

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

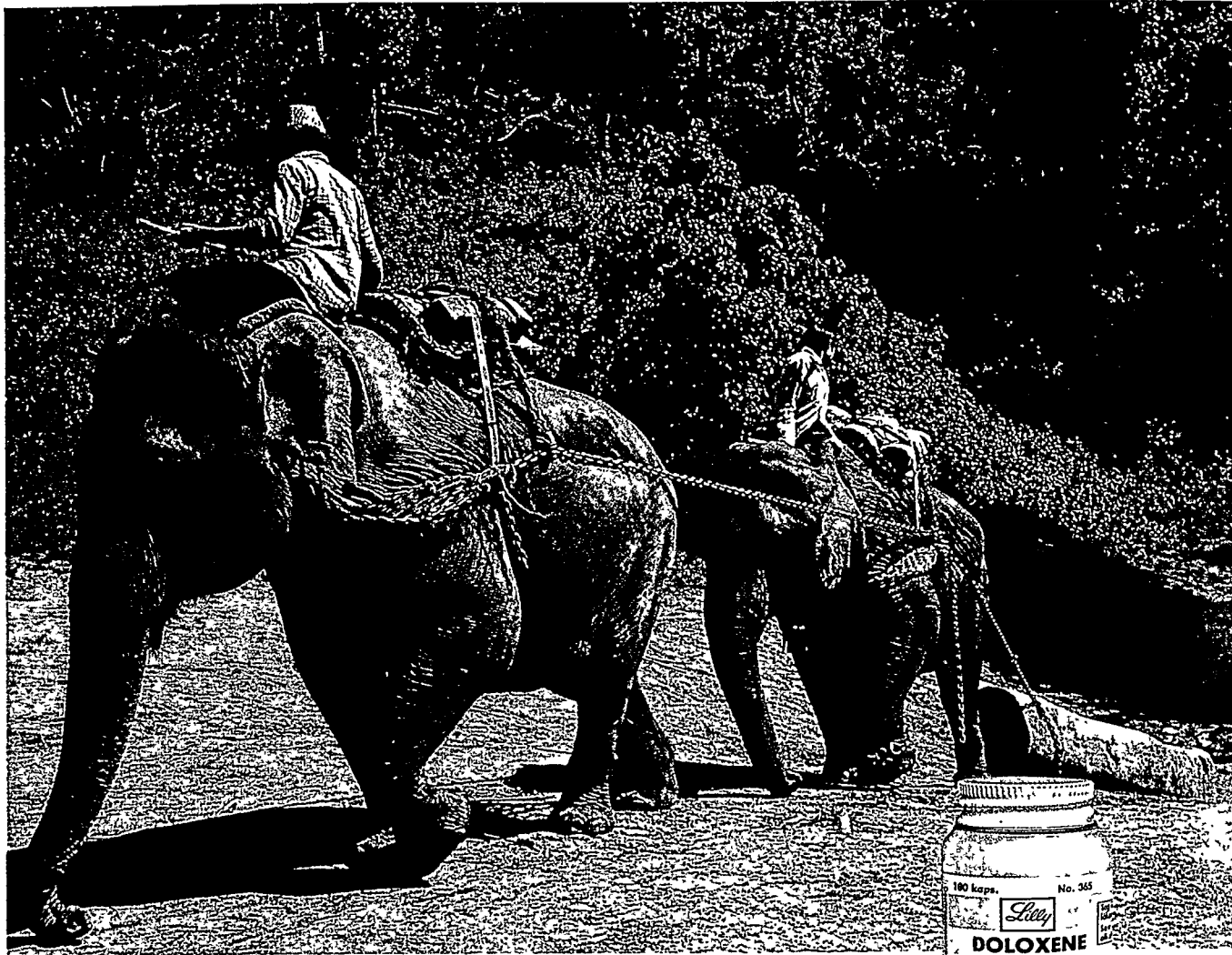


Trevlig
sommar!

3
1990

Examen i
Allmänmedicin

Tillsammans blir vi starkare.



DOLOXENE®

Rent dextropropoxifen.

Ger förstärkt smärtlindring* kombinerat med perifert verkande analgetika/NSAID.

Dosera 100 mg×2-3.

Lilly

Eli Lilly Sweden AB, Box 30037, 104 25 Stockholm, Telefon 08-13 02 50.

▲ **Doloxene. Deklaration:** 1 kapsel innehåller; Dextropropoxyphen. napsyl. 50 mg aut 100 mg. **Egenskaper:** Dextropropoxifen napsylat är ett centralt verkande analgetikum. **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:** Kapslar 50 mg. 50 st. 100 st. Kapslar 100 mg. 20 st, 50 st, 100 st.

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

Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1990. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagarna.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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 Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 112 47 Stockholm
Tel: 08/51 67 60

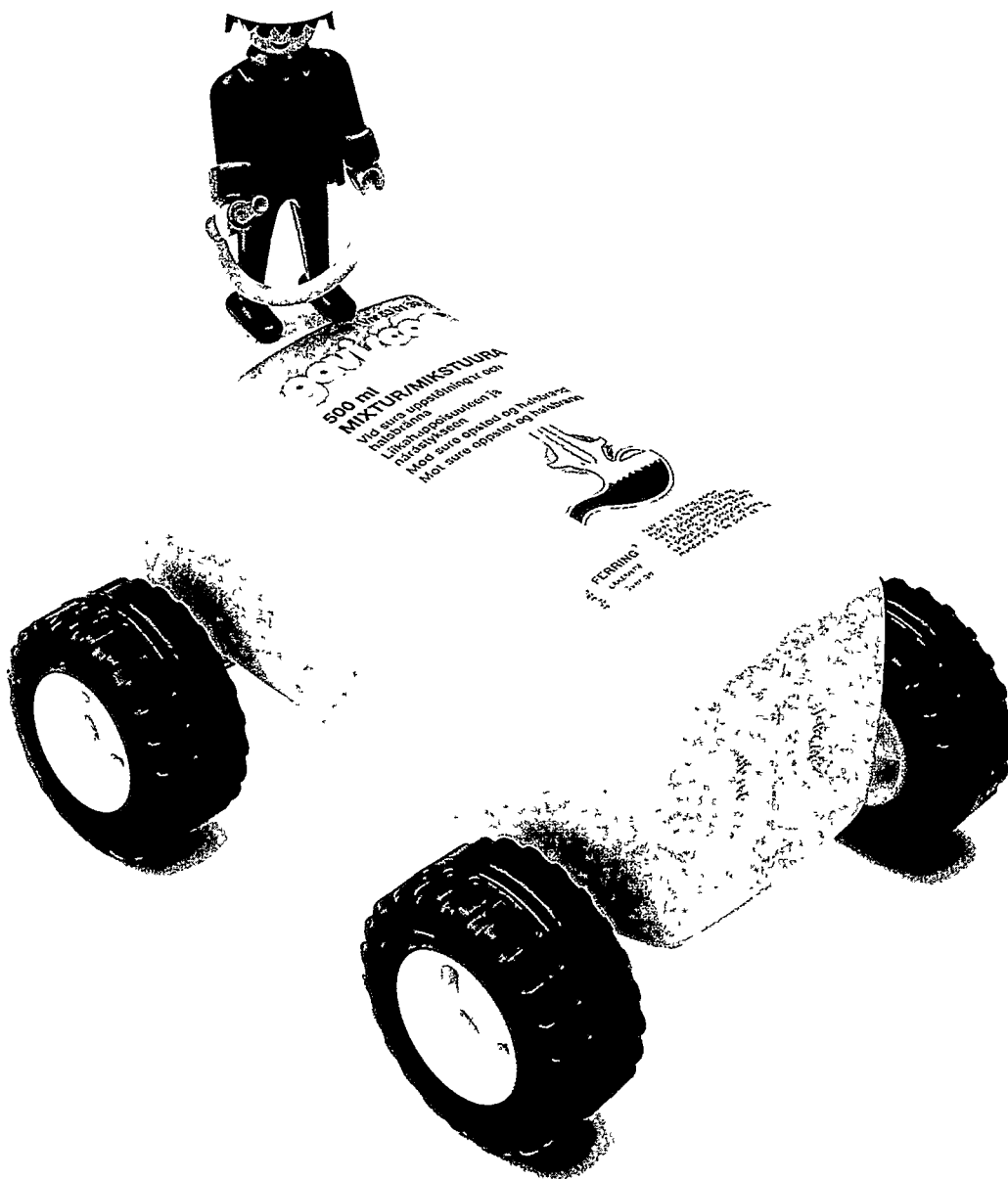
Prenumerationsavgift:
400 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmänmedicin).

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

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

ISSN 0281-3513

Kalendariet	91
Ledare:	
Vad ska vi göra med amalgampatienterna? <i>Anna-Karin Furhoff</i>	92
Nytt från SFAM:	93
Debatt:	
Rehabilitering – till nytta för vem? <i>Gunilla Risberg</i>	96
Debatt Kommentar:	
Familjemedicin – innovation eller allmänmedicin i ny skepnad <i>Hans Thörn</i>	97
Akupunkturbehandling av smärtpatienter <i>Hans Dufmats</i>	100
Kroniska smärtpatienter behöver kunniga allmänläkare! <i>Hans Thörn</i>	100
Doktorsavhandlingar från primärvården:	
Urinary tract infection in primary health care Aspects of clinical evaluation, etiological factors, laboratory diagnosis and therapy <i>Eva Österberg</i>	101
Kurser & Konferenser:	
Rapport från skolläkarmöte i Sundsvall 18–19 januari 1990 <i>Cecilia Björkelund</i>	104
Pris till FV-läkare	104
Rapport från Hörby marknad <i>Göran G Jonsson, Maria Öreberg, Kjeld West</i>	106
 Apoteksbolaget	109–112
Den brinnande distriktsläkaren <i>Bengt Larsson</i>	113
Felodipine som tillägg till metoprolol vid behandling av hypertoni – en multicenterstudie genomförd på 23 svenska vårdcentraler <i>Calle Bengtsson</i>	114
Examen i allmänmedicin:	115–121
Sammanställning av specialistutbildning <i>Margareta Troein</i>	115
Levnadsbeskrivning <i>Christer Nordenhäll</i>	116
Eget skriftligt arbete <i>Gösta Tibblin</i>	116
Genomgång av litteratur <i>Anna-Karin Furhoff</i>	116
Skriftligt prov <i>Göran Westman</i>	118
Quo vadis? <i>Robert Svartholm</i>	120
Skriftlig dokumentation <i>Torgny Karlsson</i>	120
Handledaryttrande <i>Birgit Breitholtz</i>	121
I allmänläkarens verkstad, att bedöma konsultationen <i>Carl Edvard Rudebeck, Björn Olsson</i>	121
Doktor Anton Tjehov och allmänmedicinen Skönlitteratur som väg till människokunskap <i>Ingemar Hermansson</i>	123
Grupp-BVC – ett arbetssätt med många fördelar <i>Bo Werner</i>	127
Recensioner:	
Ljungberg B, Tunving K, Andersson B. Rena sprutor till narkomaner – HIV-förebyggande åtgärder enligt Lundamodellen <i>Karin Bengtsson</i>	130
Andersen HB, Eriksen J, Hauberg Johansen S (red). Smärter og smertebehandling <i>Ingemar Andersson</i>	131
Höök O. Medicinsk rehabilitering <i>Charlotte Ekdahl</i>	131
Markus A-C, Murray Parkes C, Tomson P, Johnston M. Psychological problems in general practice <i>Christer Petersson</i>	132
Sjöberg C, Thunberg B. Miljöboken <i>Anders Håkansson</i>	132



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, tuggtabletter och avdelade pulver.

gaviscon[®]
alginat
det specifika antirefluxmedlet

1990

MAJ

□ **21 maj.** Temadag - Riktlinjer för Good Clinical Trial Practice (GCTP) - misstroendevo- tum eller kvalitetsnormer? Svenska Läkaresäll- skapet, Stockholm.

Information: Ann Odebrand eller Inger Fager- håll, Apotekar societeten, Box 1136, 11181 Stockholm, tel 08-24 50 85.

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

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

□ **27 maj-1 juni.** XXIVth World congress on sports medicine, Amsterdam, Nederländer- na.

Information: Sports Medicine Congress Secre- tariat, PO Box 90, 6860 AB Oosterbeek.

□ **28-31 maj.** Int Society for the Prevention of Iatrogenic Complications, Elsinore, Dan- mark.

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 Re- search in Sport and Physical Education, Sta- tion, 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: Epide- miology and field research methodology, UMEA.

Information: Maria Emmelin (secr). Dept of Epidemiology and Health Care Research, Uni- versity of Umeå, S-90187 Umeå. Tel 090- 102769.

□ **6-8 juni.** Symposium: New technologi- es in the health information systems, BARCE- LONA, Spanien.

Information: Congress Hall of Barcelona, Av. Maria Cristina s/n, E-08004 Barcelona. Tel 34- 3-423 3101.

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

Information: Överl Olof Lyngstam, tel 031- 84 04 90, Allmänmedicinskt centrum i Göteborg eller VITEC. Sv Mässan. Anitha Asplind. Tel 031-109100.

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

Information: Sekr Irma Engström, Institutionen för Allmänmedicin, Umeå universitet, 90185 Umeå. Tel 090-15 80 66.

□ **7-9 juni.** 2nd European conference on health education, WARSAWA, Polen.

Information: Dr Cezary Korczak, President, Congress Organizing Committee, ul. Karowa 31, 00-324 Warszawa, Polen.

□ **12-21 juni.** Course: Epidemiology: chro- nic disease control and prevention. CAM- BRIDGE, Storbritannien.

Information: The British Council.

□ **16-21 juni.** XIVth World conference on health education, HELSINGFORS, Finland.

Information: Conference Secretariat, Congrex, PO Box 1031, SF-00101 Helsingfors.

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

Information: L Laurén, Hematology Laborato- ry, Karolinska sjukhuset, 104 01 Stockholm.

JULI

□ **31 juli-5 augusti.** The second congress on human rights, medicine and law, GABARO- NE, Botswana.

Information: International Centre of Medicine & Law, University of Botswana, PO Box 4182, Gabarone, Botswana.

AUGUSTI

□ **13-17 augusti.** The 18th European confe- rence on psychosomatic research, HELSING- FORS, Finland.

Information: Conference secretariat Congress Management Systems, PO Box 189, SF-00171 Helsinki, Finland.

□ **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 Eu- ropean Federation for Medical Informatics, Glasgow.

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

SEPTEMBER

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

Information: Prince and Princess of Wales Hos- pice, 73 Carlton Place, Glasgow G5 9TD, Scot- land, Storbritannien.

□ **13-14 september.** Allmänmedicinskt forum. Astra-Gruppen.

□ **26-29 september.** American Academy of Family Physicians, Annual Scientific Meet- ing, Washington DC.

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

OKTOBER

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

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

Information og tilmelding: Læge Allan Pelch, Lægehuset Vognporten 6, DK-2620 Alberts- lund. Telefon 42 64 11 44 el 42 64 42 30 (dagtid) 42 89 38 17 (kvällstid). Samflygning från Kastrup lördag 6/10 med TWA. Preliminär anmälnings- avgift 1000 kr. Kongressavgift \$250 erlägges i augusti.

SFAMs höstmöte

äger rum i Västerås 8-10 novmber 1990.

Vidare information kan fås av Sven Kullman, Kommunhälsan, 631 86 Eskilstuna, tel 016-10 24 80 eller Jerzy Leppert, FoU-enheten, Centrallasarettet, 721 89 Västerås, tel 021-17 28 07.

Anmälan om föredrag/posters till Riksstämman

Anmälan om föredrag eller poster till de allmänmedicinska sessionerna vid Läkaresällskapets Riksstämma skall sändas in före den 24 augusti 1990. Blanketter för anmälan av föredrag eller poster, tillika abstractfor- mulär, kommer att sändas ut i mars/april och kan vid behov rekvideras från undertecknad. Vi hoppas inom SFAMs styrelse att få in många anmälningar. Riksstämman blir nästa gång 5-7 dec 1990.

Abstractformulären insändes till undertecknad - starta i god tid! Det är stor risk att tiden blir knapp annars dagarna före den 24 augusti.

Calle Bengtsson

Professor vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg, vetenskaplig sekreterare i SFAM

Adress:

Allmänmedicinska institutionen,
Redbergsvägen 6
416 65 GÖTEBORG

Vad ska vi göra med amalgampatienterna?

LB 06479

ANNA-KARIN FURHOFF

I allmänna läkarinstruktionen heter det att läkaren ska "i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, såvitt möjligt, den behandling, som patientens tillstånd erfordrar". I och för sig är detta ingenting märkvärdigt utan innebär endast det självklara att de råd och den behandling, man utsätter patienten för ska vara vettiga och om möjligt effektiva, och att läkaren ska kunna svara för att så är fallet.

I princip enkelt – i praktiken svårt. Särskilt svårt är det när det inte är läkaren som står för initiativet utan det är patienten som vill att läkaren ska vidta eller sanktionera en åtgärd, som han/hon inte bedömer vara förenlig med vetenskap eller beprövad erfarenhet. Ofta rör det sig om sådant som ligger utanför den etablerade medicinen, tex remiss till alternativmedicinska yrkesutövare, eller kanske en begäran om att få pröva en medicin som hjälpt en släkting. Det kan vara svårt att balansera respekten för patientens självbestämmande mot kravet på intellektuell och yrkesmässig hederlighet.

Låt oss titta på ett område som av och till vållar problem av det här slaget, och se om något finns att lära.

Under minst tio år har vi i olika sammanhang träffat på människor som varit övertygade om att deras besvär orsakats av kvicksilvret i tändernas amalgamfyllningar. Vi har läst om dem i tidningarna, när de krävt att amalgam ska förbjudas, hört om dem av tandläkare, och träffat dem bland släkt och vänner. Någon gång har de också kommit som patienter till vårdcentralen.

Debatten kring kvicksilver i amalgam är snårig och svår att få grepp om. De teoretiska resonemangen har varit omfattande medan den praktiskt kliniska kunskapen förefallit bräcklig. Att sedan förklaringsmodellerna skiftat tid efter annan har bidragit till osäkerheten: oral galvanism avlöstes av lågdosförgiftning som tänkbar orsak, och har nu i sin tur fått ge vika för diskussioner om immunologiska mekanismer och hereditärt betingade individuella skillnader i tolerans.

En del av förvirringen beror på att man försöker diskutera två problem samtidigt. Det ena problemet handlar om vad som händer med metalliskt kvicksilver i människokroppen. Tack vare amalgamdebatten vet vi idag betydligt mer om upptag, metabolism och utsöndring än vad vi annars skulle ha gjort. Boken "Kvicksilver/amal-

gam – hälsorisker" (Socialstyrelsen redovisar 1987:10) ger en bra sammanfattning av den dittillsvarande forskningen. Det stämmer till eftertanke att där läsa om den goda resorptionen av kvicksilver (80%), och om den relativt långsamma utsöndringen (halveringstid 60 dagar för huvuddelen). Metalliskt kvicksilver kan penetrera blod-hjärnbarriären och placentabarriären. Det inlagras i bla hjärnvävnad och njurvävnad. Mycket av denna kunskap härstammar från yrkesmedicinens erfarenheter av kvicksilverförgiftningar i industrin, men under de senaste åren har det också kommit resultat som grundar sig på undersökningar av människor utan yrkesmässig exposition. Ännu finns det dock ingen forskning som visar att kvicksilver i de mängder som är aktuella vid amalgambehandling skulle ge upphov till patologiska processer hos människa, eller utgöra bevismässigt stöd för någon viss förklaringsmodell.

Det andra problemet gäller orsaken till de symtom, som de drabbade själva är övertygade om härrör från kvicksilver i amalgam. Här är litteraturen än så länge betydligt magrare, och de undersökningar som gjorts (bland annat av professor Calle Bengtsson i Göteborg) har huvudsakligen haft negativt resultat. Fler kliniska studier av klassiskt slag behövs. som motvikt till den strida strömmen av okontrollerbara fallbeskrivningar och teoretiska spekulationer. Såvitt jag känner till finns det för närvarande inte några forskningsresultat som visar på ett samband mellan sjukdomssymtom och kvicksilver i amalgam.

Det är viktigt att hålla isär dessa två problem, både i den vetenskapliga diskussionen och i det praktiska patientarbetet.

Det är idag huvudsakligen två grupper av patienter som vill diskutera kvicksilver som tänkbar sjukdomsorsak. De flesta är människor som känner till kvicksilver som ett gift för djur och människor, och för vilka kvicksilver är en av flera differentialdiagnostiska möjligheter. Andra är fast övertygade om att deras symtom beror på kvicksilver i amalgam. För de förstnämnda patienterna är det i regel tillräckligt att läkaren kan ge en annan, mer plausibel förklaring till besvären, medan endast ett fåtal specialintresserade läkare torde ha tillräckliga kunskaper för att kunna möta människor ur den sistnämnda gruppen i en jämbördig diskussion.

De patienter som är övertygade om

att deras symtom beror på amalgam utgör överhuvudtaget en grupp som det är svårt att möta på ett sätt som blir tillfredsställande för både patient och läkare. Att det är patienten som är specialisten på den egna upplevelsen torde inte någon ifrågasätta. Svårigheterna kommer i stället i nästa fas, när läkare och patient tillsammans diskuterar tänkbara orsaker till besvären, och vilka åtgärder som ska vidtas. Att markera respekt för patientens upplevelse, och samtidigt hävda den egna sakkunskapen när det gäller utredning och diagnostik är i de här sammanhangen inte alltid en lätt sak, och frestelsen kan vara stor att ge efter för de krav patienten ställer.

Just när det gäller amalgam händer det dock för närvarande en hel del som kan komma att göra det lättare att stå emot.

Riksdagen har anslagit tre miljoner kronor till forskning kring amalgam. Pengarna fördelas av medicinska forskningsrådet, och förhoppningsvis kommer en rejäl andel att satsas på kliniska studier.

Socialstyrelsen, som redan 1988 gav ut allmänna råd om omhändertagandet av människor med symtom som upplevs orsakade av kvicksilver i amalgam (SoSFS 1988:9), håller nu på att tillsätta en ny expertgrupp med uppgift att värdera och sammanfatta den hittillsvarande litteraturen, och att fortlöpande följa den som kommer.

Även inom den offentliga vården växer det fram en insikt om att ett gott omhändertagande av denna patientgrupp ställer särskilda krav. Många sjukvårdshuvudmän har redan genomfört eller planerar att genomföra utbildnings- eller informationsaktiviteter kring amalgamfrågan. I vissa landsting har man bildat samverkansgrupper i syfte att förbättra vården, och i några landsting har man utarbetat skriftliga rekommendationer för omhändertagandet. Inte oväntat finns här distriktsläkarna med på framträdande plats.

Jag är väl medveten om att det mesta är åtgärder som (möjligen) kan underlätta omhändertagandet i framtiden, men som är till föga praktisk hjälp i nuläget. Men vetenskapen om dessa aktiviteter kan vara en hjälp att stå emot den hopplöshet som annars kan göra att läkaren i brist på annat ställer upp på åtgärder som han/hon inte känner sig helt lycklig över.

Naturligtvis finns det tillfällen när det är riktigt att avvika från den etab-

lerade, smala vägen. Någon gör en iakttagelse som föder tvivel om att ditills gängse sanning gäller i just detta fall, hittar på något annat, och en ny undersökningsteknik eller behandlingsform har sett dagens ljus.

Men den som gör ett sådant avsteg måste ta ansvar för sitt handlande genom att se till att det sker på ett sådant sätt att både vederbörande

själv och andra lär sig något på kuppen. AllmänMedicin och SFAM:s höst- och vårmöten lämpar sig väl för sådant erfarenhetsutbyte. Erfarenheten blir inte beprövad förrän fler än du själv gjort den till sin.

