV-läkare allmänmedicin.

Postadress: Arkitektgatan 8, 37138 Karlskrona.



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 (furosemid) vid behandling av hjärtsvikt?

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

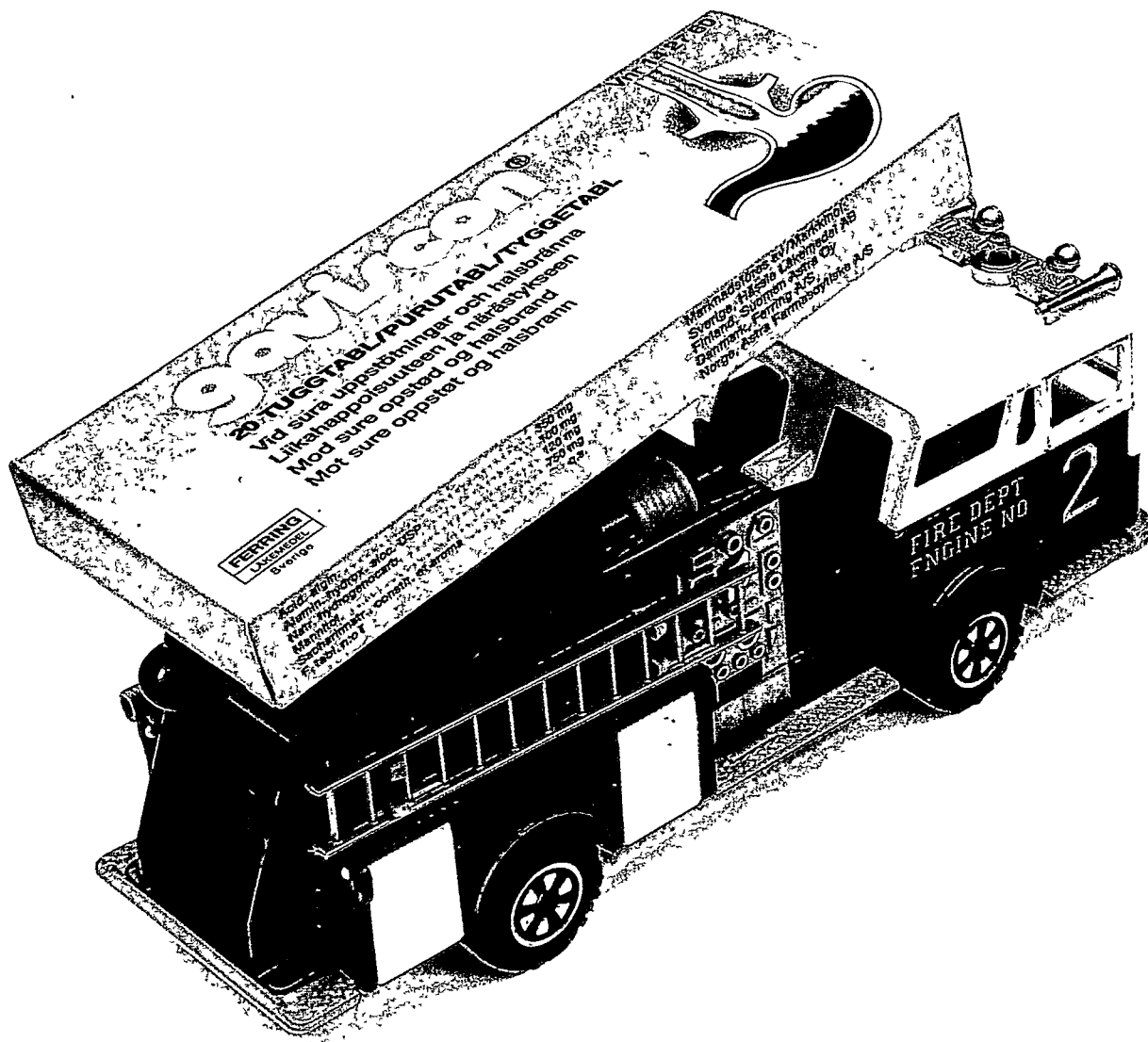
Tiazider har en begränsad diuretisk effekt. Starta därför med Lasix Retard redan när patienten har lätt hjärtsvikt.

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

diuretikum, depotkapslar 30 mg: 30 st, 100 st, 250 st. Depotkapslar 60 mg: 30 st, 100 st, 250 st.

Hoechst 

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



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[®]
original
det specifika antirefluxmedlet