Så var inte rädd att rekommendera borttagandet av amalgamfyllningar till den som upplever att amalgam är orsaken till deras onda, pröva akupunk-

tur som hjälpmedel i rökavvänjningen och låt tusen blommor blomma i allmänmedicinens nyodlingar, men ta vara på frukterna, och låt oss andra få veta hur det smakar!

Författarpresentation

Anna-Karin Furhoff, tf klinisk lärare, Institutionen för allmänmedicin

Postadress: Paradistorg 4, 141 47 Huddinge

Nytt från SFAM

Ett årsmöte är ett summeringstillfälle i en förenings liv. Verksamhetsberättelsen samlar ihop och redovisar. Men lika litet som ett decenniebyte medför plötsligt nytt och allt gammalt borta, lika lite är SFAMs aktiviteter och ärenden enbart nya. Vi arbetar i ett kontinuum. Vad sker då under 1990?

Medlemmar

Vi vill med hjälp av våra lokalombud, och övriga medlemmar fortsätta att sprida kännedom om föreningen. Nya medlemmar kommer i fortsättningen att välkomnas i föreningen med en informerande hälsning från ordföranden.

Vi har under januari agerat till stöd för **praktiserande allmänläkare** inför taxeförhandlingarna, och hoppas genom detta konkreta arbete föda insikt i den gruppen att SFAM är en förening för dem.

Eftersom **företagsläkarna** oftast är allmänläkare, och våra arbetsuppgifter i mycket lika, vill vi skapa fasta relationer med den gruppen. Höstmötet i Västerås kommer att innehålla programinslag med syfte att skapa insikt om hur mycket vi har gemensamt, och locka till medlemskap.

Styrelsen har gemensamt med Distriktsläkarföreningens styrelse besvarat en propå från Svensk Kirurgisk Förening att primärvårdens läkare skulle ta över stora delar av jourverksamheten på akutmottagningarna. Vi anser att primärvårdens läkare skall ha ansvar för den kirurgi som är en del av allmänläkararbetet. Så sker redan idag på ställen där man byggt ut primärvården till acceptabel distriktsläkartäthet. Innan detsamma kan ske på sjukhusorter måste en omfördelning av resurser ske. Den rekryteringsproblematik som den kirurgiska specialiteten upplever, och anför som skäl för omfördelning av arbetsbördan, kan inte den ofullständigt utbyggda allmänmedicinen/primärvården lösa.

Utbildning

Den nya läkarutbildningen är på gång. Tidpunkten för när den skall börja gälla ligger fast, 1:a januari 1992. Mycket skall göras innan dess. Äm-

nesexpertgruppen väntar sig att under våren få uppdraget av socialstyrelsen att komma med nytt förslag till målbeskrivning för den nya specialistutbildningen. Det måste kopplas till ett tjänstgöringsprogram, och här har SFAM viktiga uppgifter. Vi räknar med att göra en del av det arbetet tillsammans med andra specialistföreningar, hittills har vi en kontakt med öronläkarna.

På det lokala planet är det viktigt att allmänläkarna agerar för att väcka huvudmännen till insikt om det större ansvaret i specialistutbildningen. Vi måste tillsammans skapa en organisation och struktur för specialistutbildningen, som ger förutsättningar för en bra utbildning. Handedarutbildning och studierektorer är centralt i det arbetet. Läkarförbundet har via sin grupp SPUR (specialistutbildningsrådet) inlett ett arbete med syfte att öka medvetenheten hos huvudmännen för detta. Läkaresällskapet arbetar med specialistexamen som ett sätt att via avläsning av utbildningsresultatet återföra erfarenheter till utbildningssystemet. Begreppet kvalitet är det centrala, och det är det som måste säljas till huvudmännen.

I Läkartidningen och AllmänMedicin har pionjärarbetet med specialistexamination i allmänmedicin beskrivits, och vi har fått positiv uppmärksamhet. Nu gäller det att komma vidare, pröva formen på fler ställen, och att utveckla den. Styrelsen har tillsatt en kommitté för specialistexamination med Ulf Måwe som ordförande, och har avsatt medel i budget för fortsättningen.

Efterutbildningsfrågorna är viktiga. DUR (Distriktsläkarnas Utbildningsråd), där både DLF och SFAM finns med, har fått i uppdrag att till Provinssiälläkarfondens styrelse komma med förslag till förnyelse av kursutbudet, så att det blir ett modernt och representativt komplement till de organ- och ämnesspecifika kurserna. Allmänmedicinskt Forum i september, som Astrakongressen tagit initiativ till, ser vi som ett försök att utveckla nya former för att till medlemmarna i SFAM sprida aktuell och giltig kunskap för

att ge våra patienter bästa möjliga omhändertagande. Vi har därför ställt oss bakom det. Symposierna kommer att dokumenteras, så att även de som inte har möjlighet att närvara kan ta del av dem.

Föreningsmöten

Vårmetet i Östersund tillsammans med DLF har alla medlemmar fått separat inbjudan till. Vi hoppas att många möter upp. Höstmötet blir i Västerås den 8-9 november. Vårmetet 1991 äger rum i Ronneby den 25-26 april. Planering för möten till och med 1992 pågår på olika håll i landet. De som är intresserade av att arrangera föreningsmöten längre fram ombeds kontakta styrelsen.

Annat

Vardagsarbetet i styrelsen handlar om remisser, kontakter, representation i olika grupper, ansvar för och arbete med tidskriften via den välfungerande redaktionen, och mycket annat. Under våren ska vi bl a lämna remissvar på alternativmedicinkommittens betänkande. Det står alltid våra medlemmar fritt att till styrelsen lämna synpunkter på remissvarsutformningen. I ökad utsträckning vill vi för remissbesvarande inom speciella områden engagera medlemmar med specialkunskaper inom just de aktuella områdena.

Vi noterar med tillfredsställelse att det blir fler lokalavdelningar inom SFAM. Vi ser även gärna att det runt SFAM-styrelsen etableras grupper kring speciella ämnesområden. Fristående grupper, där styrelsen kan få hämta kunskap och få förslag till utbildningsinsatser och riksstämmesymposier med mera. Man kan erinra om den datagrupp som funnits. Vi kan inte stödja sådana grupper ekonomiskt utan att höja medlemsavgiften, men om behovet skapas så kanske årsmötet är berett att agera.

För SFAMs styrelse
Mats Ribacke
Ordförande



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
FOR 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 genomblodning av perifera kärl.

Rehabilitering – till nytta för vem? *LB 06480*

GUNILLA RISBERG

SOU 1988:41 handlar om tidig och samordnad rehabilitering. De förslag som finns i rehabiliteringsberedningens betänkande föreslås börja gälla från den första juli 1990. I betänkandet fastslås primärvårdens centrala roll när det gäller rehabilitering.

Rehabiliteringsarbete på vårdcentral – en modell

På Tegs vårdcentral har vi i tio år arbetat aktivt med rehabiliteringsfrågor. Vi har ett arbetssätt som i mycket påminner om det beredningen förslår. För oss har det spelat en central roll och vi vet att det är bra. Genom att berätta hur vi arbetar vill jag peka på vad som behövs för att nå ett bra resultat, men också om vad som kan vara begränsande i rehabiliteringsarbetet.

Viking Falk, sakkunnig i beredningen, säger i ett särskilt yttrande att många rehabiliteringsproblem innehåller sociala och psykosociala faktorer av dominerande betydelse. För att lösa dessa krävs direkt medverkan av personer med social kompetens i primärvården.

När vår vårdcentral öppnade 1980 hade vi förmånen att som enda vårdcentral i Västerbotten ha en kurator bland personalen. Vårdcentralens läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kurator utvecklade snabbt genom sin tvärfackliga bredd, stort intresse och därigenom ökande kunskaper, ett arbetssätt som går ut på att identifiera patienter, som kan tänkas löpa risk att bli långtidssjukskrivna. I övervägande antalet fall rör det sig om patienter med problem från rörelseapparaten. Här ger vi fysikalisk och annan medicinsk behandling för smärtan, utför nödvändigt socialt utrednings- och behandlingsarbete, ger stöd vid den kris som sjukdom och eventuellt arbetsbyte oftast innebär, kartlägger utbildnings- och arbetslivsfrågor och samordnar kontakter med till exempel försäkringskassa, arbetsförmedling eller arbetsgivare. Allt detta sker förstås, som utredningen nu också förutsätter, i samråd med den enskilde, utgående från hans eller hennes individuella förutsättningar.

Var fjortonde dag träffas distriktsläkare, sjukgymnast, kurator och ibland arbetsterapeut på rehabiliteringskonferens. Då hör vi med varandra hur långt vi kommit i aktuella patientärenden och planerar och fördelar ansvar. Den som har huvudansvaret för patienten har rådgjort med denna före mötet. Vi har inte patienterna med på dessa träffar eftersom en och en halv

timme måste räcka till 20–30 patientärenden. Förutom att dessa konferenser för rehabiliteringsarbetet framåt, fungerar de som intern handledning, vidareutbildning och information till ny personal och elever.

Konsultmedverkan

På dessa konferenser hade vi, från juni 1983 och två och ett halvt år framåt, en läkare från allmänna rehabiliteringskliniken vid Regionsjukhuset i Umeå som konsult en gång per månad. Antalet patienter som han under denna tid tog över till rehabiliteringskliniken för ytterligare åtgärder var få. Vi fick istället stöd och uppmuntran i vårt arbete och fick bekräftat att rehabiliteringskliniken inte hade något mer att erbjuda.

Bland våra patienter med problem från rörelseapparaten märkte vi snart att vi i en del fall ville ha ortopedbedömning för att få besked om en operation skulle kunna förbättra patienten. Väntetiden på ortopedkliniken kunde vara ett halvt till ett år innan vi (i de flesta fall) fick besked om att ingen operation var aktuell. Efter många års kamp för att få ortopedkonsult till vårdcentralen för att få till stånd en snabb bedömning och kunna gå vidare i rehabiliteringsarbetet när operation inte är aktuell, gick ortopedkliniken med på försöksverksamhet med konsult, vilken startade i slutet av 1985. Försöket slog så väl ut att alla vårdcentraler i sjukvårdsdistriktet efter ett år ville få samma möjlighet. Under ett års tid kunde detta ordnas, men därefter tillät inte ortopedklinikens ekonomiska ramar en fortsatt konsultverksamhet. Det är olyckligt och svårt att förstå för oss eftersom patienterna försenas i sin rehabilitering och ortopedkliniken ändå har dem på sin väntelista.

Lokala rehabgruppen blir miniträff

Formella kontakter med myndigheter utanför sjukvården, framför allt försäkringskassa och arbetsförmedling, sköttes de första fem åren helt och hållet i de lokala rehabgrupperna. Efter hand fann vi det alltmer tungrott och opraktiskt att dra patientärendena där eftersom såväl försäkringskassa som arbetsförmedling sällan representerades av patientens ordinarie handläggare. Sedan december 1985 sköts lokala rehabgruppens arbete i så kallade miniträffar där patienten tillsammans med sin läkare, sjukgymnast och kurator träffar handläggare från försäkringskassa och arbetsförmedling al-

ternativt arbetsgivare för planering. Lokala rehabgruppen träffas nu bara två till tre gånger per år för diskussion i policyfrågor och information angående nyheter inom respektive myndighet. Systemet med miniträffar har spritts till övriga vårdcentraler inom distriktet.

Förutsättningar för gott rehabiliteringsarbete

Med ovanstående vill jag ha sagt

- att primärvården måste vara basen i rehabiliteringsarbetet bland annat på grund av att vi bäst kan belysa patientens hela livssituation, förutsatt att samarbetet är gott inom vårdcentralens rehabiliteringsorganisation;
- att rehabiliteringsarbetet tar tid och för att vi skall slippa interna väntetider behövs personalförstärkingar i primärvården i form av flera läkare, sjukgymnaster och kuratorer;
- att i primärvården behövs utbildning i att bemöta, diagnostisera och behandla patienter med problem från rörelseapparaten, så att intresse och kunskap i dessa frågor kan öka;
- att allmän rehabiliteringsklinik och ortopedklinik skall vara våra konsulter när vi "kör fast" och de måste då vara tillgängliga inom kort tid så att rehabiliteringen inte försenas.

Finns strukturella hinder för rehabilitering?

Med vårt arbetssätt fångar vi tidigt upp patienter som behöver rehabiliteringsinsatser. Jag vill också påstå att vi hjälper patienterna genom rehabiliteringsprocessen på ett värdigt sätt utan att kränka den personliga integriteten. Förväntningar på att patienterna kommer åter i arbete i högre grad och tidigare än med annat arbetssätt kan ännu inte bekräftas. Jag känner mig inte alldeles säker på att så är fallet. De väntetider som finns inom sjukvården och till andra myndigheter kan spela in, men jag vill också peka på några andra tänkbara orsaker.

★ Rehabiliteringsberedningen säger att rehabilitering går ut på att ge individen möjlighet att leva ett självständigt liv. För en person i yrkesverksam ålder betyder detta bland annat att ha möjlighet att försörja sig själv. Vi har i Sverige idag ett samhälle och en arbetsideologi där man ständigt måste vara optimalt presterande för att platsa i arbetslaget. Något tillspet-

sat kan man säga att den ideala arbetskraften representeras av en individ som är 25–40 år, ej har barn, alltid är frisk och arbetar till 110 procent av sin normala kapacitet. Är man något annat passar man inte riktigt in och blir till besvär för arbetsgivaren och för arbetskamraterna. I ett sådant samhällsklimat kan ett stopp för utredningar och behandlingsförsök i rimlig tid vara en lyckad rehabilitering också om det leder till sjukbidrag eller pension. Rehabiliteringsutredningen utgår från att arbete är gott, men min erfarenhet är att det inte är så för alla. Inte med det sätt som vi idag definierar effektivitet och produktivitet. Kanske är det dags att definiera om dessa "heliga kor". Jag menar att det är definitivt fel att offra enskilda individer för dessa principer genom att säga "du

är inte sjuk" eller "sjukskrivning gör dig sjukare".

★ En annan viktig sak till sist. Rehabiliteringskliniken i Umeå har en ryggenhet. Där är 75 procent av patienterna kvinnorna. På vår vårdcentralens senaste rehabiliteringskonferens diskuterade vi 24 patienter. Arton av dessa var kvinnor, de flesta födda på 50- och 60-talen. Nyligen publicerades siffror som visar att kvinnors sjukskrivningsfrekvens ökat med 50 procent de senaste tio åren, mäns med 15 procent. Detta borde problematiseras i forskning och i utredningar kring rehabilitering. Om vi skulle utgå från dessa kvinnors verklighet skulle vi kanske ställa andra frågor än de vi nu gör. Då skulle vi inte fråga "Hur skall vi spara pengar åt samhället genom att lära patienterna, det vill säga kvinnorna, att ar-

beta med och leva med sin smärta?" Vi skulle kunna fråga vad det är i kvinnornas verklighet som gör att de får ont och blir sjuka. Det skulle inte förvåna mig om vi kommer fram till att kvinnors dubbelarbete och utbredningen av sexuell våld mot kvinnor spelar stor roll. Vi skulle då kunna fråga "Kan vi spara pengar åt samhället genom att verka för en förändring av dessa förhållanden?" Jag har inte sett några sådana funderingar i rehabiliteringsberedningens betänkande. Om verkligheten och lösningarna inte ryms inom utredningsdirektiv och forskningsparadigm måste vi våga gå utanför.

Författarpresentation

Gunilla Risberg, distriktsläkare.

Tegs vårdcentral, Fack 5027, 90005 UMEÅ

Debatt Kommentar

Familjemedicin – innovation eller allmänmedicin i ny skepnad?

HANS THÖRN

För en allmänläkare på landet verkar familjemedicin vara ett bekant tema. Är inte familjemedicin det vi arbetar med varje dag? Vi ser ju ofta medlemmar ur samma familj för olika sjukdomar och problem. Ofta inser vi samband mellan problem och familjesituation, hereditet och uppväxtmiljö. Vi har nära kontakt med familjemedlemmar i livets skeden och brytningstider. Är inte detta familjemedicinens essens? Ja och nej. Familjemedicin är både detta och något annat.

I USA och Canada har erfarenheter från familjeterapi och systemteori befruktat det vi kallar allmänmedicin till familjemedicin. Allmänmedicinen har därigenom fått en kvalitativ förändring. Arbetsmetoderna, förhållnings-sättet till individen och hans närmaste omgivning har förändrats.

Den familjemedicinska litteraturen är inte så spridd i svenska allmänmedicinska sammanhang. En klassisk familjemedicinsk studie är Huygens omfattande beskrivning av en familjeläkarens mångåriga praktik i Holland. Där läggs tonvikten på förloppet i familjernas sjukhistoria. Huygens studie är mycket läsvärd men ger en något gammaldags bild av en familjeläkarens

verksamhet eftersom den beskriver förhållanden från slutet av andra världskriget och fram till sextioalet (1).

Från Nordamerika kommer en rikhaltig flora av familjemedicinsk litteratur som givits ut under det senaste decenniet. Flera exempel på denna finns i referenslistan (2, 3, 4).

Den familjemedicinska litteraturen har teorierna om familjesystem som en ideologisk grundbult och den traditionella medicinska vetenskapen som en annan.

Systemteori är en allmän teori som behandlar system – maktspel, olika krafters dynamiska samspel. Systemteori används t ex för elektroniska och ekologiska system, för sociala system och förstås för familjesystem. I alla familjer finns interaktioner och samspel som har en styrande funktion för våra beteenden inom familjerna och utanför familjerna.

Det finns bindningar och grupperingar i subsystem mellan olika medlemmar i familjerna. Ibland "vi flickor/pojkar". Ibland "vi vuxna" och "ni barn", etc.

För alla system finns gränser – dels mellan subsystem i familjesystemet, dels utåt mot andra system. Gränserna kan vara diffusa eller skarpa. Bindningarna mellan individerna kan vara olika starka. Ibland tycks dom saknas. Ibland tycks dom vara så starka att

individernas identiteter suddas ut även i deras eget medvetande.

Om gränserna mellan individerna är oskarpa blir gränserna utåt starkare och systemets anpassningsförmåga till förändringar sämre.

Ett familjesystem har regler för hur det skall fungera, vilken rangordning som skall gälla i olika frågor etc. Varje familj har sina myter och normer, sina förväntningar på livet. "Sådana är vi." "Så har vi alltid/aldrig gjort i min familj."

Bilden av familjen präglas av medlemmarnas sätt att samspela och kommunicera.

Denna, mycket kortfattade beskrivna modell utgör basen för systemtänkandet i familjemedicinska sammanhang. Avsikten med modellen är att skapa förståelse för vad som händer i en familj och ge underlag för åtgärder. Skillnaden jämfört med individriktade modeller är att vi försöker betrakta familjen som enheten och individerna som delar av enheten. Detta ger möjlighet att skapa förståelse för individernas aktioner och reaktioner i ett sammanhang. Förståelse för sammanhanget ger möjlighet till ingripande utan att skuldbelägga.

Det är ju sedan länge accepterat att närliggande händelser i familjen har en stark förmåga att påverka vår hälsa. Holmes/Rahe ger förändringar i våra närliggande personliga förhållan-

LB06481

den en hög poäng oavsett om det gäller förändringar med positiv innebörd eller förändringar av kriskaraktär (5).

I våra traditionella modeller är vi individinriktade eller populationsinriktade. Familjemedicinskt synsätt ger oss en modell för interaktion på ytterligare en nivå. Begreppet nytt paradig – ett nytt, övergripande synsätt – är giltigt för den nivå vi nu kommer upp till.

Familjeterapin och familjemedicinen har viktiga beröringspunkter. Synen på familjen som en funktionell enhet och utgångspunkten i systemteori är de viktigaste.

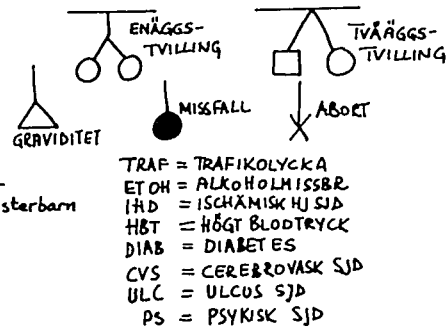
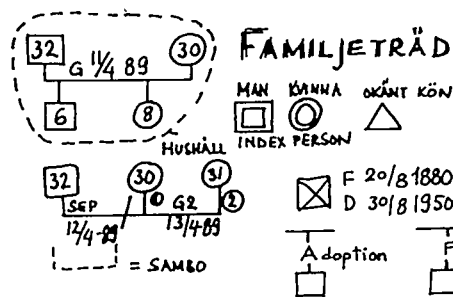
Men skillnaderna är lika viktiga. Rent praktiskt kan sällan familjemedicinen omfatta långvariga och intensiva familjebehandlingar. Familjemedicinen är en medicinsk specialitet som handlägger allmänmedicinska problem utifrån ett familjeinriktat synsätt. Den är inriktad på att lösa problem som hänger samman med livscykelns olika skeden, med livskriser, samlevnadsproblem och medicinska problem. Inriktningen är konkret problemlösning och långsiktig stödkontakt. Biologiska förändringar, växande, åldrande, sjukdomar och skador har en spegel på familjenivå. Familjens sätt att fungera kan utlösa en kris eller elakartad utveckling, lika väl som den kan bli ett kraftfullt stöd för en positiv utveckling.

Det är dags att vi lär oss arbeta med familjer. Hur ofta talar vi samtidigt med äkta makar eller med en hel familj? Vid långtidssjukskrivningar för till exempel kroniskt smärtsyndrom är det endast i undantagsfall som vi undersöker hur tillståndet påverkar familjen genom att tala med familjen. Trots att vi "vet" att familjens reaktionssätt ofta är en bidragande anledning till att smärttillståndet blir kroniskt.

Hur ofta gör vi familjen delaktig i behandlingen av olika "rent" somatiska sjukdomar som diabetes, malignitet? Jovisst. Om man arbetar på en liten ort som allmänläkare så pusslar man snart ihop de olika bitarna i patientens bakgrund och familj. Tre – generationers – familjen på samma ort finns faktiskt fortfarande. Problemet med oss som familjeläkare är att vi tar emot information från flera familjemedlemmar och behandlar dem individuellt men betraktar aldrig gruppen som en enhet eller utnyttjar gruppens styrka i behandlingsarbetet. Helheten är större än summan av delarna!

Vi har missat något av en grundsten för förståelsen av våra patienter – förståelsen av familjerna.

Det finns flera enkla och konkreta "ingångar" till ett familjemedicinskt arbetssätt. "Genogrammet" eller familjeträdet är ett exempel på en sådan metod (1, 6). Det är en traditionell grafisk framställning av familjen uppriktad i generationsnivåer, se figur. Man försöker rita upp minst tre gene-



rationer. Det är lätt att använda trots att det ser komplicerat ut och är en god utgångspunkt för samtal med patienten kring många viktiga frågor. Förväntningar på framtiden ur hälsosynpunkt och social synpunkt kommer ofta upp som en följd av beskrivningen av hur det varit tidigare i familjen och släkten. Likheter och skillnader mellan egen familj och ursprungsfamilj kommer ofta upp. Vilken kvalitet är det på relationen till olika grenar på trädet och varför? Vilka personer ger mej bekräftelse/diskvalificerar mej?

Efter att ha tränat på min egen familj och några till i omgivningen går det så snabbt att rita ett familjeträd att skissen ryms inom ramen för en 30 minuters konsultation. Har man gjort grundskissen av trädet klar kan man rita vidare vid ett senare tillfälle. Trädet ger ofta förvånansvärt hög avkastning redan tidigt. Fina öppningar i samtal kring mönster och regler har skapats. Ibland händer inte så mycket mer än att patienten ger en saklig information och uppenbarligen är nöjd över att jag visat intresse för de som står honom/henne närmast.

Familjemedicin är en felande länk som saknats i begreppet allmänmedicin. I SFAM:s programskrift "Allmänmedicinen inför år 2000" talar man om "allmänmedicinens kärna", om "sjukdomsorienterad praktik", "individinriktad praktik och samhällsorienterad praktik" utan att ens i förbigående nämna betydelsen av individens familj. Först på sidan 15 kommer en antydning om intresse för familjemedicin men mest som ett intressant forskningsområde.

Är familjemedicin med utgångspunkt i systemteori ett "terra incognita" för den svenska allmänmedicinen?

Vi måste börja arbeta för att tillföra allmänmedicinen familjemedicinsk kunskap. Familjemedicin är en klinisk verksamhet – inte en administrativ kvalitet. Ofta har diskussionen om vår verksamhet berört administrativa kvaliteter och inte kliniskt innehåll när man diskuterat vårdlag, kvartersakut, husläkare etc. Familjemedicin förekommer i olika administrativa miljöer. I Nordamerika blomstrar den i såväl privat som offentlig regi.

Familjen är en institution i gungning. Det är svårt att definiera dess gränser och regler. Just därför behöver vi kunskap kring företeelsen.

Referenser

1. Crouch/Roberts. The family in medical practice.
2. Doherty/Baird. Family therapy and family medicine.
3. Christie-Seely J. Working with the family in primary care.
4. Huygen FJA. Family medicine—the medical life history of families.
5. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. Psychosom Med 1967;11:213–8.

Författarpresentation

Hans Thörn, distriktläkare.

Postadress: Vårdcentralen. 455 00 Munkedal

Det nordiska folkhälsopriset 1990 har tilldelats professor Ragnar Berfenstam, Uppsala, "för hans nationellt och internationellt banbrytande insatser i forskning och undervisning i förebyggandet av barnolycksfall och för hans pionjärarbete i uppbyggandet av nordisk hälso- och sjukvårdsforskning".

Priset, som består av 25 000 SEK och ett diplom, har donerats av Folksam och utdelats av Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Lennart Köhler
Professor, rektor



HUD- OCH MUNDELSINFEKTIONER

Dalacin[®] kapslar

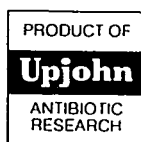
klindamycin

- ☉ DALACIN är effektivt mot stafylokocker, pneumokocker, streptokocker och anaeroba bakterier.
- ☉ DALACIN vid svåråtkomliga infektioner har en god penetrationsförmåga, vilket ger snabb effekt och smärtlindring.
- ☉ DALACIN vid penicillinöverkänslighet.

Biverkningarna är i allmänhet få. Gastrointestinala störningar är vanligast förekommande. I sällsynta fall, som med andra antibiotika, har allvarlig diarré förenad med pseudomembranbildning beskrivits. Skall inte ges till patienter med känd överkänslighet mot klindamycin eller linkomycin.

Dalacin kapslar, ett antibiotikum, finns i
75 mg kapslar 40 st
150 mg kapslar 40 st och 100 st
300 mg kapslar 16 st
Dessutom mixtur 15 mg/ml, 80 ml.

För fullständig information se FASS.



LB06482

Akupunkturbehandling av smärtpatienter

HANS DUFMATS

*Replik till Gunnar Engberg,
AllmänMedicin 1/90.*

Till skillnad från Gunnar Engberg anser jag att akupunkturbehandling ofta är en mycket lämplig form av behandling bland annat för kroniska smärtpatienter av typen fibromyalgi-syndrom. En del av dessa patienter har gått igenom alla tänkbara utredningar och prövat alla behandlingar men endast fått hjälp av akupunkturbehandling och kanske då endast kortvarigt men upplever ändå den lindring de erhåller av akupunktur som en skänk från ovan. Akupunkturbehandlingen skapar också mycket riktigt en bra kontakt med patienten som Hans Törn har funnit. Innan akupunkturbehandlingen börjar brukar jag ta upp anamnes, vari ingår bland annat patientens förväntningar på behandlingen och inställning till eventuell sjukskrivning och eventuell återgång till arbete. Man gör ett slags kontrakt med patienten. Detta arbetssätt rekommenderades vid kursen i akupunktur i Göteborg ledd av professor Sven A Andersson.

När det gäller fibromyalgi kan det tänkas att akupunkturbehandlingen aldrig avslutas. När det gäller behandling av akut lumbago ischias kan det tänkas att patienten blir frisk och arbetsför efter 3-7 behandlingar. Det samma gäller till exempel akut lateral humerus epikondylit.

I Kina förefaller befolkningen tycka att akupunkturbehandling är lika naturlig som svenskar tycker det är att gå till tandläkaren.

I Sverige är akupunkturbehandling enligt Socialstyrelsen för närvarande tillåten endast för behandling av smärttillstånd. Förhoppningsvis kommer även andra indikationer för behandling så småningom att tillåtas av Socialstyrelsen.

Efter drygt två års erfarenhet av akupunkturbehandling håller jag fortfarande med Hans Törn om att man får en bättre patientkontakt men det innebär också att arbetet blir mer krävande för behandlande läkare men medger också större tillfredsställelse

än behandling enligt "gammal" västerländsk modell.

För övrigt är jag mycket angelägen att i möjligaste mån aktivera patienten att ta på sig eget ansvar för sin sjukdom. Jag brukar inte bara tala om hur patienterna skall träna för att få mindre besvär och recidiv utan jag brukar också visa dem hur de skall träna i ord och med bild och med rörelser och genom litteratur.

Efter sju år som distriktsläkare, nio år som lungläkare och fem år som internmedicinare tycker jag mig ha uppnått större insikt i vad en läkare kan uträtta för patienten. Vad västerländsk medicin har uträttat för hälsa och överlevnad råder olika uppfattningar om. I Dagens Nyheter 90-01-13 skriver Eva Moberg i artikeln "Droppen mot stenen" om detta.

Författarpresentation

Hans Dufmats, distriktsläkare, vårdcentralen Länsmansgården

Postadress: Länsmanstorget 1, 417 40 Göteborg

Kroniska smärtpatienter behöver kunniga allmänläkare!

HANS THÖRN

Jag har svårt att känna mej riktigt träffad av den kritik av akupunktur som behandling och förhållningssätt vis å vis kroniska smärtpatienter som Gunnar Engberg framför i AllmänMedicin 1/1990. Kritiken är dock förtjänstfull eftersom det ger mej ett bra tillfälle att klarlägga en del missförstånd och slå hål på en del fördomar.

Akupunktur är en behandlingsmetod med en dokumenterad effekt vid i första hand kroniska smärttillstånd, migrän samt en del andra tillstånd och sjukdomar med rubbning i kroppens autonoma styrsystem. Metoden används med framgång vid smärtkliniker och av "smärtintresserade" läkare runtom i Sverige.

Akupunktur är dessutom ett förhållningssätt till patienten och hans smärttillstånd. Förhållningssättet innefattar en helhetssyn dvs patienten och hans sjukdom betraktas i ett sammanhang, biologiskt och socialt.

En patient som har en kronisk, godartad smärta upplever sej ofta som missförstådd av sjukvårdsetablissemang, av sitt sociala sammanhang.

Upplevelsen av att vara missförstådd kan leda till ett onödigt kvarblivande i smärtrollen. Smärtan är ett budskap om att patienten mår dåligt oavsett om det organiska underlaget är identifierat eller ej. Att samtala med en smärtpatient i samband med akupunkturbehandling är ett sätt att bekräfta smärtan. Själva akupunkturbehandlingen är också en slags bekräftelse. Denna bekräftelse har naturligtvis inget att göra med passivering eller bekräftelse av rätt till att fastna i sjukrolls beteende.

Det handlar istället om att identifiera och undanröja hinder för återgång till arbete. Vissa steg i aktiveringen kan man kräva som villkor för att behandling skall inledas. Det finns ingen fungerande pedagogisk metod som genom ett kort samtal och information kan lära en människa som fastnat i ett kroniskt sjukroll att ändra sitt beteende. Det kräver många målinriktade samtal där patientens sammanhang också inbegrips. Konkret formulering av behandlingsmål i olika steg kan ske.

Akupunkturbehandling ger bra tillfällen att utveckla denna metodik vilket visats på flera olika håll. Kunskap och inlevelse kommer man också långt med utan att för den skull passivisera patienterna. Kom gärna med nästa gång vi har en akupunkturkurs Gunnar Engberg! Gör först rent hus med dina fördomar kring akupunktur och visa gärna dokumentation på att helhetssyn, samtal och akupunktur passiviserar kroniska smärtpatienter om du tror att så är fallet!

Referenser

Sternbach RA. Leva med smärta. Andersson m fl. Akupunktur från tro till vetenskap. Brattberg G. Att möta smärta. Jayasuryia A. Clin Acupuncture.

Författarpresentation

Hans Thörn, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 455 00 Munkedal

LB06483

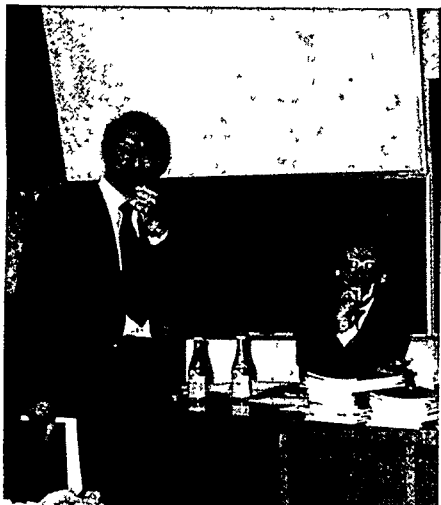


Urinary tract infection in primary health care

Aspects of clinical evaluation, etiological factors, laboratory diagnosis and therapy

*Vid diagnostik av bakteriuri hos kvinnor med UVI-symtom bör nitrittest användas primärt för att identifiera en andel av de bakteriuriska urinproven som sedan inte behöver analyseras ytterligare. För nitritnegativa prover kan koncentrationsbestämning av bakteriellt ATP med bioluminescensmetodik komma att bli ett användbart diagnostiskt hjälpmedel, efter vissa metodologiska förbättringar. Låga koncentrationer av *E. coli* i mittströmsurin, vid UVI-symtom, har klinisk relevans, åtminstone vid renkultur. Dessa fall kan inte diagnostiseras tillfredsställande med tillgängliga screeningmetoder, utan uppföljande specialodling. Vid nedre urinvägsinfektion med *E. coli* är P-fimbriering ingen markör för mindre godartad infektion, behov av längre behandlingstider eller UVI-benägenhet. Endosbehandling med trimetoprim har klart sämre effekt än 7-dagarsbehandling.*

Nyckelord: Urinsystemet, bakteriellinfektioner, diagnos, klinisk forskning, UVI



Professorerna Hans Åberg och Calle Bengtsson.



Respondenten Eva Österberg. Samtliga bilder är från disputationen den 2 februari 1990.

Frågeställningar

Avhandlingen belyser förutsättningarna för en rationell handläggning av UVI i primärvården. Speciellt studerades:

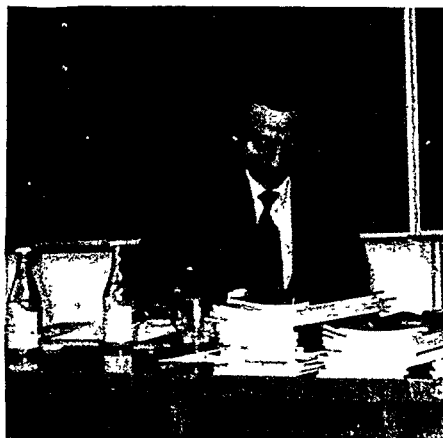
- Frekvens och duration av de vanligaste symtomen, då patienten söker, och dessa faktorerens prediktivitet för diagnosen UVI. Sambandet mellan klinisk bild (symtom respektive tidigare urinvägssjukdom) och bakteriologisk etiologi till den aktuella infektionen.
- Nedre urinvägsinfektion orsakad av P-fimbrierade *E. coli*.
- Den kliniska relevansen av fynd av *E. coli* i låg koncentration i urinodlingen, $10^2 - < 10^5$ cfu/ml (cfu = colony forming unit).
- Laboratoriediagnostik av bakteriuri.
- Endosbehandling med trimetoprim.

Jämförelse mellan olika screeningmetoder

Först utvärderades sex metoder för bakteriuri-screening: dipslide-odling (Uricult®), nitrit-test (Nitur-test®), granulocytterastest (Cytur®), vita blodkroppar resp bakterier i sediment samt U-ATP. Den sistnämnda metoden bygger på att ett enzym, luciferas,

och ett substrat, luciferin, från eldflugan alstrar ljus i närvaro av ATP, dvs adenosintrifosfat, som är cellens energitransportör hos såväl människa som bakterie. Humant ATP avlägsnas först från urinprovet, varefter man åstadkommer lys av bakterierna. Luciferin-luciferas tillsättes sedan. Då alstras ljus, vars styrka är proportionell mot bakteriehalten och kan mätas i en luminometer. Testet kan utföras på cirka 30 minuter.

Materialet bestod av 781 urinprov insamlade på Sollentuna vårdcentrals allmän- och barnläkarmottagningar från alla sorters fall där det var aktuellt att ta Uricult. Konventionell urinodling var referensmetod. Prevalensen av bakteriuri ($\geq 10^5$ cfu/ml av urinvägs patogena bakterier) var 17 procent. Att kombinera två metoder innebar inga egentliga fördelar. Vare sig utfallet var positivt i bägge testen eller bara i ett av dem, krävdes bakteriuri-diagnos. Bäst var kombinationen U-ATP och bakterier i sediment (endera testet positivt): Sensitivitet 0,92, specificitet 0,93 och diagnostisk effektivitet 0,93. Med enbart ATP-metoden blev dock motsvarande värden ungefär desamma: 0,90, 0,94 och 0,94. U-ATP eller dipslide-odling, kompletterade med konventionell odling vid tveksamt testresultat, gav bäst utfall. Om odling utfördes i de fall där U-ATP var 3–25 nmol/l (12%), blev sensitivitet, specificitet och effektivitet 0,95, 0,99 och 0,98. Motsvarande värden för dipslide var 0,98, 0,98 och 0,98, förut-



Opponenten Calle Bengtsson.



I WONCA EUROPEAN
REGIONAL CONFERENCE
ON FAMILY MEDICINE/
GENERAL PRACTICE



Wonca hålls denna gång i Barcelona. Följ med till staden som inte bara är utmärkt för konferenser utan kan bjuda det mesta.

Program:

Måndag 10 december	Öppningsceremoni, välkomstdrink, sightseeing i Barcelona
Tisd 11, onsd 12 dec	"Working sessions"
Torsdag 13 december	"Working sessions". Galamiddag (valfritt)
Fredag 14 december	Avresa

Main Topics:

- Prevention and health promotion
- Quality assurance
- Access and continuity

Workshop:

- Psychosocial competence of the general practitioner/family physician
- Community oriented primary health care
- Research and teaching of general medicine: two complementary functions, how to fulfill them?
- Control of chronic disease.

* * * * *

Kultur

Besök La Sagrada Familia, den enorma kyrka som påbörjades 1882 och som ännu ej står färdig. Eller våga dig upp i den höga bronsstatyn för en utsikt som får Dig att tappa andan.

Shopping

Promenera längs Les Ramles, gatan som börjar i stadens hjärta. Här pågår en livlig kommers och många tillfällen ges till fynd.

Nattliv

På kvällen vaknar den andra sidan av Barcelona upp. Det är bara att gå ut och välja bland alla otaliga restauranger, nattklubbar och diskotek.

Låter det här intressant?

Kontakta Göran Sjönell, *Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm, tel 08-729 10 01* för mer information om Wonca eller ring till *American Express Resebyrå 08-24 81 65* och prata med Carina Holmgren.

satt odling av de 15% som visade $<10^5$ cfu/ml i renkultur eller $\geq 10^5$ cfu/ml av blandflora eller inte gick att tolka.

U-ATP i klinisk rutin

I nästa etapp utvärderades ATP-metoden ytterligare, efter vissa tekniska förenklingar, som diagnostiskt hjälpmedel vid UVI-symtom hos kvinnor, samtidigt som övriga ovannämnda frågeställningar studerades. Sollentuna, Edsbergs, Kallhälls och Pumpans vårdcentraler (alla i nordvästra Storstockholm) deltog och 1136 fall insamlades. Vid första besöket, då alla hade symtom och 60 procent hade bakteriuri, gav U-ATP, i kombination med nitrit, något lägre specificitet (0,90) och högre andel intermediära resultat (19 procent) som behövde följas upp med odling än i det första materialet. Analys av möjliga felkällor visade att hematuri tenderade att höja ATP-värdet, även i de fall där odlingen var negativ, vilket minskade specificiteten och ökade andelen intermediära U-ATP. Kontamination av urinprovet hade samma konsekvenser. För kort blåsinkubationstid (1/3 av fallen) innebar också ett tillskott av intermediära U-ATP trots positiv odling. Beträffande hematuri torde denna felkälla vara möjlig att åtgärda med vissa modifikationer av metodens utförande.

Cystit med P-fimbrierade coli

Nästan alla colistammar, isolerade vid pyelonefrit hos i övrigt friska individer med normala urinvägar, har P-fimbrier som ökar bakteriens förmåga att häfta vid urinvägs epitel.

Urinvägsepitel från kvinnor med UVI-benägenhet binder P-fimbrierade coli i ökad grad, varför en ökad P-receptortäthet antagits kunna spela roll för den ökade UVI-frekvensen hos dessa patienter. Vid cystit, orsakad av *E. coli*, påvisas P-fimbriering i betydligt lägre grad än vid pyelonefrit, 20–50 procent, dock högre än i faecalfloran hos friska individer, där den är 5–10 procent. Dess betydelse som virulensfaktor vid cystit är oklar. P-fimbriering kan påvisas med ett agglutinationstest som är tekniskt enkelt att utföra men avläsningen fordrar träning.

I den här studien, där 80 hade pyelonefrittecken, var testet positivt i 28 procent av colifallen. Kliniskt sågs ingen skillnad mellan de P-fimbrie-positiva respektive -negativa vad gäller temp-stegring, symtomfrekvens, antal UVI de senaste två åren eller tidigare pyelonefritepisoder. Inte heller var P-fimbriering vanligare i de fall där patienten uppgav sig ha haft fem UVI eller fler de senaste två åren. Bland dem som deltog i behandlingsstudien var utläkningsfrekvensen, totalt respektive i endosgruppen, oberoende av P-fimbrie-förekomst.



Opponent och respondent i samspråk under disputationen.

Uretralt syndrom

Patienter med sveda och trängningar men utan "signifikant" bakteriuri, så kallade uretralt syndrom, vållar läkaren visst huvudbry. Vaginit eller chlamydia-uretrit kan vara orsaken i en del fall. Det har hävdats, av W Stamm och medarbetare framför allt, att cystit med lågradig bakteriuri förklarar besvären i flertalet övriga fall. Fynd av ned till 10^2 cfu/ml av *E. coli* i det kastade urinprovet, också i blandflora, kunde i deras studie (1982) oftast bekräftas genom odling på urin erhållen med blåspunktion eller kateterisering. Vidare har de funnit att pyuri, hematuri och olika virulensfaktorer hos *E. coli* förekommer i samma utsträckning vid låga koncentrationer av *E. coli* i urinprov från kvinnor med symtom, som de gör vid typisk cystit. Låga colital påvisas ej med standardodling, utan speciell teknik erfordras.

Det är inte utan vidare klart hur dessa fynd kan översättas till ett vanligt primärvårdsmaterial. I var studie fanns 135 fall med 10^2 – $<10^5$ cfu/ml av *E. coli*, varav renkultur i 61 fall. Dessa 135 jämfördes dels med *E. coli*-fall med $\geq 10^5$ cfu/ml, dels med de 163 fall som inte visade någon växt alls. I gruppen med låga bakterietal var otillräcklig inkubationstid vanligare (56 procent <4 timmar), vilket således

kan förklara den låga bakteriehalten i många fall. Oberoende av inkubationstid var dock gruppen mycket lik de klara coli-infektionerna (med $\geq 10^5$ cfu/ml) vad gäller symtomduration, frekvens av mikro- och makrohematuri samt av samtidig förekomst av sveda och trängningar, men skilde sig mycket markant i dessa avseenden från gruppen med steril urin. Det talar således för att flertalet verkligen hade en bakteriell UVI. Detta gällde till viss del även de med coli i blandflora.

Endosbehandling

Cystitpatienterna med bakteriuri enligt traditionell definition, $\geq 10^5$ cfu/ml, ingick i en dubbelblindstudie med trimetoprim. Endosbehandlingen visade ingen signifikant minskning av biverkningsfrekvensen. Kumulativ utläkningsfrekvens efter 5–6 veckor (344 utvärderingsbara fall) var 0,71 i endosgruppen och 0,87 i 7-dagarsgruppen. Skillnaden var särskilt patalog vid *S. saprophyticus*-infektion: 0,56 i endosgruppen och 0,95 i 7-dagarsgruppen.

Författarpresentation

Eva Österberg, distriktsläkare.

Postadress: Sollentuna vårdcentral, Box 164, 191 23 Sollentuna.

Vi vill i tidskriften uppmärksamma samtliga nya allmänmedicinska avhandlingar i Sverige. Vi vill snabbt publicera en aktuell och heltäckande men ändå kortfattad sammanfattning av varje avhandling. Vi tror att detta bäst sker om den som skall disputera i god tid själv skickar in en svensk version av sitt abstract och också anger när och var han/hon skall disputera. Vi tar då in sammanfattningen i det nummer av tidskriften som kommer närmast efter disputationens dag.

Redaktionen

Rapport från skolläkarmöte i Sundsvall 18–19 januari 1990

CECILIA BJÖRKELUND

Under två dagar samlades för första gången alla kategorier som arbetar som skolläkare till skolläkarkonferens. Den vanligaste skolläkaren är distriktsläkare, och tillsammans med skolläkarkollegor från barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri diskuterade man bland annat allergiproblem, tillväxt hos barn och vad som karaktäriserar en bra skolläkare.

Nästan varje vinter står Skvadern isstätt på torget i Sundsvall och blickar runt på de ståtliga husen, som byggdes upp efter den stora branden 1888. Och varje vinter lägger sig inversionen som ett lock över staden och stänger in bilavgaser och fabriksrök och orsakar allergibesvär hos stadens befolkning. Konsumtionen av läkemedel för respirationsorganen är hög i Sundsvall. Men det händer mycket – staden skall bli Sunda Sundsvall och i ett brett samarbete har landstinget och kommunen startat projekt för att förbättra den yttre och inre miljön i staden. Bland annat har distriktsläkare, lärare och barnläkare tillsammans med miljö- och hälsoskyddsmyndigheten inventerat skolmiljön i hela Sundsvall. På varje skola har man undersökt ventilation och arbetsmiljö. Majoriteten av elevernas undervisningslokaler visade dåliga eller mycket dåliga värden när det gäller luftkvaliteten. Ventilationen kommer nu att förbättras; kommunen har anslagit 2,4 miljoner kronor per år till förbättringar, vilket räcker till en skola per år. Cirka 120 skollokaler behöver åtgärdas. Sundsvall kommer att vara värd för en internationell konferens om förebyggande hälsovård 1991 och till detta evenemang har 50 miljoner avsatts för att förbättra stadshuset.

Under ett spännande seminarium berättade Lena Kälvesten, distriktsläkare, och Lennart Bråbäck, barnläkare, om projektet för att förbättra skolmiljön. Man konstaterade att det finns resurser och stor kunskap i samhället, men att man arbetar isolerade från varandra. Nu har man försökt arbeta tvärsektorielt och samla alla resurser. Hitintills har det varit mycket framgångsrikt och man har lärt mycket av varandra. Allergiprojektet är

ett exempel på ett sådant samarbete över sektorerna.

Vid en allergifrekvensundersökning i enkätform fann man, att frekvensen symtomgivande allergier hos barn var högre inne i centrala Sundsvall jämfört med ute på landsbygden. Vid pricktest fann man att 30 procent av skolbarnen, som bodde inne i Sundsvall hade positiv test, medan motsvarande siffra för barnen utanför Sundsvall var 20 procent.

Från att ha varit en sällsynt sjukdom i smutsens och rökens fattiga bostäder under 1800- och 1900-talet, har allergisjukdomen blivit en folksjukdom i våra dagars hygieniska bostäder. Det kan alltså inte vara damm och pollenexposition som i sig orsakat att hösnuva och astma ökat med 100 respektive 50 procent under de senaste 20 åren. Det är mera sannolikt att luftföroreningarna och bilavgaserna sensibiliserar luftvägarna för allergen. Numera fungerar björkpollen som bärare av föroreningar.

När nu 25 procent (i Sundsvall 30 procent) av befolkningen utvecklat allergier, måste en begränsning av biltrafiken bli ett realistiskt alternativ även för personer som inte är "miljöfrälsta".

Staffan Mjönes, barnläkare, har gjort epidemiologiska studier över tillväxthastigheten under förskoleåldern hos invandrarbarn från skilda socioekonomiska miljöer. Tillväxthastigheten efter immigrationen är densamma för invandrade som för sverigefödda barn. Det är troligen så, att en enda tillväxtkurva gäller för barn i hela världen, i alla fall under förskoleåldern. Ett tillväxthämmat barn, som inte snabbt efter ankomsten till Sverige får en tillväxtpurt och lägger sig i "sin" kanal, bör utredas med tanke på malabsorption.

Därefter diskuterades vad som karaktäriserar en bra skolläkare. Panelen, bestående av en barnläkare, en distriktsläkare och Skolöverstyrelsens representant Annika Strandell, var helt eniga om att både barnläkare, allmänläkare och barnpsykiatrer kan bli bra skolläkare. Kanske ska en bra skolläkare karaktäriseras som den läkare, som kan skaffa adekvata resurser till skolhälsovården? Under 80-talet har resurserna för skolhälsovården minskat, speciellt ute i landet.

Slutligen presenterades en önskelista för utbildningskrav för skolläkare av avgående ordförande i Skolläkarförbundet, Lars Cernerud. Kurser i socialpediatrik, ungdomsmedicin och hälsopedagogik står på önskelistan, liksom hälso- och sjukvårdsadministration.

Författarpresentation

Cecilia Björkelund, allmänläkare,

Postadress: Studentläkarmottagningen, Suttungs gr 3, 753 23 Uppsala.

Pris till FV-läkare

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning utlyste pris för bästa FV-läkaruppsats under 1989. Pristagare har nu utsetts.

Förstapriset på 3000 kronor går till Kerstin Rönnblom, Luleå, för ett projekt med titeln "När utsläppet kom trodde jag att jag skulle dö! – Astma-besvär och utsläpp från järn- och koksverket i Luleå – en pilotstudie."

Andrapristagare blev Lars Nilsson, Moheda. Hans projekttitel är "Omhändertagande av yngre hypertoniker på Vårdcentral Väster" och prissumman 2000 kronor.

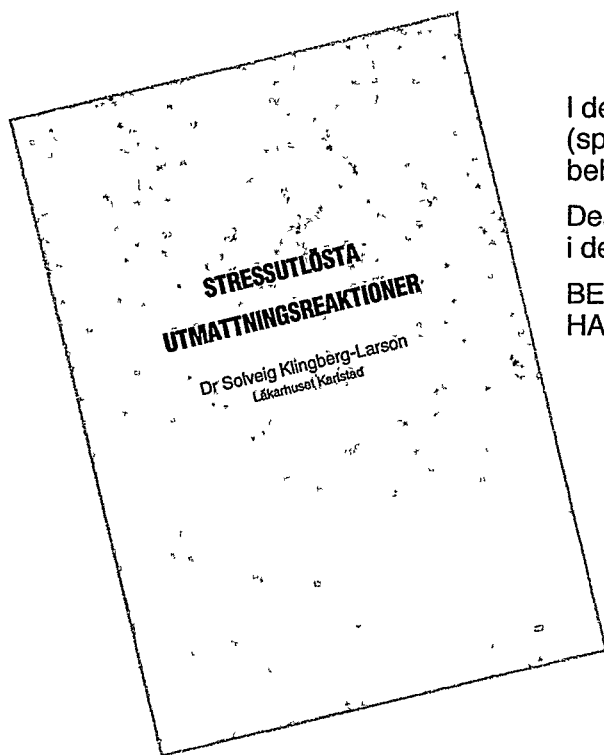
Prisutdelning kommer att ske vid vårmötet i Östersund den 11 maj 1990.

Stiftelsen annonserar nu pristävling för 1990 års bästa FV-läkaruppsats (se separat annons). Vi hoppas på många bidrag. Uppmuntra FV-läkare i Din närhet att söka! Sista dag för att sända in bidrag är 1/1 1991. Årets prissumma blir 6000 kronor. Använd tävlingen som en stimulans till projektarbete!

FLUANXOL®

(Flupentixol)
i låga doser (1-2 mg)

- ★ neuroleptikum som vid psykiska insufficienstillstånd har effekt på asteni, depression och ångest
- ★ snabbt insättande effekt
- ★ aktiverande
- ★ inget beroendeframkallande
- ★ ingen risk för toleransansökning
- ★ låg biverkningsfrekvens
- ★ låg behandlingkostnad



I denna handledning ger dr Solveig Klingberg-Larson (specialist i psykiatri) en beskrivning av symtombild och behandlingsförslag vid stressutlösta utmattningsreaktioner.

Dessa utmattningsreaktioner är vanligt förekommande i den öppna vården.

BESTÄLL DITT EGET EXEMPLAR AV DENNA
HANDLEDNING GENOM ATT RINGA

042-20 13 60

FÖRPACKNINGAR

FLUANXOL

Tabletter 0,25 mg	50 och 100 st
Tabletter 0,5 mg	50 och 100 st
Tabletter 1 mg	50 och 100 st

För övrig information se FASS

The Lundbeck logo is written in a stylized, cursive script. The word 'Lundbeck' is written in a dark color, with a horizontal line underneath the 'b'.

Rapport från Hörby marknad

GÖRAN G JONSSON · MARIA ÖREBERG · KJELD WEST

LBO 8791

Primärvården i Hörby har medverkat på den årligen återkommande marknaden. Vi har mätt blodtryck och serum-kolesterol och givit information om förebyggande åtgärder mot hjärt-kärlsjukdom.

Nyckelord: Primärvård, prevention, Hörby

Inledning

Hörby marknad har nära 250-åriga anor. Det är en av Sveriges största marknader med ungefär 60 000 besökare under två dagar. Mer än 600 försäljare erbjuder ett rikligt utbud av alla tänkbara och otänkbara varor. Primärvården i Hörby debuterade på marknaden den 6 och 7 juli 1988 med ett eget tält (cirka 25 m² stort), där läkare, sköterskor, dietister och sjukgymnaster båda dagarna erbjöd alla över 30 år gratis mätning av blodtryck och serum-kolesterol samt en gedigen information om kostens och motionens betydelse för hälsan. Målsättningen var att gå ut i befolkningen med information om riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och att därigenom försöka bidra till primärpreventionen mot dessa sjukdomar. Intresset bland marknadsbesökarna var överväldigande, vilket gjorde att Primärvården fanns på plats på Hörby marknad även 5 och 6 juli 1989, då med ett något utvidgat program. Vi vill här rapportera om några av resultaten och erfarenheterna från Hörby marknad 1988 och 1989.

Experimentella metoder

Anamnes

Alla deltagarna tillfrågades om ålder, tidigare sjukdomar, hereditet för hjärt-kärlsjukdom samt om eventuell pågående mediciner. 1989 frågade vi också om rökvanor.

Blodtryck

På grund av hög bullernivå runt tältet användes en automatisk blodtrycksmätare med mikrofon inbyggd i manschetten, vilken var kalibrerad mot kvicksilvermätare.

Serum-kolesterol

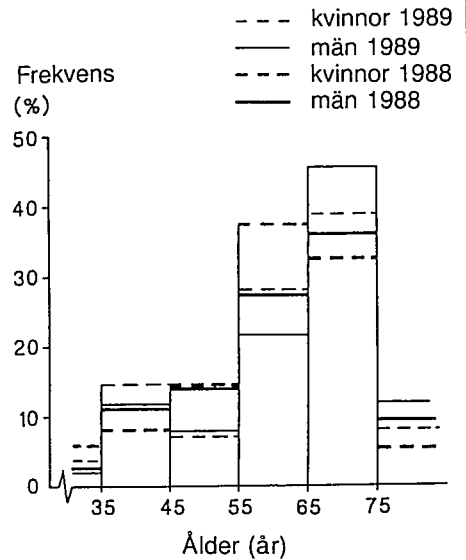
På marknaden 1988 togs venprov i Vacutainerrör preparerade för serumseparation (SST-rör). Proven analyserades på Kliniskt Kemiska Centrallaboratoriet vid Lunds lasarett. Felmarginalen uppges vara mindre än 5 procent (1). Samtliga deltagare fick efter någon vecka skriftliga besked om provresultatet. Personer med serumkolesterol över 6,5 mmol/l fick samtidigt kostråd, väsentligen hämtade ur källa 31: "Blodfetter en hjärtesak", utgiven av Forskningsrådsnämnden. På marknaden 1989 togs kapillärprov som analyserades direkt med en Reflotron (Boehringer-Mannheim) kalibrerad med testremsor och kontrollserum enligt tillverkarens anvisning. Personer med förhöjt serumkolesterol fick samma råd om kostförbättring som året dessförinnan.

Resultat

Deltagarnas åldersfördelningar under marknaderna 1988 och 1989, män och kvinnor var för sig, framgår av Figur 1. Åldersmedelvärde och standardavvikelse var båda åren cirka 60 ± 13 år, variationsbredd 30–85 år (Tabell 1). Ungefär lika många män som kvinnor deltog i undersökningarna.

Cirka 16 procent av de manliga deltagarna och 22 procent av de kvinnliga hade diagnosen hypertoni och stod på någon blodtryckssänkande medicin (de flesta av dessa hade normala tryck vid undersökningstillfället). Ett 10-tal individer hade obehandlade diastoliska blodtryck på mer än 95 mm Hg. Dessa uppmanades att om ett par dagar ta kontakt med sin distriktssköterska för att låta kontrollera sitt blodtryck under lugnare förhållanden. Av dessa har ett par personer befunnits ha en hypertoni och kommit under behandling.

Tabell 1 visar medelvärden och standardavvikelser av systoliskt och diastoliskt blodtryck samt serumkolesterol, för män och kvinnor, och för båda könen tillsammans (alla åldrar inkluderade). Undersökningen 1989 visade att 15 procent av männen och 6 procent av kvinnorna var rökare. Figur 2 visar de kumulativa frekvenserna av kolesterol vid marknaderna



Figur 1. Åldersfördelning (relativa frekvenser) bland de män och kvinnor som deltog i Primärvårdsprojektet vid Hörby marknad 1988 och 1989.

1988 och 1989. Cirka 45 procent av befolkningen hade kolesterolvärden över 6,5 mmol/l, det i Sverige definierade gränsvärdet (utan åldershänsyn) för hyperkolesterolemi (2). Medelvärdet (och medianvärdet) var väsentligen oförändrade mellan 1988 och 1989. Totala antalet deltagare var för båda årens marknader tillsammans 558 stycken. 47 deltagare från 1988 kom åter för ny undersökning 1989. Av dessa hade 23 personer hyperkolesterolemi. Ingen signifikant skillnad mellan 1988 och 1989 kunde tyvärr ses hos denna grupp.

Diskussion

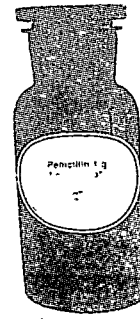
Åldersfördelning

Åldersfördelningarna (Figur 1) visar att äldre människor var mera intresserade av de erbjudna undersökningarna än yngre, vilka vanligen betraktas som den intressantaste målgruppen för primärprevention. Samma resultat vad avser intresserade personers ålder har iakttagits vid liknande undersökningar bla i Storbritannien (3). Bedömning av riskfaktormönstret hos äldre och vinsten av eventuella preventiva åtgärder för dessa är under diskussion (4,5).

Tabell 1. Medelvärden och standardavvikelser av ålder (variationsbredd), systoliskt och diastoliskt blodtryck samt serumkolesterol hos deltagarna i Primärvårdsprojektet på Hörby marknader 1988 och 1989.

År	Ålder	Blodtryck (mm Hg)			Serum-kolesterol (mmol/l)					
		Systoliskt			Diastoliskt			Män	Kvinnor	Alla
		Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla			
1988	60±12 31–85 n=172	148±20 n=176	146±25 n=176	147±23 n=348	84±10	82±10	83±10	6,0±1,1	6,4±1,1	6,2±1,1
1989	61±13 30–85 n=101	145±17 n=101	142±20 n=109	143±19 n=210	88±12	84±11	86±11	5,9±1,3	6,5±1,3	6,2±1,4

Våra läkemedel är
bra för ekonomin
också...



SVENSKA

LÄKEMEDEL AB
EXAKT – FÖR PATIENTENS SKULL

Blodtryck

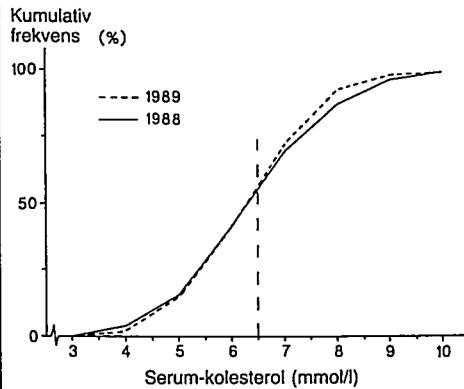
De systoliska blodtrycken ligger något lägre 1989 än 1988, medan de diastoliska trycken ligger högre 1989. Detta kan kanske till en del förklaras av den avsevärda skillnaden i temperatur som förelåg mellan marknadsdagarna 1988 och 1989. Under marknadsdagarna 6 och 7 juli 1988 var middagstemperaturen i Hörby 20°C (SMHI). Motsvarande temperatur 5 och 6 juli 1989 var drygt 30°C (SMHI). Många deltagare väntade i köerna upp till 2 timmar för att få sina prov tagna (Figur 3). Hög omgivningstemperatur ger en perifer vasodilatation med svettning som följd. Härvid ses vanligen ett oförändrat eller något sänkt systoliskt blodtryck (6). Beträffande det diastoliska blodtrycket råder delade meningar om ett eventuellt temperaturberoende (se till exempel diskussion i ref 6). Av resultaten framgår att det är viktigt att mäta blodtryck under standardiserade förhållanden även vad avser omgivningens temperatur.

Undersökningen var inte utformad så att prevalensen för hypertoni i befolkningen kunde beräknas med någon större noggrannhet. Siffrorna tyder dock på att andelen medicinskt behandlade hypertoniker i Hörby sannolikt är i nivå med genomsnittet i Sverige. Uppskattningsvis står cirka 25 procent av befolkningen över 50 år på någon blodtryckssänkande medicin.

I Sverige beräknas idag cirka var tredje person vara rökare. Andelen rökare i vår undersökning ligger avsevärt lägre (cirka 10 procent för könen tillsammans), vilket kan bero på att endast de som är intresserade av sin hälsa deltar i en sådan här undersökning.

Serum-kolesterol

Medelvärden av serum-kolesterol synes inte ha ändrat sig i befolkningen



Figur 2. Kumulativa frekvenser för serum-kolesterol för deltagarna 1988 (n=348) och 1989 (n=210).

mellan 1988 och 1989 (Tabell I). Deltagare med hyperkolesterolemi 1988 hade något sänkta värden 1989 (dock ej statistiskt signifikant skillnad). Alla med sänkta värden 1989 uppgav att de hade följt åtminstone något av de givna råden.

Avslutning

"... köpte säd och återvände till min höngård. Där finns inte sånt "galemög" som blodtryck och blodfett. Där är höjden av lycka en riktigt fet fläsksvål." Med dessa rader avslutar Birgitta Frigyes sitt kåseri i Sydsvenska Dagbladet 8 juli 1988 om ett besök på Hörby marknad, där hon bland annat hade besökt primärvårdens tält. Frigyes syftar naturligtvis med viss ironi på att många människor inte vill veta om vilka riskfaktorer för sjukdom de har, och därmed påtvingas en ändrad livsstil, som man tänker sig möjligen kunna medföra en sänkt "livskvalitet". En av Primärvårdens främsta uppgifter måste dock vara att ge information, i hopp om att kunna förebygga sjukdom (7-9). Den stora målgruppen är yngre människor och in-

tresset riktas alltmer även mot tonåringar och barn (9, 10). För dessa finns mycket att vinna genom en aktiv primärprevention.

Referenser

1. Nilsson-Ehle P, Nordin G, Nilsson J-E, Tryding N. Kolesterol - svårare att mäta än att sänka? Kraven höga på laboratoriemetoder. *Läkartidningen* 1989;86:1263-9.
2. Information från Socialstyrelsens läkemedelsavdelning, 1988:5.
3. Almond D, Graham M. Screening for raised cholesterol in a small suburban town. *The Practitioner* 1989;233:568-70.
4. Agner E. Some cardiovascular risk markers are also important in old age. *Acta Med Scand* 1985; Suppl 696.
5. Beaumont J-L. Risk factors in the elderly and their management. *Lipid Rev* 1988;2:9-15.
6. Jenner DA, English DR, Vandongen R, Beilin LJ, Armstrong BK, Dunbar D. Environmental temperature and blood pressure in 9-year-old Australian children. *J Hypertension* 1987;5:683-6.
7. Överby A. Hjärt- och kärlsjukdomars epidemiologi och prevention. *Allmänmedicin* 1984;5:15-8.
8. Olsson A G. Strategi för prevention av ischemisk hjärtsjukdom - Europeiska riktlinjer. *Läkartidningen* 1987;84:464-7.
9. Lipoproteins and atherosclerosis: current views, future trends. Ed. Lewis B, Pyörälä K. *Eur Heart J* 1987;8 (Suppl E).
10. Hagman U, Bruce Å, Persson L Å, Samuelsson G, Sjölin S. Food habits and nutrient intake in childhood in relation to health and socio-economic conditions. Swedish multicenter study 1980-81. *Acta Paediatr Scand* 1986; Suppl 328.

Författarpresentation

Göran G Jonsson, FV-läkare i allmänmedicin

Maria Öreberg, vik distriktsläkare
Kjeld West, distriktsöverläkare

Postadress: Primärvården i Hörby, 24200 Hörby



Kön till Primärvårdens tält, juli 1989 (Fotograf: Ritha Minicz)

Frågor och svar om läkemedel



APOTEKSBOLAGET

LBO 8792

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 publicera några frågor som kan intressera läsekretsen i tidskriften Allmän-Medicin. Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna spalt, skriv till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 13400 Gustavsberg, tel 0766/385 00. Denna gång presenteras frågor från både Huddinge LIC och ELIS.

FRÅGA:

Frågan föranleds av två fall med två medelålders män som, i samband med vård på en medicinklinik, behandlades med norfloxacin (Lexinor). Båda patienterna hade alkoholproblem. I fall nr 1 utvecklades successivt stigande levervärden, ASAT/ALAT under vårdtiden. I fall nr 2 utvecklades, inom loppet av några dygn, leverpåverkan med stegrade kvävenivåer, leverenzymmer och bilirubin. Behandlingen sattes i båda fallen ut och värdena normaliserades snabbt. Finns det rapporter om samband mellan norfloxacin och levertoxisk effekt?

SVAR:

Preparatet registrerades för ett par år sedan. Produktansvarig hos Astra hänvisar till att djurstudier på råttor och apa inte har visat någon levertoxisk effekt. I Medline återfinns en artikel som antyder möjligheten av levertoxisk effekt. I Meyler's "Side Effects of Drugs" redovisas ett mindre antal rapporter med patienter som behandlats med norfloxacin och där leverproverna förändrats. Vid genomgång av SWEDIS (databas med biverkningskommittens rapporter) återfinns en rapport avseende en 64-årig kvinna som behandlats med enbart Lexinor och därvid fått feber, illamående samt patologiska leverenzymvärden. Sambandet med medicineringen bedömdes som sannolikt. Närbesläktade ämnen som nalidixansyra (Negram) har angivits kunna ge upphov till stegrade leverenzymvärden. En anmälan till socialstyrelsens biverkningskommitté bör göras i dessa två fall.

FRÅGA:

I vissa fall används trimetoprim och sulfonamider under lång tid (månader). Är det nödvändigt att i sådana fall ge profylax mot megaloblastanemi och måste denna i så fall ske med så kallade citrovorumfaktor (kalciumfolinat, ett aktivt derivat av folsyra: Citrec® eller Leucovorin®) i stället för den betydligt billigare folsyran?

SVAR:

Trimetoprim hämmar mikrobiellt dihydrofolsyrereduktas. Sulfonamider verkar bakteriostatiskt genom substratkonkurrens med p-aminobensoesyra varvid produktionen av bakteriellt dihydrofolsyrereduktas avtar. Tillsammans utövar preparaten en synergistisk effekt och ger en baktericid verkan. Vid långtidsbehandling, till exempel av patienter med AIDS anses en viss risk för utvecklande av megaloblastanemi till följd av folsyrebrist föreligga. Detta anses främst vara en följd av trimetoprimkomponenten. Förutom megaloblastanemi kan leukopeni och trombocytopeni förekomma. Det finns rapporter om att bakterier med stort folsyremetabolism till följd av behandling kan tillgodogöra sig folsyra direkt. Den antibakteriella effekten av behandlingen försvinner då. Däremot anses det att citrovorumfaktor

inte kan tillgodogöras direkt av bakterier, medan däremot värdorganismen skulle kunna tillvarata detta formylderivat av folsyra. Om man väljer långtidsbehandling med trimetoprim-sulfametoxazol kan en folsyreprofylax vara av värde för att undvika utarmning av folsyredepåerna. Trots detta bör blodet regelbundet kontrolleras för att tidigt upptäcka en eventuell anemi.

FRÅGA:

En 81-årig kvinna med kroniska bensår har ofta växt av staphylokokker i såren. Hon har tidigare reagerat med ikterus under behandling med Heracillin (flukloxacillin). Vid infektion har hon därför fått Abbotcin (erytromycin) mot sina stafylokokker. Kan man ge annat isoxazolypenicillin utan att riskera ikterus på nytt?

SVAR:

Leverpåverkan till följd av penicillinbehandling är ovanlig, men är vanligare vid användandet av syntetiska penicilliner såsom ampicillin, karbenicillin och oxacillin. Biverkan är av typen intrahepatisk kolestas. Framför allt för gruppen isoxazolypenicilliner (oxacillin, kloxacillin, flukloxacillin) har ett ökat antal rapporter inkommit under senare år. Socialstyrelsen har därför uppmanat läarkåren att begränsa användningen av främst flukloxacillin och noga beakta indikationerna för insättning av detta. Samtliga penicillinastabila penicilliner – det vill säga oxacillinderivaten kloxacillin, dikloxacillin, flukloxacillin är belastade med samma typ av biverkan med leverskada som dessutom i vissa fall rapporterats vara irreversibel. Det finns inga uppgifter om att annat oxacillinderivat kan provas vid bakslag med endera, men troligen är mekanismen generell för hela gruppen då samma biverkan förekommer hos alla tre derivaten. Man kan alltså riskera att patienten får ikterus om man ordinerar ett annat isoxazolypenicillin.

FRÅGA:

Finns det dokumentation om injektionsplatsens betydelse för absorptionen av läkemedel vid intramuskulär injektion?

SVAR:

Frågan har aktualiserats av en artikel i Läkartidningen, enligt vilken en "intramuskulär" injektion i glutealområdet ofta innebär att läkemedel deponeras i fettväv. Författarna rekommenderar dock ingen allmän övergång till lärinjektion, bland annat beroende på lokala biverkningar som fibros. Vid en litteratursökning har vi funnit några artiklar som beskriver betydelsen av injektionsställets plats för effekten av en intramuskulär tillförsel. I en studie injicerades thiazinam i lårmuskeln och en noggrann kinetisk utvärdering gjordes. Absorptionen från detta injektionsställe var mycket snabb och ett andra koncentrationsmaximum erhöles då patienterna fick promenera efter injektionen. Detta medel har hög löslighet i interstitialvätskan och kapillärflödet genom muskeln har stor betydelse för att läkemedelsmolekylerna skall nå blodbanan. I en noggrann men liten studie av intramuskulär tillförsel av petidin i glutealmuskeln respektive deltoideus befanns den senare injektionsplatsen ge högre plasmakoncentrationer. I en jämförelse mellan injektion i låret och i glutealmuskeln av flufenazin dekanolat sågs ingen skillnad hos 6 patienter. Likaså sågs ingen skillnad mellan injektion i glutealregionen och i deltoideus av morfin givet till 10 patienter. En något högre morfinkoncentration erhöles efter injektion givet i glutealmuskeln men denna skillnad eliminerades när hänsyn togs till skillnader i kroppsvikt. Sammanfattningsvis finns det alltså undersökningar som talar för att "intramuskulär" injektion given i glutealområdet ofta deponeras i fettväv. Om injektionen ges på framsidan av låret blir den dock alltid intramuskulär. Någon allmän övergång till att alltid ge intramuskulära injektioner i låret rekommenderas inte men denna plats för injektion kan givetvis användas när intramuskulär deposition med säkerhet önskas.

Muntorrhet – orsaker och konsekvenser

LARS KROON

I nästa nummer av AllmänMedicin kommer viktiga patientgrupper och behandling av muntorrhet att beskrivas.

Muntorrhet är otvivelaktigt en av våra vanligaste läkemedelsbiverkningar och kan få katastrofala följder för patientens tand- och slemhinnestatus. Trots detta är våra kunskaper om läkemedel och muntorrhet fortfarande otillräckliga, vilket bl a beror på att vi saknar bra testmetoder för att registrera muntorrhet.

Kunskaperna om de enskilda läkemedel som kan ge upphov till muntorrhet har ökat betydligt under senare år genom utbildning, kontakt med patienter, läkemedelsförskrivare och tandhygienister. Vid Tandläkarhögskolan i Malmö har vi tagit fram en objektiv mätmetod, som vi hoppas skall ge betydligt säkrare uppgifter om graden och frekvensen av muntorrhet av olika läkemedel.

Muntorrhet definieras som graden av torrhet i munslemhinnan. Ett instrument som tagits fram på Tandläkarhögskolan i Malmö mäter fuktighetsgraden i slemhinnan. Registrering av salivproduktionen är en något osäker metod för objektiv mätning av graden av muntorrhet eftersom muntorrhet kan uppstå av andra orsaker än nedsatt salivproduktion.

Orsaker till muntorrhet

Det finns en lång rad orsaker till nedsatt salivproduktion men läkemedelspåverkan anses i dag vara den största direkta orsaken.

Exempel på orsaker är:

- Munandning
- Nervositet
- Strålbehandling
- Ett flertal sjukdomar
- Läkemedel

Vid munandning är det särskilt främre delen av munnen samt framtänderna som blir torra pga ökad avdunstning.

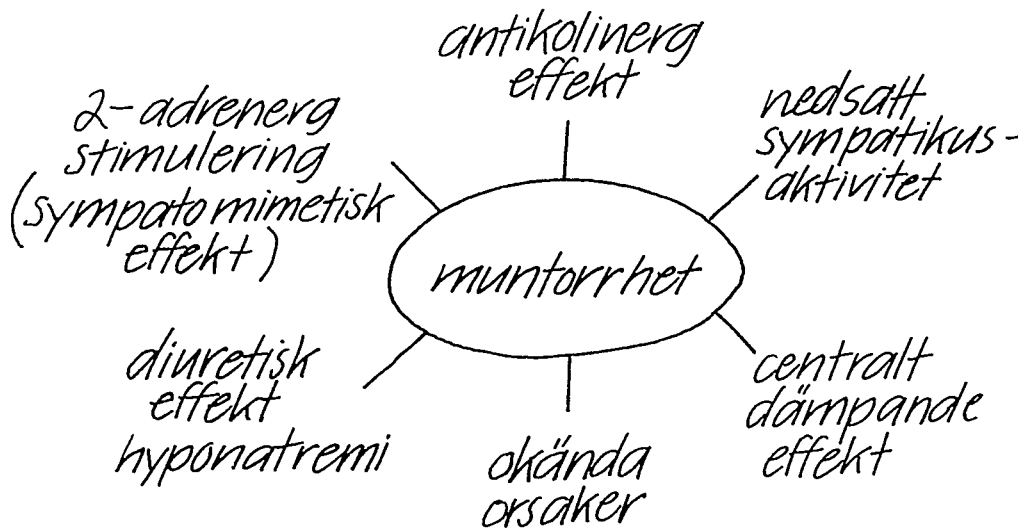
Vid strålbehandling av tumörer i huvud-halsregionen uppkommer vanligtvis obotliga skador på spottkörtelcellerna. Detta kan ge en nästan total muntorrhet, som är mycket invalidiserande för patienten både fysiskt och psykiskt.

Sjukdomar

Vid en rad sjukdomar ingår muntorrhet som ett symptom i sjukdomsbilden.

Patienter med reumatoida sjukdomar drabbas inte sällan av inflammationer i salivkörtlarna. Således har patienter med reumatoid artrit ofta muntorrhet. Ett särskilt tillstånd, vari reumatoid artrit ofta ingår, är "Sjögrens syndrom". Vid Sjögrens syndrom föreligger uttalad torrhet i såväl munslemhinna som ögon-slemhinna. Sjukdomen drabbar vanligen kvinnor och ses i åldrarna från 30 år och uppåt.

Hos patienter med endogen depression är muntorrhet mycket besvärande och är ett sk obligat symptom i sjukdomen, dvs det förekommer hos 100% av patienterna. En annan sjukdom som mycket ofta ger muntorrhet är diabetes mellitus.



Figur 1.



Läkemedel

Sekretionshastigheten regleras via många mekanismer. Det är nog en ganska utbredd missuppfattning att muntorrhet enbart är en följd av antikolinerga effekter. Det är visserligen den dominerande orsaken, men ett flertal andra farmakodynamiska egenskaper orsakar muntorrhet, vilket framgår av fig. 1.

Aldomet, Dopamet, Catapresan och Entulic är exempel på läkemedel som sänker aktiviteten i sympatiska nervsystemet.

Muntorrhet är den vanligaste biverkan med dessa läkemedel men är klart dosrelaterad. Varför sänkt sympatikusaktivitet kan leda till muntorrhet har varken fysiologer eller farmakologer kunnat förklara. Detta gäller både centralt verkande medel som Catapresan och perifert verkande som Peripress.

Den torrhetkänsla i munnen som man kan uppleva med slemhinneavsvällande medel förklarar man med att den sympatomimetiska effekten leder till ett minskat blodflöde genom kapillärbädden. Exempel på läkemedel med sympatomimetisk effekt är Rinexin, Lunerin, efedrinpreparat som Lepheton, Mollipect, Disofrol m fl.

Patienter som behandlas med diuretika kan ibland uppleva en törstkänsla och även muntorrhet. Det är förmodligen ingen skillnad mellan tiazider med medellång duration som Salures och loop-diuretika som Impugan och Lasix eftersom diuresvolymen är ungefär densamma under dygnet. I de doser som användes vid hypertoni är vi fortfarande osäkra vilken betydelse det kan ha. Tidigare har man trott att muntorrheten skulle vara liten men vi som arbetar med problemet muntorrhet misstänker att riskerna med diuretika vid hypertoni är stora. En nyligen avslutad klinisk undersökning med mätinstrument framtaget vid Tandläkarhögskolan i Malmö visar att Salures i hypertonidoser signifikant sänker sekretionen av tuggstimulerad saliv. Diuretika är den läkemedelsgrupp som först kommer att testas med det nya mätinstrumentet vid Tandläkarhögskolan i Malmö. I de högre doser av diuretika som används vid hjärtinsufficiens, och ödem är problemet med muntorrhet mycket stort.

En del patienter får ökad törst och även muntorrhet i samband med litiumbehandling. Orsaksmekanismen ligger i att litium återresorberas i njurtubuli i konkurrens med natrium, vilket leder till ökad diures.

Det är bekant sedan länge att centralt dämpande medel som barbiturater kan ge muntorrhet. Fenemal vid epilepsi är det enda barbitursyrepreparatet som finns kvar som registrerat läkemedel.

Det finns ett flertal läkemedel som ger muntorrhet men där orsaksmekanismen är okänd. Tigason är ett av våra nya effektiva medel vid psoriasis. Det tillhör gruppen retinoider, dvs det är besläktat med A-vitamin. Det ger en mycket kraftig uttorkning av slemhinnan. Det finns flera kliniska rapporter med svår muntorrhet trots att biverkan inte är nämnd i FASS.

Hur vanlig är muntorrhet som biverkan till läkemedel?

Genom sökning i FASSIS, dvs FASS på data, har jag fått fram en förteckning över de läkemedel som uppges ge muntorrhet. Den omfattar troligen inte alla de läkemedel som ger muntorrhet. Det verkliga antalet läkemedel som ger muntorrhet är nog mycket större. Det finns läkemedel som ger mycket besvärande muntorrhet men där denna biverkan inte finns nämnd i FASS. Så är fallet bla för Ketogan, Tigason, Lithonit och Litarex. Att muntorrhet inte omnämns beror delvis på att läkemedlen är gamla och att denna biverkan inte rapporterats till socialstyrelsen, eftersom den är välkänd. Tyvärr underlåter dessutom respektive tillverkare att föra in denna biverkan med åtföljande varningstext i FASS. Det finns också stora läkemedelsgrupper, t ex diuretika som inte har biverkan muntorrhet nämnd i FASS men som i många situationer kan ge muntorrhet. De objektiva mätningarna på Tandläkarhögskolan i Malmö kommer att bli mycket intressanta.

Muntorrhet som biverkan förekommer för närvarande i FASS för ca 180 läkemedel inom 28 ATC-grupper. Sökningen på FASSIS visade dessutom att muntorrhet är den tredje mest förekommande biverkan med läkemedel. Endast trötthet och mag-tarmbiverkningar är vanligare.

Det finns fortfarande en missuppfattning på många håll att komplikationerna till muntorrhet i samband med läkemedelsbehandling bara är ett problem hos patienter som vistas på mentalsjukhus, som får höga doser psykofarmaka och som slarvar med sin munhygien. Problemet är betydligt allvarigare än så. Det finns tandhygienister som sett begynnande tandskador efter enbart ca 1 månads behandling med ett så oskyldigt (?) läkemedel som Rinexin. Detta trots att patienten varit noga med sin munhygien.

Faktorer att beakta vid läkemedelsbehandling

1. Indikationen

I vissa fall finns anledning att beakta de odontologiska aspekterna vid val av läkemedel. Äldre människor är en mycket utsatt grupp vad gäller muntorrhet. Vid behandling av den stora grupp äldre människor som lider av demenssjukdomar finns tre olika neuroleptika att välja mellan i den symtomatiska terapin: Mallorol, Haldol och Buronil. Mallorol sänker sekretionen i mycket hög grad och flera rapporter finns om svåra tand- och slemhinneskador efter behandling med Mallorol. Trots detta har preparatet stor användning i geriatrisk praxis. Haldol och Buronil saknar antikolinerga effekter av klinisk betydelse.

Ketogan kan ge mycket besvärande muntorrhet, delvis beroende på den analgetiska substansen ketobemidon men framför allt på grund av den sk spasmolytiska komponent som ingår. Vid behandling av kronisk smärta är muntorrheten särskilt besvärande. Man tvingas ofta öka dosen för att hålla patienten smärtfri.

Den antikolinerga effekten av den sk spasmolytiska komponenten blir då alltmer accentuerad. Detta i förening med lång tids behandling kan ge svåra komplikationer. Detta är ett av skälen till att Ketogan inte längre finns med under rubriken "kronisk smärta" på läkemedelslistan från Läkemedelskommittén i Lund.

2. Dosen

I allmänhet är muntorrheten korrelerad till dosen av läkemedlet. För en grupp av läkemedel har detta speciell betydelse, nämligen diuretika. Diuretika användes i relativt låga doser på indikationen hypertoni och i högre doser för behandling av hjärtsvikt. Vid behandling av hypertoni är vi ännu osäkra på i vilken utsträckning patienterna besväras av muntorrhet. Behandlingstidens längd tycks i så fall vara avgörande.

3. Behandlingstiden

Behandlingstidens längd är helt naturligt av stor vikt vad gäller riskerna för komplikationer till muntorrhet. Trots att de flesta antihistaminer har svaga salivhämmande effekter har man observerat tand- och slemhinneskador efter längre tids användning t ex vid långdragna allergiska tillstånd.

4. Polyfarmaci

Äldre människor löper en ökad risk för att drabbas av muntorrhet och dess komplikationer. Många äldre människor måste som bekant ta flera olika läkemedel, vilket medför risk för en addition av muntorrhet.

Komplikationer vid muntorrhet

Följdverkningarna av muntorrhet, t ex i samband med läkemedelsbehandling är flera (Figur 2.)

Subjektiva symtom*

- Talsvårigheter
- Sväljningsbesvär
- Dålig smak i munnen
- Dålig andedräkt
- Nedsatt smakförmåga
- Sveda

Objektiva symtom

- Karies
- Gingvit (tandköttsinflammation)
- Paradontit (tandlossning)
- Stomatit (inflammation i munslemhinnan)
- Svampinfektioner
- Besvär med protesretention (att protesen inte sitter kvar i sitt läge)

*Med subjektiv symtom avses symtom som patienten upplever som besvär men som inte kan konstateras genom besiktning av munhålan.

Figur 2



Talbesvär kan skapa stora svårigheter hos vissa patientkategorier. Det finns exempel på lärare som funderat på att byta yrke eftersom de inte kan artikulera som de önskar.

Den muntorra patienten upplever ofta måltider som obehagliga. Dels är tuggningen försvårad genom att maten inte fritt glider mot slemhinnorna, dels är själva sväljningen försvårad. Maten smakar dessutom inte som vanligt, eftersom muntorrhet medför en störning av smakupplevelsen. Vidare erfar patienterna ofta en diffus sveda i munhålan.

Förutom den rent bakteriehämmande effekten har saliven även specifika egenskaper som innebär ökad resistens mot karies:

- självrengöring
- buffringsförmåga
- möjliggör att emaljen återfår mineraler som försvunnit

Vid minskad salivsekretion är samtliga dessa tre funktioner satta ur spel och därmed ökar risken för karies. Kariesrisken är speciellt stor vid muntorrhet, då sjukdomsutvecklingen kan få ett mycket snabbt och dramatiskt förlopp.

Saliven i munnen och på slemhinnorna har mycket stor betydelse för infektionsförsvaret i munhålan. En nedsatt salivproduktion bidrar till uppkomsten av infektioner i munslemhinnan. Det vanligaste och kanske största kliniska problemet utgör svampinfektioner. Svamporganismerna hålls i normala fall i schack av de i saliven normalt ingående immunglobulinerna (IgA). Infektioner med jästsvampen *Candida albicans* i form av orala candidoser förekommer både i akuta och kroniska former.

Patienter med proteser upplever ofta speciella problem i samband med muntorrhet. Protesens förmåga att sitta kvar i sitt läge är till stor del beroende av fysikaliska mekanismer, varvid saliven fungerar som vidhäftningslager. En muntorr patient saknar detta och proteserna får en benägenhet att släppa från underlaget.

Dessutom skadar proteserna lättare slemhinnan, som vid muntorrhet är mer benägen att bli sårig vid mekanisk påfrestning. Sårerna blir säte för sekundära svampinfektioner och den vanligaste sekundära svampinfektionen i munhålan är protesstomatit.

BENGT LARSSON

Formuleringskonsten är svår, jag vill så gärna dela med mig av mina erfarenheter. Jag vill inte framstå som någon med svar på alla frågor, jag kan ju knappt beskriva mina egna funderingar. De lösningar som jag presenterar handlar bara om lösningar på mina problem, jag har förstått att jag inte är ensam om upplevelserna. Jag skriver för att få reaktioner och synpunkter.

Jag valde allmänmedicin därför att jag inte trodde på tekniska lösningar på mänskliga problem. Jag längtade efter att bli tagen på allvar och att behövas.

Min distriktsläkarutbildning fick jag i Västervik, detta innebar att jag tidigt kom i kontakt med en människovänlig sjukvård, ett samarbetsklimat utan gränser. Det var bra både för anställda och patienter. Trots det sneglade jag mot storstadens resurser och möjligheter. Tänk att få arbeta i sin hemtrakt, prata sitt eget språk. Så kom till sist möjligheten. Det fanns en ledig plats i mina barndomstrakter som beskrevs med orden "projekt väl utbyggd primärvård", det fanns inga gränser för vad som skulle göras.

Det första året kändes tungt, jag lärde mig snabbt att övertid ej kunde bokföras, hade svårt att acceptera beskrivningen av primärvård som en verksamhet för insomnade töntar utan förmåga till självständigt tänkande. Trots detta fanns det en framtidstro.

Min tid präglades av en ändlös patientström, en oförmåga att hitta rätt blanketter och en total oförståelse för det administrativa. Jag kunde inte förstå hur det kunde ta mer än 1 år att få fram en karta med vårdcentraler inprickade för Södra Stockholm.

Jag blev alltmer kritisk, men lyckades inte hålla isär person och organisatorisk struktur. Svårigheter som i grunden berodde på själva organisationen blev personliga. Jag uppfattade det som brister hos mina chefer, jag var den ende som förstod. Att vara orädd och ta strid för sin uppfattning är nog bra, men idag ångrar jag att striden blev personlig. Jag och min chef skulle ha angripit strukturen i stället för varandra. Under den här tiden skapade jag nog mer problem än jag löste.

Ju mer jag arbetade desto svårare blev det, jag kunde inte sova på nätterna. Samma tankar malde ständigt utan slut utan att ge min själ vila. Till slut satt jag där och grät mellan patienterna, inom mig hade jag ett avgrundsvrål som inte kunde komma ut. Det kändes som att åka hiss i alltför hög fart, jag fick inte luft. Jag ville inte mer, inte någonting, jag ville inte finnas till

Jag arbetade i vårdlag, för mig inne-

bar det att jag hade 8 personer som kunde finna nya patienter åt mig i området. Visst producerade vi mycket sjukvård men inflödet var hela tiden större än avflödet. Naturligtvis blev det långa väntetider, 6 veckor för att få träffa sin doktor.

Jag kände verkligen att jag behövdes. Jag var fångad i sköterskefällan, en fälla som även sköterskan satt fast i. Vår tid tillsammans ägnades åt diskussioner om väntetider och prioriteringar. Vi låtsades att vi kunde avgöra per telefon om något var viktigt eller inte och när det skulle åtgärdas.

Vi ansträngde oss till vårt yttersta men våra patienter var inte nöjda. De som kom fram tyckte bra om oss men alla som väntade spred oro i området. Vi kunde inte leva upp till de förväntningar man hade på oss. Återigen samma misstag, organisatoriska brister uppfattas som personliga. "Bengt klarar inte sitt arbete. Tänk om han skulle ägna sig lite åt verkligheten i stället för sina visioner. Hur kan han komma dragande med att hans själs-tillstånd skulle vara en arbetsskada. Att må så där är väl en kalkylerad risk man tar när man har så fruktansvärt bra betalt. Bengt kan inte samarbeta, Bengt är en konfliktskapare, han passar inte i arbetslaget."

En mycket förståndig kvinnlig kollega såg mitt agerande, och under ett sammanträde sjukskrev hon mig. Det kändes fantastiskt, någon förstod hur jag hade det, någon vågade använda sin läkarroll gentemot en kollega. De följande veckorna blev en plåga för mig och min familj. Varför är det så att jag tvingas lösa de största frågorna när självförtroendet är som sämst? Varför måste jag sjunka så djupt innan jag kan bryta upp? Så småningom kom jag fram till, att visst har jag brister och fel, men det som visats under den här perioden är bara en liten skärva. Jag har så många andra sidor som kan utvecklas, kommer jag bara i en

miljö som inte känner sig hotad av mitt sätt att vara så kommer även jag att få växa.

När jag så fått gå igenom min personliga kris, som innehållit både hot och möjligheter, vill jag ge några råd.

- 1) Satsa intensivt på utbildning speciellt förmågan att känna igen en kollega som "bränner ut sig". Om vi undersöker kanske vi kan finna förklaring till specialitetsbyte och oväntade dödsfall.
- 2) Skrota tanken på vårdlag, den form jag har varit med om är ett effektivt sätt att utföra arbete ineffektivt.
- 3) Om du upplever din chef som motståndare, sluta med det. Prata med varandra men framförallt lyssna till varandra. Om situationen inte förbättras avsätt inte chefen, sluta själv!
- 4) Var rädd om tiden, låt inte någon annan bestämma vad du skall göra under din tid, men akta dig för att bli rädd för tiden.
- 5) De saker som jag ser och upplever beror på mina egna attityder, kunskaper och värderingar. Attityder, kunskaper och värderingar är de filter som jag använder för att förstå omgivningen.
- 6) Vi måste komma ihåg att ekonomi är ett hjälpmedel för att uppnå de mänskliga värden vi eftersträvar och inte ett mål i sig. Vi bör tillägna oss ett språk och tanke-system koncentrerat på möjligheter i stället för risker. Jag föddes inte för att undvika riskerna utan för att uppleva möjligheterna, distriktsläkar-yrket är en möjlighet som går att kombinera med ett normalt liv!

Författarpresentation

*Bengt Larsson, distriktsläkare,
Kvartersakuten Våghalsen*

Postadress: Brunngatan 26, 111 38 Stockholm

FV-läkaruppsats 1990

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning utlyser tävling om bästa FV-läkaruppsats 1990 kring valfritt ämne med förankring i allmänmedicinen. Prissumman är 6 000 kronor. Antalet pristagare bestäms med hänsyn till insända bidrag. Stiftelsens styrelse utgör jury. Tävlingsbidrag insändes senast 1 jan 1991 till vetenskaplige sekreterare Calle Bengtsson, Allmänmedicinska Institutionen, Redbergsvägen 6, 416 65 Göteborg. Ange att det rör sig om ett tävlingsbidrag, komplettera med korta data om Dig själv och adress. Om möjligt insändes i 5 exemplar.

Felodipine som tillägg till metoprolol vid behandling av hypertoni – en multicenterstudie genomförd på 23 svenska vårdcentraler

CALLE BENGTSSON

LBO 8794

En multicenterstudie har genomförts i samarbete med en svensk läkemedelsindustri med deltagande från tre allmänmedicinska institutioner och 23 vårdcentraler i Sverige. Distriktsläkarna vid dessa vårdcentraler genomförde studien snabbt och på ett mycket förtjänstfullt sätt. De deltagande distriktsläkarna utsåg en arbetsgrupp som samlats för att redovisa resultaten, som nu har presenterats i en medicinsk tidskrift. Arbetsprocessen när det gäller genomförandet av studien och presentation av resultaten beskrivs.

Nyckelord: Hypertoni, läkemedelsterapi, forskning, multicenterstudier

Det finns inga läkare i Sverige som har så många patientkontakter som distriktsläkarna på våra vårdcentraler, och distriktsläkarna har därför de bästa förutsättningarna för att göra kliniska studier, som berör patienter med våra vanliga sjukdomar. Förutsättningarna är särskilt goda om flera vårdcentraler slår sig samman till multicenterstudier. Likväl har få sådana studier gjorts, där distriktsläkarna inte blott genomfört studien utan även presenterat resultaten. Ofta har distriktsläkarna gjort grovarbetet med studien, medan sjukhuskolleger sammanställt resultaten och presenterat dem i tidskrifter och på olika kongresser. Orsaken kan vara att läkemedelsindustrin inte tilltrött distriktsläkarna att själva kunna sammanställa och redovisa resultaten. Kanske har inte heller självförtroendet varit tillräckligt stort bland distriktsläkarna. När en multicenterstudie planerades med avsikt att studera den nya kalciumantagonisten felodipine som tillägg till beta-blockerare i en multicenterstudie gjordes en satsning på att distriktsläkarna själva skulle svara för huvudarbetet när det gäller planläggning, genomförande och redovisning av studien.

Planeringsfas

Avsikten var att i en multicenterstudie finna ut optimal dosering av kalcium-

antagonisten felodipine, när den ges som tillägg till metoprolol. Intresserade distriktsläkare från 23 vårdcentraler, som sedan kom att genomföra studien, samlades till ett planerarmöte i Göteborg den 1 september 1987. Planeringen skedde i samarbete med AB Hässle och professorerna vid de allmänmedicinska institutionerna i Lund, Uppsala och Göteborg. Man kom överens om ett protokoll, och studien kunde starta.

Genomförande

Multicenterstudien startade i september 1987 och kunde genomföras under loppet av 4 månader. AB Hässle bistod hela tiden med assistans och hjälpte till att samla ihop resultaten från de olika vårdcentralerna. Sammanlagt 251 patienter kom att ingå i studien. AB Hässle hade huvudansvar för matematisk och statistisk sammanställning av resultaten.

Redovisning av resultaten

Sex av de deltagande distriktsläkarna förklarade sig villiga att arbeta på ett manuskript och utsågs av gruppen att göra detta. Efter egna förberedelser samlades dessa sex i Göteborg tillsammans med mig på Allmänmedicinska institutionen under två dagar i oktober 1988 för att sammanställa resultaten till ett manuskript. Institutionen ställde dikteringsmöjligheter, sekreterarresurser etc till förfogande. Efter två dagars intensivt arbete förelåg ett preliminärt manuskript som sedan efter viss ytterligare bearbetning, per korrespondens blev slutsammanställd av två av gruppens medlemmar och resulterade i en artikel, som publicerats i *Journal of Cardiovascular Pharmacology* (1). Samma författare presenterade också resultaten vid Medicinska Riksstämman i december 1988 (2), samt senare vid en kalciumantagonistkonferens i Florens i maj 1989 (3), där Johan Brun, distriktsläkare i Hudiksvall, hade huvudansvaret för posterpresentationen.

I en senare fas har långtidsresultat från studien bearbetats och en presentation av dessa resultat görs av distriktsläkarna tillsammans med professor Gösta Tibblin vid Institutionen för Allmänmedicin i Uppsala.

Erfarenheter

Studien kom snabbt igång och genomfördes på ett utomordentligt förtjänstfullt sätt. Det finns anledning tro att det framgångsrika genomförandet har att göra med att deltagarna kände att "det var deras egen studie". Inte minst visade sig distriktsläkarna skickliga som manuskriptförfattare. Jag fick också en känsla av att de deltagande distriktsläkarna tyckte det kändes rätt att själva få arbeta ihop resultaten till ett manuskript, och jag tror också att det var lärorikt. De visade också god färdighet att presentera resultaten vid de kongresser de medverkat i. Själva tyckte jag det kändes rätt och väldigt positivt att de som genomförde studien själva presenterade den.

Resultat

För mig var det viktigaste resultatet att se hur väl studien genomfördes och presenterades av de deltagande distriktsläkarna. Den visade dessutom att felodipine fungerade utmärkt som tillägg till Seloken[®] hos patienter som behövde kombinationsbehandling, men mer därom i *Journal of Cardiovascular Pharmacology* (1).

Litteratur

1. Brun J, Fröberg L, Kronmann P, et al. Optimal felodipine dose when combined with metoprolol in arterial hypertension. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990; 15(suppl 4): 60-4.
2. Brun J, Fröberg L, Grundestam I, et al. Olika doser av felodipin i kombination med metoprolol vid hypertoni – en svensk multicenterstudie i primärvården. *Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea* 1988;97 (Häfte 1) : 114 (Abstract).
3. Brun J. Plendil in combination with metoprolol CR in the treatment of hypertension. 4th International Symposium on Calcium Antagonists: Pharmacology and Clinical Research. Florence (Italy), May 25–27, 1989;152 (Abstract).

Författarpresentation

Calle Bengtsson, professor vid allmänmedicinska institutionen i Göteborg

Postadress: Redbergsvägen 6, 41665 Göteborg

Den 15 november 1989 beslutade riksdagen om ett nytt system för läkarnas specialistutbildning. En viktig del av detta är att man inte specificerar vilka tjänstgöringar en läkare ska fullgöra för att bli specialist, utan vilka mål utbildningen har.

För att få specialistkompetens, kommer det i fortsättningen att krävas ett intyg från vårdcentralschef (primärvårdschef) att man har tillägnat sig de kunskaper, färdigheter och insikter som anges i målbeskrivningen.

Rättssäkerheten kräver att läkare i den framtida specialistutbildningen har tillgång till en någorlunda objektiv utvärdering av sin utbildning. En sådan utvärdering är till exempel att läkaren genomgår en examen som till exempel skulle vara till hjälp för läkare som inte tycker sig behöva gå

igenom all den tjänstgöring som ett lokalt tjänstgöringsprogram bjuder. Den kan också bli en bra grund för läkarens efterutbildning, genom att läkaren själv blir medveten om sina starka och svaga sidor. En examen skulle inte bara innebära en utvärdering av ST-läkaren, utan också en utvärdering av hennes/hans utbildning.

Det utvecklingsarbete rörande examen i allmänmedicin som framläggs här, har gjorts på uppdrag av Svensk Förening för Allmänmedicin med stöd av Norrbottens Läns Landsting och Svenska Läkarsällskapet. Den första frivilliga specialistexamen gick av stapeln i Luleå, november 1989.

De olika delmomenten i examen presenteras av respektive ansvarig i arbetsgruppen.

Ulf Måwe

Författarpresentation:

Birgit Breitholtz, distriktsläkare

Postadress: Björknäs vårdcentral, Box 511. 96148 Boden

Anna-Karin Furhoff, tf klinisk lärare

Postadress: Institutionen för allmänmedicin, Paradiestorg 4, 141 47 Huddinge

Torgny Karlsson, vårdcentralschef

Postadress: Vårdcentralen, 95094 Övertorneå

Christer Nordenhäll, vårdcentralschef

Postadress: Vårdcentralen 940 10 Hortlax

Björn Olsson, vårdcentralschef

Postadress: Hertsön vårdcentral, 951 28 Luleå

Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm

Robert Svartholm, vårdcentralschef

Postadress: Vårdcentralen, 960 40 Jokkmokk

Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin

Postadress: Allmänmedicinska institutionen, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala

Margareta Troein, distriktsläkare och klinisk amanuens, ordförande i Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp i allmänmedicin

Postadress: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Bangatan 5, 21426 Malmö

Göran Westman, klinisk lärare i allmänmedicin

Postadress: Allmänmedicinska institutionen, Umeå universitet, 901 87 Umeå

Sammanställning av specialistutbildning

MARGARETA TROEIN

Inför examinationen avkrävdes examinanden en sammanställning av sin specialistutbildning. Sammanställningen skulle omfatta både tjänstgöringar och kurser.

För tjänstgöringarna ombads examinanden att för varje avsnitt redovisa specialitet, tjänstgöringsställe, tjänstgöringstid, handledarens namn, handledningens utformning och ett omdöme.

För NLV-kurser och övriga kurser av betydelse ombads de ange titel, kursort och ett omdöme om kursen.

Sammanställningarna gav ett gott underlag för att diskutera dels specialistutbildningens uppläggning och omfattning, dels de olika tjänstgö-

ringsdelarnas värde.

Av examinanderna lyftes två faktorer fram som väsentliga för en god utbildning på klinikerna, nämligen ett stort patientflöde och organiserad handledning/utbildning. Utbildningsvärdet vid en och samma klinik kunde därmed variera beroende på årstid och på vilka läkare som råkade vara i tjänst. Alla examinander hade haft handledning i allmänmedicin, men omfattningen hade varierat.

Examinanderna hade visat stort intresse för att utbilda sig i ortopedisk medicin. De elva läkarna hade gått sammanlagt tretton veckokurser och fem hade deltagit i lokala utbildningar i ortopedisk medicin, vilka vardera

motsvarade två kurser, det vill säga i genomsnitt 2,2 kurser per person (spridning 0-7).

Fem av elva hade gått NLV-kurser i allmänmedicin med olika inriktningar och fem hade valt kurser i terapeutisk hållning, psykosomatik eller samtalskonst.

Sammanfattningsvis gav sammanställningen av specialistutbildningen en viktig bild av examinandens utbildning och intressen. Omdömena om tjänstgöringar och kurser gav ett intryck av examinandens förmåga att relatera sina utbildningserfarenheter till de framtida behoven som allmänmedicinare.

Levnadsbeskrivning

CHRISTER NORDENHÄLL

Varför ska man ha en levnadsbeskrivning i examinationen? Vår uppfattning är att den möjliggör en bättre start på examinationsarbetet genom att den ger vidgad kunskap om examinand och examinators. På så vis kan det första mötet mellan de båda gå smidigare, eftersom man redan har en känsla av att man känner varandra.

Levnadsbeskrivningen är mer än en meritförteckning. Det är ett dokument där man kan sammanfatta sin

bakgrund och sin livserfarenhet och den ger också information om varför man valt specialiteten allmänmedicin. Levnadsbeskrivningen kan utformas på ett personligt sätt och på ett mer formellt sätt. Genom den utformning examinanden valt, väljer han själv hur mycket han vill avslöja av sin bakgrund och sina livsintressen. Examinanden får också motsvarande uppgifter från examinators så att de båda har samma utgångsläge när examina-

tionen ska börja.

Levnadsbeskrivningen ger också examinanden en möjlighet att komplettera den bild som skapas av honom genom handledaryttrand, utbildningskatalog och litteraturlista. Levnadsbeskrivningen är en viktig del av examinationen, eftersom den ger den första bilden av examinanden som sedan kompletteras av examinators under genomförandet av examinationen.

Eget skriftligt arbete

GÖSTA TIBBLIN

Att kunna formulera sig väl i skrift är betydelsefullt såväl i det praktiska läkararbetet som i den administrativa verksamheten. Som allmänläkare blir det allt vanligare att avrapportera genomförda projekt. I detta sammanhang är det inte minst viktigt att språkdräkten på ett adekvat sätt skildrar verkligheten.

På grund av den korta förberedelse-tiden och avsaknaden av krav och utbildning inom den nuvarande specialistutbildningen, accepterade vi i detta avsnitt av examinationen såväl uppsatser, fallbeskrivning som PM rörande handläggningsrutiner. I framtiden kommer troligen det egna skriftliga ar-

betet att utgöra resultatet av ett FoU-arbete.

Av de elva examinanderna hade tre valt att berätta om genomförda projekt, en valde en fallbeskrivning över en multiproblempatient och fyra skrev sammanfattande om alkohol, sömnapné, bensår och incest. En av examinanderna refererade en föreläsning om amalgam. De övriga två berörde så vitt skilda ämnen som erfarenheter-na av en FV-läkargrupp och behov av föräldrasamtal i vårdnadskonflikter.

Vid examinationen presenterades de elva arbetena i två sessioner ledda av var sin examinators. Publiken var här examinands, examinators och

handledare. Varje arbete ägnades cirka 20 min och diskussionen blev livlig. Det var uppenbart att deltagarna hade satsat olika mycket tid på detta moment. En hade skrivit ett PM på en sida. En annan lämnade in en uppsats på cirka 10 sidor. I en kort uppsats kunde en av deltagarna visa att "snabbköld" vid mycoplasmainfektion knappast var användbart vid diagnostiken på en vårdcentral.

Denna del av examinationen bör i framtiden lyftas fram och få en standardiserad form – exempelvis som en redogörelse av ett eget projektarbete. Det är viktigt att handledaren följer och kommenterar den blivande allmänläkarens förmåga att uttrycka sig i skrift.

Genomgång av litteratur

ANNA-KARIN FURHOFF

En viktig del av specialistutbildningen består i att läsa tidskrifter och annan facklitteratur. För många läkare, och alldeles definitivt för många allmänmedicinare, har också skönlitteratur gett erfarenheter av betydelse för den professionella utvecklingen.

Det är därför naturligt att det ingår ett moment i specialistexamen som syftar till att utvärdera dels vilken tillgång till facklitteratur examinanden haft och vilken stimulans att använda möjligheterna han/hon fått under utbildningstiden, dels hur examinanden själv tillgodogjort sig litteraturen.

Examinanderna uppmanades att i förväg skicka in en lista på vilka tidskrifter man följt och vilka böcker man läst som ett led i specialistutbildningen. Examinanden skulle också ange fem arbeten (artiklar eller böcker) som haft betydelse för honom/henne. Examinators och examinand skulle sedan tillsammans välja två av dessa för närmare diskussion.

De flesta examinands förefaller ha följt Läkartidningen och AllmänMedi-

cin regelbundet, antingen genom att själva prenumerera eller genom att tidningarna funnits på vårdcentralen. Scandinavian Journal of Primary Health Care förefaller däremot inte vara lika allmänt läst bland FV-läkar-na.

De böcker som togs upp på litteraturlistorna varierade från rent medicinsk facklitteratur till modern skönlitteratur. Balint: "Läkaren, patienten och sjukdomen" och Bendix: "Din nervösa patient" var de enskilda verk som förekom oftast.

Några examinands hade inte lämnat uppgift om vilka artiklar/böcker de särskilt gärna ville diskutera med examinators. I sådana fall lämnade examinators ensam förslag.

Samtliga examinators fann att det var svårt att få tiden att räcka till för någon mer djuplodande diskussion av FV-tidens litteraturstudier. Den första timmen av examinationens första dag, som var avsatt för detta ändamål, skulle också inrymma en genomgång av levnadsbeskrivningen och av redo-

görelsen för hela den övriga utbildningen under FV-tiden.

Däremot uppgav flera att när man senare under dagen diskuterade enskilda patientfall var det lätt att anknyta till litteratur som både examinand och examinators läst, och att detta ökade både värdet och nöjet av diskussionen.

Examinatorsernas erfarenheter kan sammanfattas på följande vis:

– Det är viktigt att läkarna stimuleras att läsa tidskrifter och böcker under specialistutbildningen. Handledarna har också här en viktig uppgift, som kanske behövde lyftas fram mer än vad som nu sker. Redovisning av vilken litteratur som studerats hör hemma i specialistexamen, på samma sätt redovisning av genomgångna kurser. Examinatorserna är mer tveksamma till att diskutera av litteraturen ska vara ett särskilt avsnitt i examinationen. Däremot kan den komma in som en naturlig del av till exempel genomgången av patientfall och vid presentationen av det skriftliga arbetet.

*Astra Läkemedel AB utlyser ett forskningsstipendium
för läkare verksamma inom allmänmedicin*

Forskningsstipendium i allmänmedicin från Astra Läkemedel AB

Ändamål Stipendiet kan användas för forsknings- eller projektarbete av olika typer, företrädesvis i behandlingen av infektionssjukdomar, smärttillstånd och psykiatriska tillstånd av allmänmedicinsk betydelse. Även kvalificerade undersökningar utanför dessa områden kan komma i fråga. Studieresor motiverade av forskningsuppgiften kan ingå. Stipendiet är avsett för icke graduerade läkare verksamma inom specialiteten allmänmedicin.

Stipendiebeloppet Det totala stipendiebeloppet för år 1990 uppgår till 75000:– svenska kronor. Beloppet kan delas ut i sin helhet till en stipendiat eller fördelas på flera.

Ansökningsförfarande Stipendiet i allmänmedicin från Astra Läkemedel AB utlyses genom annons i Läkartidningen. Skriftlig ansökan på särskild ansökningsblankett skall innehålla projektets beskrivning, målsättning, plan för genomförande, kostnader och finansiering samt eventuell övrig finansiering.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda senast 20 augusti 1990 under adress:
Astra Läkemedel AB, Att: Gudrun Hedström, 151 85 Södertälje.

Stipendiekommitté

Professor Gösta Tibblin, Uppsala (ordförande)
Professor Bengt Scherstén, Lund
Professor Calle Bengtsson, Göteborg
Två representanter för SFAM (utses av SFAM:s styrelse)
Docent Bengt S Nilsson, medicinsk chef, Astra Läkemedel AB

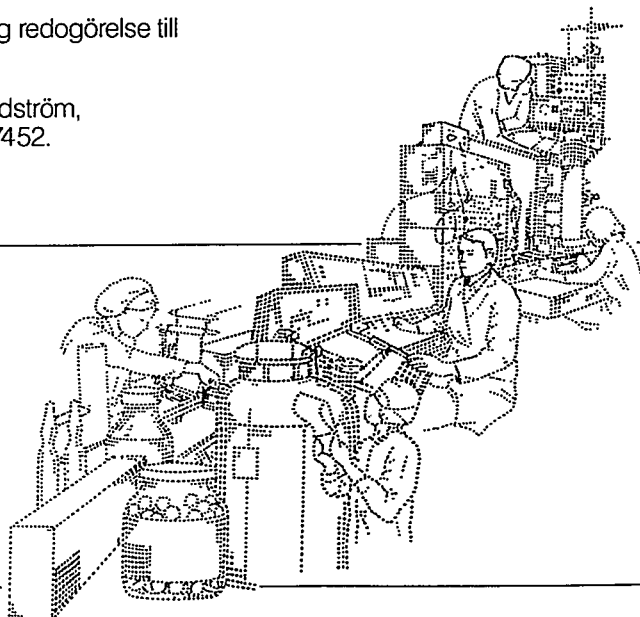
På grundval av insända ansökningshandlingar fördelar kommittén stipendiebeloppet. Kommitténs beslut tillställs de sökande skriftligen samt offentliggöres i samband med SFAM:s kongress i Västerås 8–10 november 1990. Kommitténs beslut kan ej överklagas.

Redovisning Efter avslutat projekt insändes skriftlig redogörelse till stipendiekommittén.

Ansökningsblankett kan rekvireras från Gudrun Hedström,
Astra Läkemedel AB, 151 85 Södertälje. Tel 0755-27452.



Astra Läkemedel
151 85 SÖDERTÄLJE



Grundtanken med skrivningsfrågorna var att ge ett underlag för att värdera examinandernas förmåga att tillämpa medicinska data. Vi var således inte ute efter att testa memoreringsförmågan utan vi ville i stället se i vad mån deltagarna klarade att analysera, sätta samman och värdera information för diagnos och behandling i några givna kliniska situationer.

Förutsättningar

För examinationen i stort fanns tre relativt klart uttalade syften nämligen; att skapa ett *jämförelseinstrument* (måttstock eller likare), att värdera det *utbildningssystem* som examinanden genomgått och att som vägledning för fortbildning göra en *nivåbestämning av examinandens kunskaper, attityder och färdigheter* i ämnet allmänmedicin. Vi hade tillgång till ämnesexpertgruppens målsättning för specialistutbildningen i ämnet allmänmedicin och något som kan jämföras med en lokal studieplan nämligen tjänstgöringsprogrammet för Luleå/Boden-området.

Skrivningens innehåll

Skrivningen bestod av åtta olika kliniska situationer, där fyra var av typen *öppen mottagning* (önskan om pc och sjukskrivning, rädd om ögat i samband med vagel, när avstå från fysikalisk lungundersökning och när behandla otit hos barn), *ett jourbesök* (med frågeställningen inflammatorisk tarmsjukdom eller funktionella besvär), *ett nybesök* (med värdering av riskfaktorer vid misstänkt hjärt/kärlsjukdom), *ett hembesök* (med värdering av begynnande demens, ofullständig diabetesbehandling och sviktande social situation) och avslutningsvis *ett politiskt nämndärende* om man kan starta hälsokontroller för att finna urinvägsinfektioner.

Genomförande

Examinanderna fick 90 minuter på sig att besvara frågorna under den första dagen av examen. Skrivningen rättades sedan av respektive examinator och kommenterades. Den första dagens kväll hade examinatorerna en genomgång av frågor och svar. De flesta skrev också ett sammanfattande om-

döme. Det var framför allt förmågan till problemavgränsning och situationsanpassning av utredning och behandling som kommenterades av examinatorerna. Skrivningen diskuterades sedan vid en gemensam skrivningsgenomgång den andra dagen utifrån de rättningar och kommentarer som var gjorda. Några fall kom då att penetreras ytterligare. Möjlighet fanns också senare för examinand och examinator att följa upp skrivningen och kommentarerna i den individuella examinationsgenomgången i slutet av dag 2. I efterhand gjordes sedan en relativ jämförelse av examinandernas svar. Klinisk handläggning skattades utifrån en femradig skala, max 3 poäng per fråga.

Resultat

Maximalt kunde man få 24 poäng. Spridningen var 14–24 poäng. De flesta (8 deltagare av 11) låg mellan 18–22 poäng.

Värdering/bedömning

Skrivningen var det enda moment där samtliga examinander prövades utifrån en gemensam förutsättning. Det gav möjlighet till en relativ jämförelse. Vi lade liten tonvikt vid denna möjlighet till förmån för individuella kommentarer av examinatorerna och uppföljning enskilt och i grupp.

Frågan om otitbehandling hos barn var den som låg närmast rättningsskalens svar (den fick i genomsnitt 2,9 poäng) medan problemet med magbesvär hos en medelålders kvinna avvek mest (den fick i genomsnitt 2,0 poäng). Poängavdraget betingades framför allt av att man alltför snabbt avgränsade problematiken så att utredning fick ett alltför ensidigt innehåll (antingen överdrivet psykologiskt eller kroppsligt). De övriga frågornas svar fick i genomsnitt värden mellan 2,2 och 2,7.

I de flesta fall blev skrivningen en bekräftelse på att examinanden verkligen hade en klinisk kompetens och mognad som överensstämde med vad som blivit tydligt i andra moment (sitta med, videokonsultation, eget skriftligt arbete). I åtminstone ett fall lyckades examinanden mycket bättre

på skrivningsfrågorna i jämförelse med övriga moment. I ett annat var det precis tvärtom dvs de muntliga och praktiska (och utan tidspress sammanställda) momenten gav ett bättre resultat än vad skrivningen gjorde. Detta talar för att skrivning under tidsbegränsning är ett moment som faktiskt tillför något i en mer samlad bedömning av uppnådda kunskaper, attityder och färdigheter.

Denna skrivning hade sin tyngdpunkt i att avläsa klinisk kompetens och tillämpning av biomedicinska kunskaper. På sikt är det angeläget att kunna avläsa väl definierade allmänmedicinska kunskaper. Det behöver inte nödvändigtvis vara enbart teoretiska medicinska kunskaper (som lätt kan slås upp i en lärobok) utan sådana kunskaper som en erfaren allmänläkare alltid bär med sig.

Denna typ av kunskap måste vara beskriven i förväg och nedtecknad i en lokal kursplan. Då kan de som genomgår utbildningen lättare se vad som krävs och examinationen får en naturlig avgränsning. Eftersom vi saknade en lokal studieplan blev vår examination (skrivningen inräknad) med nödvändighet mer allmänt hållen och fick inte den avgränsning som vi kanske hade hoppats på. I en framtid kan det emellertid mycket väl uppnås. Då behövs en lokal kurs- eller studieplan som underlag för själva examinationen.

Skrivningen gav däremot goda möjligheter att värdera klinisk kompetens. I de 8 skrivningsfallen kunde vi avläsa och värdera examinandernas förmåga att individ- och situationsanpassa medicinska lösningar till olika människors behov, förutsättningar och önskemål. Skrivningen gav en bild som kunde ställas i relation till andra moment i examinationen. I de flesta fall fanns en god överensstämmelse mellan de olika delmomenten men i åtminstone två fall avvek skrivningsresultatet från de andra delarna i examen.

DIFLUCAN 150mg
FLUCONAZOL
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

Deklaration. 1 kapsel 150 mg innehåller:

Fluconazol. 150 mg, lactos. 146 mg, constit. et color (titandioxid) q.s.

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

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

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

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

Indikationer. Vaginal candidiasis.

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

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

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

Quo vadis?

ROBERT SVARTHOLM

Presentation av momentet

Sista momentet i examinationen syftar till att belysa absoluta och relativa krav på professionellt arbete efter uppnådd specialistkompetens.

Bakgrund

Under förarbetet diskuterade vi DLF's rekommendation om 2000 inv/tjänst som en absolut förutsättning. Vi funderade på om det gick att i betydligt större populationer skulle kunna gå att bedriva arbetet utifrån en allmänmedicinsk specialité. Detta ledde till resonemang om hur indirekt arbete via mellanhänder (sköterskemottagningar osv), hälsopolitiskt arbete och olika arter av profilering, vårdorganisatoriskt skulle läggas upp.

En informell enighet nåddes om konsultationens centrala roll i det allmänmedicinska arbetet och därmed konsekvensen av detta. Detta moment lades sist, strax före middagen. Examinationen var dessförinnan avslutad och utvärderad. Momentet blev därför mycket av en "välkommen i gänget"-föreläsningsserie.

Distriktsläkarföreningens quo vadis

DLF's representant Britt Sjölin-Israelsson inledde med en allmän analys av det fackliga arbetet med och för distriktsläkare. Det handlade om

LARM och FRÅMÅT med analyser av avhopp från distriktsläkarbanan och konkreta förslag för att förhindra detta.

Verklighetens quo vadis

En distriktsläkare tillika vårdcentralchef vid en underbemannad vårdcentral, Robert Svartholm i Jokkmokk, fortsatte med praktiska exempel och beskrev hur lätt det kan vara att "glida in" i en omöjlig organisation, som visar sitt "rätta ansikte" först efter en behaglig "smekmånad".

Problem med gamla kollegor, mottagningspersonal, administratörer, politiker, liksom mer schematekniska problem togs upp utifrån konsekvensen av underbemanningen.

Det är betydligt enklare att ändra en organisation så länge man står utanför, blir en självklar konsekvens av sådana erfarenheter. När man väl börjat på en arbetsplats är man en del av gruppen och det är svårare att få ändringar till stånd. **Analysera därför Din nya arbetsplats INNAN** Du börjar, var budskapet.

Socialstyrelsens quo vadis

Margareta Troein, ordförande i Socialstyrelsens allmänmedicinska ämnesexpertgrupp, redovisade slutligen läkarspecialistutredningen, som besl-

tades av regeringen 15 nov 1989 och konsekvenserna av denna. Fortsättningsvis kommer specialister i allmänmedicin på distriktsläkartjänster att få ta ett helt annat utbildnings- och handledaransvar än i dag. Det kommer på ett helt annat sätt än nu att bli ett naturligt inslag i arbetet. En ständig granskning av måluppfyllelse i stället för att skriva på antalet tjänstgöringsmånader kan bli skillnaden.

Värdering av momentet

Momentet formade sig till tre monologer, med negativ slagsida, måhända som "grums" i examinationens glädjebägare.

Under utvecklingsarbetet kom momentet något i skymundan, och i själva examinationen hamnade den utanför. Bristen på uppföljande dialog var också uppenbar. Detta förringar dock inte momentets betydelse, men det måste vidareutvecklas. Det är viktigt att dels "vaccinera" blivande distriktsläkare mot romantiskt önsketänkande och dels betona rättmätiga krav på rimlig arbetsbörda för att kunna bryta den negativa rekryteringstendens med stora avhopp från distriktsläkarbanan och bibehålla de distriktsläkare som finns med allmänmedicinskt hög professionalitet.

Skriftlig dokumentation

TORGNY KARLSSON

Den skriftliga dokumentationen utgör en självklar såväl som viktig och tidskrävande del i allmänläkarens arbete. Genom de skrivna dokumenten (journaler, intyg, remisser, brev etc) blir allmänläkaren bedömd och betygsatt av kollegor och andra samarbetspartners. Den skriftliga dokumentationen blir således ett av primärvårdens viktigaste ansikten utåt.

Metod

Examinanden får i förväg välja ut åtta journaler med nedan beskriven fördelning för granskning, diskussion och bedömning på vårdcentralsdagen under examinationen.

I Långvarig kontakt

Instruktion till FV-läkaren:

– Välj ut två journaler på patienter som Du haft en längre tids kontakt med. Bör ha omfattats av flera besök under minst ett halv års kontakt. Journalerna ska innehålla läkarutlåtande om hälsotillstånd till Försäkringskassa/Arbetsförmedlingen samt till minst en annan vårdinrättning.

Instruktion till examinatorn:

Bedöm FV-läkarens förmåga att på ett

logiskt sätt dokumentera flera besök under en längre tid. Är journalen systematiskt upplagd? Ger den en helhetsbild av patienten innefattande såväl det medicinska tillståndet som den psykosociala miljön? Finns en sammanfattande beskrivning av hälsotillståndet? Har FV-läkaren dokumenterat relevanta data om patientens besök vid vårdcentralens olika enheter (sjukgymnastik, arbetsterapi, dag-sjukvård) och vid andra kliniker och kontakter med andra samhällsorgan som Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Socialbyrå? Ger den skrivna remissen en klar bild av patienten? Finns en tydligt formulerad frågeställning? Innehåller den adekvat mängd medicinsk information för att vara underlag för ett prioriterings- och åtgärdsprogram? Innehåller även intygen till olika samhälleliga institutioner välordnade och för lekmän begriplig upplysning om patienten och dennes funktionsnivå?

II Nybesök

Instruktion till FV-läkaren:

Välj ut två patienter som under det sista året gjort ett nybesök hos Dig.

Instruktion till examinatorn:

Bedöm FV-läkarens förmåga att på strukturerat sätt dokumentera besökets innehåll. Innehåller anamnesen patientens egen beskrivning av sina besvär, fri från tolkning och objektiva fynd? Ger allmänstatus och lokalstatus en lättbegriplig bild av patientens tillstånd? Finns dokumenterat en genomtänkt bedömning av patientens olika besvär/åkommor? Framgår tydligt den fortsatta planeringen?

III Jourfall

Instruktion till FV-läkaren:

Välj ut fyra journaler på patienter som sista året sökt Dig som jourfall.

Instruktion till examinatorn:

Bedöm FV-läkarens förmåga att trots tidspress dokumentera de väsentliga, positiva fynd som ledde fram till bedömning, åtgärd och vidare handläggning.

Värdering

Med ovan beskrivet granskningsätt konstaterades vid årets examination en mycket god korrelation mellan en logiskt uppbyggd välordnad medicinsk dokumentation och ett moget allmänmedicinskt handlingsätt.

Handledaryttrande

BIRGIT BREITHOLTZ

Handledaryttrandet var utformat så att man på en femgradig skala gjorde en bedömning var FV-doktorn "befann sig", (skalan sträckte sig från 0 till 5 = från svag till välutvecklad förståelse). Egenskaper som exempelvis bedömdes var teoretiska kunskaper och dess praktiska tillämpning, fysikalisk undersökningsteknik inklusive användning av den tekniska utrustning som var tillgänglig på vårdcentralen. Viktiga egenskaper är även samarbete med personalen på vårdcentraler och inrättningar ute i samhället samt ett bra patientbemötande. Avslutningsvis gjorde handledaren en summering av FV-doktors bästa sidor och de sidor som behövde utvecklas mera. En bilaga tillkom som gällde värdering av själva handledningen. Den innehöll bland annat hur uppläggnings av

handledningen varit i tid, rum och innehåll. Fanns möjligheter till videoinspelning? Har handledaren kunnat påverka utbildningen på andra kliniker? Vilka förändringar skulle man göra inför nästa handledningsperiod?

Det som framkom vid ifyllandet av handledaryttrandet var att det var svårt att exempelvis bedöma anamnesupptagning och fysikalisk undersökningsteknik då man sällan som handledare satt med i undersökningsrummet utan oftare konsulterades i korridoren om akuta eller oklara patientproblem. En större öppenhet med planerade auskultationer hos både handledare och FV-doktorer kom fram som önskemål från FV-doktorernas sida. Övriga punkter i yttrandet var lättare att bedöma då de avspeglades hos personal och patienter.

I värderingen av handledningen framkom kritik att det ibland var svårigheter att hålla tiden. Den stördes av kurser eller hård belastning på vårdcentralen. Handledningen var svår att upprätthålla vid tjänstgöring på andra kliniker. På många ställen saknades en dialog mellan vårdcentral och de aktuella sjukhusklinikerna.

Att använda handledaryttrandet endast vid en slutbedömning av FV-läkaren är inte lämpligt. Det bör ingå som ett återkommande moment under hela FV-tiden så att det kan utnyttjas även som ett stöd i utbildningen. Intressant vore om även FV-doktorn gjorde en egen skattning om var han eller hon befinner sig på skalan och utifrån det förde en jämförande diskussion med handledaren.

I allmänläkarens verkstad, att bedöma konsultationen

CARL EDVARD RUDEBECK · BJÖRN OLSSON

Konsultationen är ingen "del" av allmänläkarens arbete, som man kan välja att vara mer eller mindre intresserad av. I patientarbetet är konsultationen den helhet, inom vilket allting sker. Betoningen på konsultationen inom allmänmedicinen är i själva verket en betoning på praktiken, som en professionell verklighet i sig. Medicinsk teori förklarar bara delvis vad som sker, när läkare och patient möts. Att bedöma läkarens färdigheter i konsultationen är det samma som att studera hur förtrogen han eller hon är med arbetets grundläggande villkor.

Mycket sker snabbt och intuitivt i mötet mellan läkare och patient och det går inte att rationellt redovisa alla bedömningar och handlingar. Detta gäller också de bedömningar som röjer en mycket god förmåga. Att rubricera konsultationen och bedöma enligt ett schema gör oundvikligen våld på det man vill studera, nämligen läkarens praktiska skicklighet. I examinatorgruppen enades vi likväl om ett antal punkter att koncentrera bedömningen till. Detta underlättar förberedelserna för examinatorn och de tjänar till att allmänt öka känslighet och uppmärksamhet. Vi fastnade för följande rubriker, att användas både vid auskultation och video:

Anslaget.

Symtompresentationen.

Disponering av konsultationen.

Patientens egen värdering och egna förväntningar.

Identifiering och avgränsning av problemet.

Kroppsundersökning (både som verifiering och kommunikation).

Summering-värdering-prövning. Avslutning.

Auskultation

Auskultationen är en interkollegial handling som frambringar ett rikt och autentiskt material att värdera och diskutera. Den är emellertid också en mycket speciell situation, där påverkan på den aktiva läkaren är stark, varför omdömen bara kan fällas med stor försiktighet. Sin viktigaste roll har auskultationen i utbildningen och det var kanske framför allt dess pedagogiska förtjänster som gjorde att den upplevdes mycket positivt av flertalet aktörer i examinationen.

Viktigt är, att examinator och examinand bekantat sig med varandra innan auskultationen, att patienten har samtyckt och att man tänkt igenom hur man ska sitta i rummet. Det sista kan tyckas trivalt men har stor betydelse för hur kommunikationen löper. Den som auskulterar bör ta så liten plats som möjligt i det kommunikativa rummet.

Fördelar med metoden:

- Den stimulerar till dialog.

- Den är lätt att använda.

- Den ger lärariska erfarenheter för bägge parter.

Begränsningar:

- Utbytet i hög grad beroende av ett gott och uppriktigt förhållande mellan kollegorna.

- Metoden stör påtagligt den verkliga den vill studera.

Videoinspelade konsultationer

Ett bra hjälpmedel när det gäller att utveckla sin konsultationsteknik är att

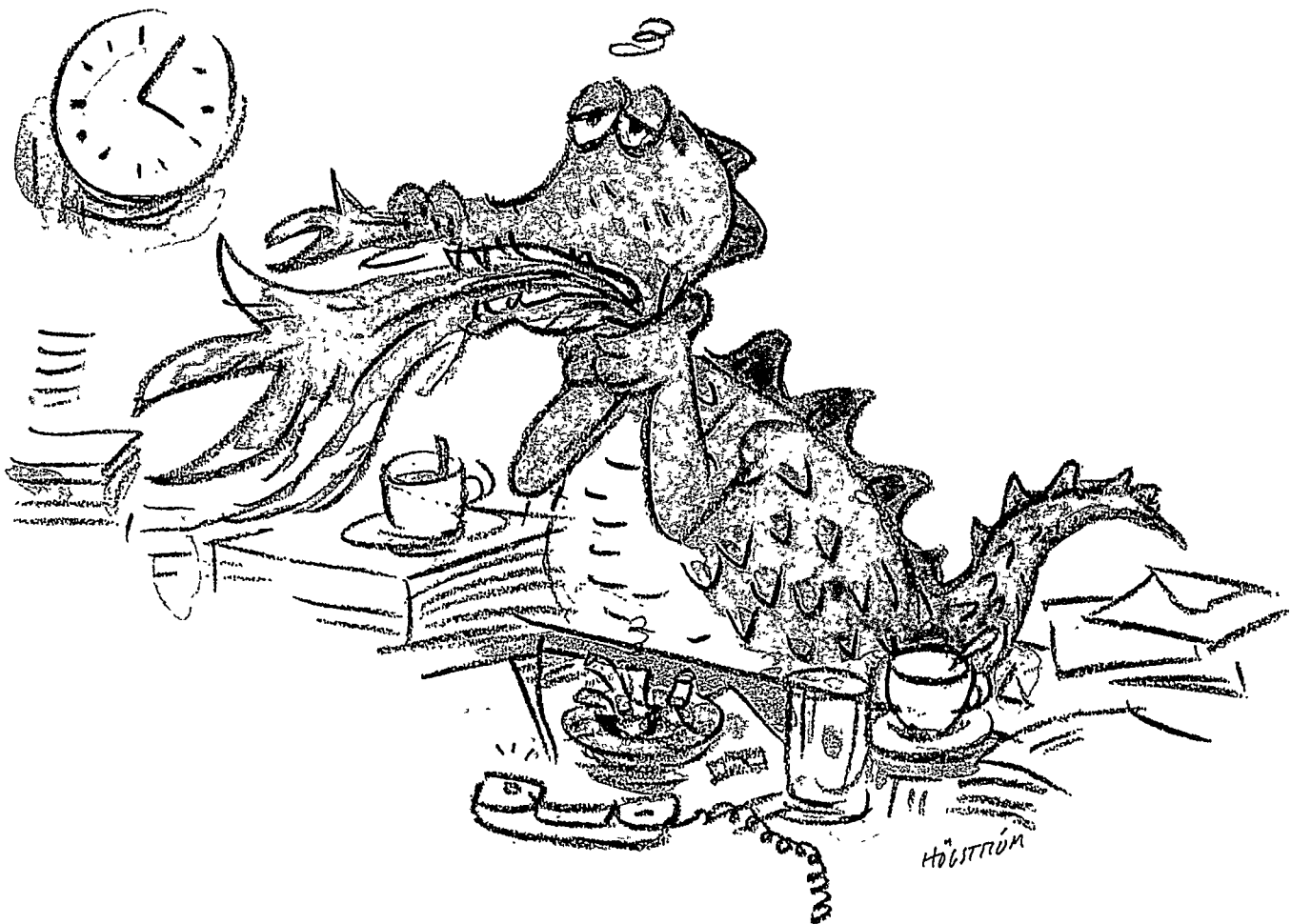
spela in samtal med patienter på video. Det ger utmärkta tillfällen att studera och diskutera hur vi bemöter våra patienter och om konsultationstillfället utnyttjas optimalt.

Inför den avslutande examensdagen instruerades examinanden att ta med sig två videoinspelningar med patientkonsultationer. Tillsammans med examinatorn granskades sedan dessa patientsamtal och konsultationerna diskuterades. Det gällde även här "vanliga" patienter och examinanden valde själv ut vilka videokonsultationer som skulle granskas.

Detta avsnitt var ett komplement till auskultationen på vårdcentralen. Meningen var att med en annan teknik värdera förmågan att disponera konsultationen på ett optimalt sätt. Videotekniken medger ju att man kan "återskapa" patient/läkarrelationen, gå tillbaka och diskutera enskilda detaljer vid konsultationstillfället.

En svårighet i detta sammanhang är att videotekniken är ovan för många och flera av examinanderna hade aldrig tidigare prövat på att spela in patientsamtal med video. Bland dem som trots detta lyckades bemästra tekniken upplevdes momentet som mycket givande och vår slutsats är att videoinspelade patientsamtal rutinmässigt bör genomföras såväl inom grundutbildning som på AT och FV-nivå. För de närmaste årens specialistexaminationer bör dock de tekniska förhandsanvisningarna till examinander och handledare vara betydligt mer utförliga än dom vi gav.

Link tabletter binder mer saltsyra!



Link 1100 mg tabletter binder mer saltsyra än någon annan antacidatablett.

1 tablett	Link 1100 mg	binder 30	mmol HCl
1 "	Novaluzid	" 25	" "
1 "	Link 700 mg	" 20	" "
1 "	Novalucol	" 12,5	" "

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 08-7169265

Doktor Anton Tjechov och allmänmedicinen

Skönlitteratur som väg till människokunskap

LB 06486

INGEMAR HERMANSSON

För att läkare, särskilt allmänmedicinare, skall kunna göra ett bra arbete bland medmänskorna måste han/hon ha en både bred och djup människokunskap. Livets egna erfarenheter kan ge oss en del av detta, men också skönlitteraturen kan vara en väg, som leder mot samma mål. Skönlitterära studier som led i utveckling till medmänsklighet, kunde gärna organiseras genom samarbete mellan allmänmedicinska och litteraturvetenskapliga institutioner. Jag ger i artikeln nedan exempel på ett sätt att läsa författaren och läkaren Anton Tjechov, som ger oss intressanta aspekter på allmänmedicinen.

Nyckelord: Allmänläkare, humanism, debatt, skönlitteratur, människokunskap

Anton Tjechov, en allmänmedicinare på landsbygden

Anton Tjechov levde i Ryssland 1860-1904. Han avled på en kurort i Tyskland i lungtuberkulos. Under åren 1879-84 studerade han på stipendium medicin i Moskva. Samma år som han var färdig läkare skrev han:

"Psykiska fenomen är så slående lika fysiska fenomen att det är omöjligt att komma på när de förra börjar och de senare slutar."

Detta är en fin beskrivning av psykosomatikens problem och allmänmedicinens fascinerande verklighet. Ibland utbryter en fejd om vad allmänmedicinens kärna är. Den fejden är ofruktbar. Låt oss i stället följa Tjechovs konklusion från 1884:

"Olika grenar av kunskapen har alltid levt tillsammans."

Översatt till medicinskt språk måste detta betyda:

Låt oss använda alla vetenskapliga metoder, naturvetenskapliga, samhällsvetenskapliga, humanistiska i vårt arbete, annars kan vi aldrig leva upp till den helhetssyn som vi påstår vara en grund för en högstående allmänmedicin.

Tjechov om den medicinska vetenskapen

Medicinen och dess vetenskapliga, objektiva synsätt hade stor betydelse också för Tjechov som författare, vilket gör det extra lärorikt för läkare att läsa honom. Om medicinen och författandet skrev han följande i ett självbiografiskt brev från Jalta år 1899:

"Jag betvivlar inte att min sysselsättning med den medicinska vetenskapen har haft stort inflytande på min litterära verksamhet. Den har väsentligt vidgat mitt synfält och berikat mig med kunskaper, vars rätta värde för mig som författare endast den kan uppskatta, som själv är läkare."

Han skrev också:

"Bekantskapen med naturvetenskapen, med den vetenskapliga metoden har alltid gjort mig vaksam och jag har, där det varit möjligt, bemödat mig om att skapa ett samband mellan mitt författande och vetenskapliga fakta, där detta varit omöjligt har jag föredragit att inte skriva alls."

Den aktiva människan Tjechov

Tjechov arbetade som läkare bland de fattiga bönderna, där han levde, undersökte, behandlade dem, köpte medicin åt de medellösa. Detta gav honom en djup kunskap om livet. Han organiserade också arbetet mot kolebran under en epidem i början av 1890-talet. Det gjorde honom spänd:

"Att inte tillhöra sig själv, att bara tänka på diarre'."

(ur ett brev 1892.)

1895 gjorde han allvarliga försök att rädda en kirurgisk tidskrift, internationellt känd, som fått ekonomiska svårigheter och skrev i ett brev:

"- att rädda en bra, kirurgisk tidskrift är lika nyttigt som att utföra 20 000 lyckade operationer."

Fångkolonin på ön Sachalin

I sin medmänsklighet såg Tjechov att man gjorde en del för sjuka människor, "men absolut ingenting för straffångarna." Efter förberedelse genom litteraturstudier, gjorde han så 1890 sin berömda resa till Sachalin, tsardömetts straffkoloni och genomförde en undersökning på ön. Det blev snarast en sociologisk studie. Genom egna intervjuer samlade han data på 10 000 kort om människorna på Sachalin, deras boningsort, personuppgifter, namn, ålder, trosbekännelse, födelsort, vistelsetid på Sachalin, yrke, läskunnighet, skrivkunnighet, civilstånd m.m.

Han besökte också alla fånglägren, mötte smutsen, våldet, eländet, sexuell brutalitet, spritmissbruk, smuggling, korrupktion, all mänsklig förnedring. Han skrev om sjuklighet, dödlighet. Det mest upprörande han såg var piskstraffet, som gav honom mar-drömmar. Hans bok om Sachalin påverkade i någon mån Tsar-Ryss-

lands fångvård i humaniserande riktning. Samtidigt var Tjechov obarmhärtigt klarsynt. Han skrev:

"- på varje ärlig människa finns 99 tjuvar" på Sachalin.

I detta sammanhang är det också intressant att läsa Tjechovs slutsats: problem som fångkolonien på Sachalin och liknande, går inte att lösa genom välgörenhet, det är en rege-ringsfråga, alltså en fråga om politisk makt.

Tjechovs inlevelseförmåga

Tjechov skrev flera berättelser om förnedringen bland fattiga människor, bla "Ravinen" och "Bönderna". Hans medmänskliga, humana inställning lyste alltid igenom.

Han väjde aldrig för att skildra ondskan, våldet, men han visade en vilja att undersöka och förklara. Han hamnade därigenom aldrig i cynism eller människoförakt. Så här heter det i novellen "Bönderna" från 1898:

"- i deras liv finns inget, som man inte kan finna försvar för."

I novellen "Krusbär" pekar Tjechov på hur jordklotet befolkas av lidande och plågade människor och hur lyckan i en sådan värld egentligen borde vara en omöjlighet:

"- Tydligt känner sig den lycklige väl till mods bara därför att de olyckliga bär sina bördor tyst, och utan denna tystnad skulle lyckan vara omöjlig."

Behovet att bryta en ny väg ur stagnation och stillestånd, att finna en väg ut ur lidandet och eländet pekade han också på. Det rörde sig inte om individuella frälsningsläror utan om aktivitet:

"Vad som behövs är arbete, åt helvete med allting annat." (ur brev 1890, året för resan till Sachalin)

Vid ett annat tillfälle skrev han:

"- det finns mera människokärlek i elektricitet och ångkraft än i kyskhet och i att avstå från att äta kött."

Ett kliniskt material

I Tjechovs böcker är det som om vi möter ett kliniskt material, framlagt för oss av en människokännare, objektiv, klarsynt, men också en människovän, beredd att känna igen kärleken, solidariteten, som finns i blygsamma former och som lätt kan förbises i en värld av fattigdom, förnedring och våld. Han hade också en stark tilltro till människornas förmåga till förändringsaktivitet. Han ville visa sin tids människor hur eländigt och tråkigt deras liv var. Om de förstod det, "kommer de säkert att skapa ett annat och bättre liv för sig."

✚ Förutsättningen för detta var dock en sann beskrivning av verkligheten. Hans noveller, ofta snarast kortromaner ger en rik människoskildring, spänner över fattiga, rika, unga, gamla, män, kvinnor och barn. Hans mål var objektivitet och inlevelse:

"Konstnären skall inte vara en domare över sina karaktärer eller vad de säger, utan bara en objektiv observatör". (ur brev 1888).

Tjechovs fyra stora dramer är väl kända, "Måsen", "Onkel Vanja", "Tre systrar" och "Körsbärsträdgården". De ger gripande psykologiska öden, man känner hur samhällsförhållanden styr individernas liv. Man har sagt, att de skildrar överklassens undergång i ett stagnerat samhälle, ett förrevolutionärt tillstånd.

Också i sin detektivroman "Ett jakt-drama" från yngre år visade Tjechov sin sociala känsla, pekade på hur överklassens lyx och rikedom byggs på de fattigas slit och släp.

Var fin: ideologien?

Tjechov, den objektive vetenskapsmannen, var medveten om att livet blir tomt och meningslöst utan en ideologi. I hans novell "En ledsam historia" skildras en döende professor, som tänker över sitt liv:

"- att jag saknar det som mina kollegor i filosofiska fakulteten kallar en härskande ide', det har jag märkt först nu, när min levnads dagar lider mot sitt slut."

Livet innehåller alltså långt mer än det vetenskapliga betraktelsesättet.

Anton Tjechov härstammade från familjer i livegenskap, hans egen farfar var en livegen, som köpte sig fri. Detta kan förklara hans starka känsla för behovet av mänsklig frigörelse. Ur denna grund växte också en idealbildning upp, som han skrev om i ett brev från 1888, ett citat, som kan läsas som en maning till oss alla att kämpa för hälsa i medicinsk, psykologisk och social mening:

"Det allra heligaste för mig är människans kropp, hälsa, intelligens, begåvning, inspiration, kärlek och den mest absoluta frihet - frihet från tvång och falskhet, i vilken form dessa än uttrycks."

Av allt, som skrivits ovan, framgår klart, vilken stor betydelse det hade för Tjechov som författare att han var utbildad till och arbetade som läkare, snarast som distriktsläkare på landet. 1897 gav hans lungtuberkulos honom svåra hämoptyser och han ordinerades av kollegor att upphöra med sin medicinska praktik. Det plågade honom:

"Jag ger upp min medicinska praktik. För mig blir detta både en lättad och en svår förlust."

Skönlitteraturen och allmänmedicinen

Jag har i min artikel försökt ge ett exempel på ett sätt att läsa skönlitteratur för att träna upp objektivitet, klar-

synthet, inlevelseförmåga och en attityd till livet och medmänniskorna, som måste vara basen för allmänmedicinsk verksamhet, en djup medmänsklighet. Detta kan ske under ledning av en kollega till oss, Dr Anton Tjechov, som jag gärna skulle vilja utnämna till professor i medmänsklighet. Men det finns också många andra författare som har mycket att lära oss. Det vore naturligt för en distriktsläkare att sätta sig in i den skönlitteratur, som skildrar den region eller landsdel, förr eller nu, där arbetet skall ske.

Gör det gärna till ett obligatoriskt ämne för varje blivande allmänmedicinsk specialist att sätta sig in i skönlitteratur med betydelse för arbetet. Det kan innebära en träning i att handskas med omätbara eller svårsmätbara faktorer hos våra medmänniskor, patienterna. Utan en sådan förmåga, parad med breda och stora medicinska kunskaper, är det svårt eller omöjligt att klara den mångskiftande allmänmedicinska verksamheten.

Referenser

Tjechovs olika verk i översättningar från olika tider.

Besök på Tjechovmuséet, Trädgårdsringen, Moskva, där en fin framställning av hans liv och verk ges. Huset utgjorde i slutet på 1880-talet hans bostad.

1. Böttiger L. E. Anton Tjechov, den skrivande läkaren. Läkartidningen 1988;85:4546.
2. Böttiger L. E. Läkaren med pennan och läkarna på scenen. Läkartidningen 1988;85:4638.

3. Friedland L, Simmons E. Letters on the short story, the drama and other literary topics. London: Vision Press Ltd, 1965.
4. Friedländer K. Tjechov. Stockholm: ny upplaga PAN/Norstedts, 1968.
5. Hellman L. editor. The selected letters of Chekhov. London: Hamish Hamilton Ltd, 1955.
6. Hermansson I. Tjechov, en lärare för läkare. Läkartidningen 1984;81:3756.
7. Hermansson I. Anton Tjechov, läkare och lärare i medmänsklighet. Vilhelmina: Forskningsenheten. Rapport Forskardagar 1988:61.
8. Jaensson K. Sanning och särprägel. Stockholm: Aldus/Bonniers, 1960: 202.
9. Karlinsky S, Heim M. H. Anton Chekhovs life and thought. Paperback Edition, Los Angeles: University of California Press, 1975.
10. Laffitte S. Tjechov i bilder och dokument. Lund: Tema/Gleerups, 1967.
11. Långbacka R. Möten med Tjechov, sex essäer. Helsingfors: Söderström & Co Förlags Ab, 1986.
12. Troyat H. Anton Tjechov, en biografi. Svensk översättning. Stockholm: Forum, 1988.

Författarpresentation

Ingemar Hermansson, distriktsläkare, Forskningsenheten i Vilhelmina

Postadress: Institutionen för Allmänmedicin, 90185 Umeå.

Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning

En kurs för 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.

Upplysningar, kursbeskrivning med anmälningsblankett: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, telefon 08-24 50 85.

Medlemmar rekrytera till SFAM

Alla specialister eller blivande specialister har sin specialistförening. Allmänläkarnas specialistförening är SFAM, Svensk Förening för Allmänmedicin.

SFAM har nu cirka 2000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom vidare- och efterutbildning, utvecklingsarbete, forskning, avgränsning mot andra specialiteter, internationella kontakter.

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

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

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

Vi vill särskilt påtala vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM. Årsavgift 300 kronor.

Obs! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1990 automatiskt tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care.

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

Missa inte chansen att förkovra dig i hälso- och sjukvård



Nordiska Hälsovårdshögskolan (NHV) i Göteborg erbjuder dig, som har en ledande funktion inom hälso- och sjukvård i Norden, att fördjupa dina kunskaper genom meriterande kurser på akademisk nivå. Du får även en unik möjlighet att fortsätta studierna och ta examen "Master of Public Health" (MPH).

NHV är den enda högskolan i sitt slag i Norden. Den rekommenderas av sjukvårdshuvudmännen och erbjuder dig:

- korta kurser (1-2 mån) med möjlighet till akademisk examen
- kostnadsfri undervisning och inkvartering
- lärare och kursdeltagare från alla nordiska länder
- en naturskön miljö med bl a egen hamn, vacker park mm.

Skicka / faxa svarstalongen till oss, eller ring på:
tel. 031-69 39 00, fax 031-69 17 77.

Sista ansökningsdatum 15 juni -90.



Nordiska hälsovårdshögskolan

Nya varvet

Box 12133

S-402 42 Göteborg, Sverige

Ja, jag är intresserad av följande kurser. Skicka mig mer information.

Huvudkurser

- Epidemiologi och biostatistik. 14/1-8/2 1991 och 23/9-18/10 1991
- Miljömedicin. 25/2-22/3 1991 och 26/8-20/9 1991
- Hälso- och sjukvårdsadministration. 2/4-26/4 1991 och 21/10-15/11 1991
- Samhällsmedicin. 21/5-14/6 1991 och 18/11-13/12 1991

Varje kurs omfattar 2 månaders undervisning, en månad på våren och en på hösten. Kurserna ingår i den utbildning som tillsammans med ett examensarbete (en avhandling) leder fram till examen "Master of Public Health" (MPH). En av kurserna (dock ej kursen i epidemiologi och biostatistik) kan utbytas mot alternativa huvudkurser så att den sammanlagda kurstiden blir 8 månader.

Alternativa huvudkurser

- Hälsoetik. 14/1-8/2 1991
- Hälsoupplýsing. 14/1-8/2 1991
- Ungdomars hälsa. 11/2-8/3 1991
- Samhällsodontologi. 25/2-22/3 1991
- Omvårdnadsvetenskap. 2/4-26/4 1991 och 21/10-15/11 1991*
- Internationell hälsovård. 21/5-14/6 1991
- Socialpediatrik. 21/10-15/11 1991
- Äldres hälsa. 18/11-13/12 1991

* Observera att kursen i omvårdnadsvetenskap omfattar 2 månader.

Samtliga kurser kan genomgåas i valfri ordning och dessutom separat utan att examen avlaggs.

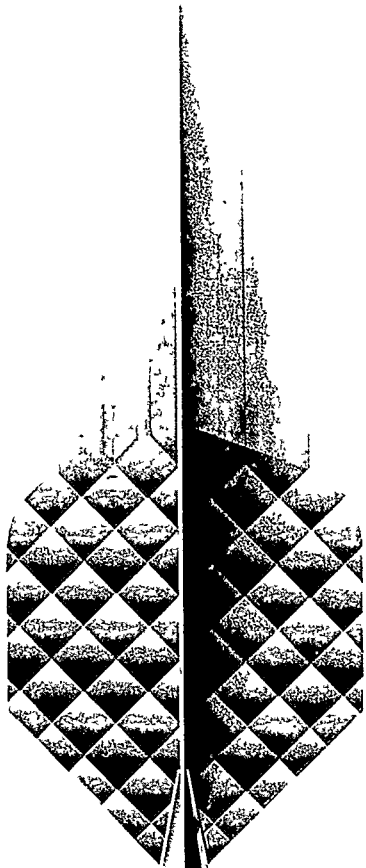
Texta tydligt!

Namn _____ Titel _____

Adress _____

Postadress _____

Tel _____ Fax _____



Citodon

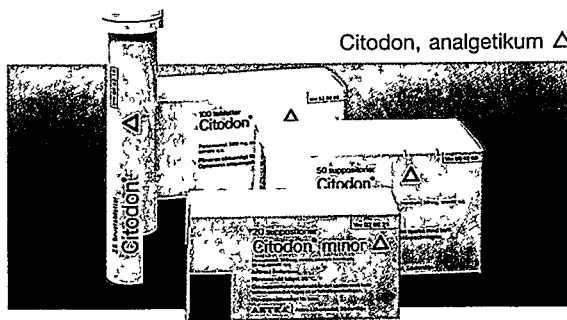
Citodon®

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

Tabletter – brystabletter – suppositorier

– *snabbt tillslag*

– *effektivt*



Citodon, analgetikum Δ

Förpackningar Citodon: Tabletter 20, 50, 100 st och 6x100 st. Brustabletter 25, 50 och 100 st. Suppositorier 10, 20 samt 50 st.

NYHET !

Citodon minor (paracetamol 350 mg, kodein 15 mg)

– för medelsvåra smärttillstånd hos barn.

Förpackningar Citodon minor: Suppositorier 20 st.

* vanligen inom 30 minuter



Astra Läkemedel AB 151 85 Södertälje

Grupp-BVC – ett arbetssätt med många fördelar

L30 6487

BO WERNER

Det sedvanliga BVC-arbetet med hälsokontroll och vaccinationer kan kombineras med gruppverksamhet där föräldrar och barn ingår. Detta arbetssätt, som förenar hälsokontrollernas höga anslutning med gruppernas möjligheter att utnyttja föräldrarnas egna erfarenheter, har i vårt arbete visat sig ha många fördelar. Här redovisas erfarenheter av grupp-BVC samt en enkätundersökning bland föräldrarna under tre års verksamhet vid två barnavårdscentraler i Örebro.

Nyckelord: Barnhälsovård, intervju/enkätundersökningar, utvärdering, föräldrar, föräldragrupper, Örebro.

Bakgrund

Våra barnavårdscentraler har vid det här laget lång tradition. Svensk barnhälsovård fyllde 50 år 1988. Det basprogram, med bland annat hälsokontroller och vaccinationer, som vi nu arbetar med har sedan cirka 15–20 år tillbaka nära 100-procentig anslutning. Sedan drygt tio år har basprogrammet kompletterats med föräldrautbildning, som från en blygsam start nu når allt fler, dock ännu långt ifrån alla.

Att kombinera hälsokontrollerna med en slags gruppverksamhet tyckte några pionjärer för cirka 10 år sedan vara en vettig arbetsform inom barnhälsovården. I Uppsala och Linköping startade man ungefär samtidigt med föräldra-barngrupper i anslutning till det ordinarie basprogrammet (1, 2). Omfattande erfarenheter finns i Danmark av grupp-BVC (3).

Inspirerade av föregångarna började man på många håll i landet i blygsam skala med liknande verksamhet och själv startade jag med denna arbetsform vid en barnavårdscentral i Boden 1981. Genom att kombinera gruppverksamhet med ordinarie besök för hälsokontroll får man dels föräldragruppens fördelar och samtidigt ett högt deltagande.

Vår verksamhet i Örebro

Från och med 1984 påbörjades vid två barnavårdscentraler i Örebro verksamhet med besök i grupp. Ingen av centralerna hade dessförinnan någon pågående föräldrautbildning.

Den ena av centralerna (BVC 1) sköttes av två distriktssköterskor i ett utpräglat landsbygdsdistrikt och den andra (BVC 2) av två distriktssköterskor i ett ytterområde av staden. Båda

centralerna hade gemensam läkarre-surs i form av undertecknad. Mottagning vid vardera stället förekom en gång i veckan.

Vid ordinarie hälsokontroll av läkare vid 2, 3, 6, 10 och 18 månaders ålder föregicks läkarundersökning och vaccination av att vi först samlades i grupp med fyra till sex barn och föräldrar. Vid den ena centralen gjordes dessutom sköterskebesöket vid 4½ månad i grupp och vid den andra på sedvanligt sätt.

Alla nyblivna föräldrar erbjöds att delta i grupp-BVC, men fick också om de så ville komma enbart för ett traditionellt besök. Till föräldrarna sade vi: "Vid den här barnavårdscentralen arbetar vi på det här sättet. Vi tycker att det innebär många fördelar för oss. Som förälder har man mycket att lära av andra föräldrar och inte minst får vi som personal lära oss mycket som vi sedan kan förmedla till andra."

Kammen växte på oss och vi kunde erbjuda grupp-BVC med mer och mer övertygelse, något som efter hand resulterade i att allt fler föräldrar deltog i verksamheten (se Tabell).

Vi tog upp frågor rörande barnen och någon brist på ämnen märkte vi aldrig. Efter gruppträffen, som i regel tog 45 minuter, undersöktes barnen enskilt och föräldrarna kunde nu ta upp sådant som man av olika skäl inte ville diskutera i grupp.

Under en vanlig mottagning hann vi med två grupper och dessutom vid behov tre till fyra barn som kom som extrabesök. Under en eftermiddagsmottagning mellan kl 13.00–16.30 var totalt cirka 15 barn aktuella.

Tre års slutförda grupper. Enkätundersökning av föräldrarnas uppfattning.

Material

I landsbygdsdistriktet hade BVC 1 totalt nio grupper med totalt 42 barn. Motsvarande för BVC 2 var tio grupper med 47 barn. Grupperna påbörjades och slutfördes under 1984–1986.

Under denna tidsperiod såg deltagandet bland alla de möjliga föräldrarna till påbörjade grupper ut som redovisas i Tabell. För BVC 2 erbjöds under halva 1985 ingen gruppverksamhet på grund av vikarie på distriktsskötersketjänsten.

Metod

Efter den sista gruppträffen vid 18 månaders ålder delades en enkät ut till alla deltagande föräldrar. Vid BVC 1 besvarade föräldrarna enkäten hemma och vid BVC 2 besvarades den i väntrummet. Vid BVC 1 förväntades fullständigare svar med detta tillvägagångssätt och vid BVC 2 större svars-frekvens.

Resultat

Av totalt 42 barns föräldrar vid BVC 1 svarade 28 medan 14 föräldrar avstod. Detta motsvarade ett bortfall på 33 procent. Vid BVC 2 svarade 45 av 47, vilket gav ett bortfall på 4 procent.

Av samtliga deltagande mödrar hade 20 resp 30 vid ett eller flera tillfällen haft make/sambo med. Föräldrar som hade äldre barn var 11 resp 28 till antalet.

På frågan om vad man uppfattade som viktigast vid BVC-besöket, tyckte flertalet att kontroll av hälsan samt någon att rådfråga var viktigare än vaccinationer och längd- och viktkontroll.

När frågan: "Tycker Du formen med grupp-BVC är bra?" ställdes, var det 39 som svarade mycket bra, 31 bra eller ganska bra och endast en mindre bra. Ingen tyckte grupp-BVC var dåligt. Uppfattningen var likartad i både BVC 1 och BVC 2.

På frågan: "Vilket föredrar Du för nästa barn?" var det 63 som önskade grupp-BVC och fem enskild BVC. Svar saknades här från fem föräldrar. Också här var samstämmigheten stor mellan BVC 1 och BVC 2.

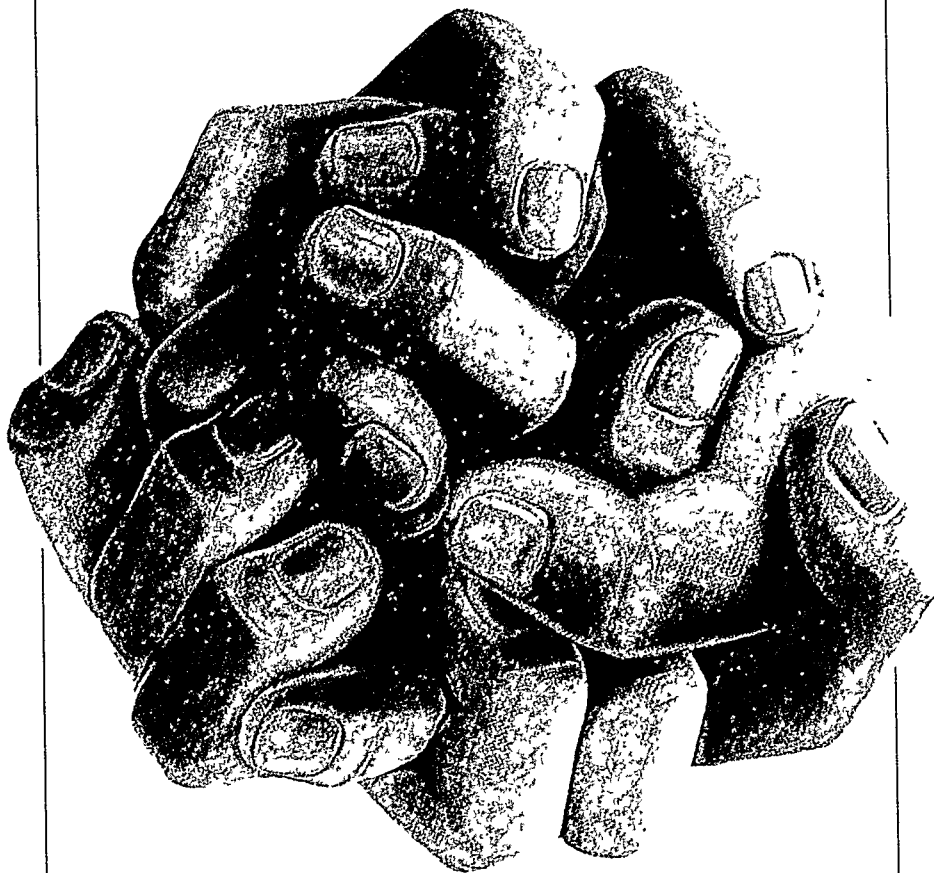
Vi ville också veta om man ansåg att det var för mycket personal i grupperna, det vill säga två sköterskor och en läkare. Endast fyra av totalt 66 tillfrågade tyckte så.

Tabell. Föräldradeltagande i grupp-BVC vid två barnavårdscentraler under 1984–1986.

	Föräldradeltagande					
	1984		1985		1986	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
BVC 1	21	21	45	5	51	9
BVC 2	26	11	31	27	28	11

När ångest slår knut på livet.

Ängslan, ångest och rastlöshet är ett nedbrytande ekorrhjul som många människor hamnar i. När spänningen stiger och själen brister, utlöses ibland psykosomatiska sjukdomstillstånd och många drabbas av sömnsvårigheter.



Vid medicinsk behandling av ångest är Sobril (oxazepam) ett väldokumenterat förstahandspreparat med ångestdämpande och muskelrelaxerande egenskaper. Oxazepam har en enkel metabolism, saknar aktiva metaboliter och elimineras lika snabbt hos gamla som hos unga.

Läkemedelsbehandling av ångest och sömnlöshet bör alltid vara ett adjuvans. Innan ordination sker, är det viktigt med en anamnes angående tidigare missbruk och alkoholvanor. Oxazepam förstärker effekten av alkohol och en kombination bör undvikas. Behandling med Sobril bör vara tillfällig eller intermitterande. Efter längre tids behandling minskas dosen gradvis för att undvika utsättningsproblem.

Sobril®

Oxazepam, tabletter 5, 10, 15 och 25 mg.
Dämpar ångest, dag som natt.

△◆ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning.

► På en öppen fråga nämndes som fördelar med grupp-BVC att: "Man lärde känna varandra", "Ser att andra har samma oro", "Att man som förstagångsförälder får träffa föräldrar med flera barn". Bland de få nackdelar som nämndes var att "diskussionerna blev för ytliga jämfört med tidigare erfarenheter av föräldrarutbildning" (den enda kritiska föräldern) samt att "man borde serverat kaffe".

Sammanfattning

Föräldrasynpunkter

Så gott som alla föräldrar som var med i verksamheten och som besvarade frågorna var nöjda med arbetsformen. Den enda kritiska föräldern av dem som svarade ville ha en mera ambitiös verksamhet. Bortfallet vid BVC 1 i enkätsvarsfrekvens berodde sannolikt på att man här fyllde i enkäten hemma och glömde svara. Då enkäten var anonym förelåg ingen möjlighet till påminnelse.

Personalsynpunkter

Personalen vid BVC har, under de drygt fyra år försöket pågått, fått ökade kunskaper kring förskolebarn, speciellt rörande förhållanden som kommit upp i grupperna, men som inte så ofta tidigare diskuterats enskilt med föräldrarna. Som exempel kan nämnas att när ett barn i gruppen har sömnbesvär utbryter diskussion även bland de andra föräldrarna, som ibland trots sig vara helt ensamma om att ha barn som ofta vaknar eller har insomningsproblem.

Arbetsformen kräver att man i sitt distrikt har tillräckligt många barn för att få ihop grupper i samma ålder. I de beskrivna grupperna kom åldersspridningen att maximalt utgöra ± 1 månad.

Arbetsformen är bra och gör arbetet vid BVC mer varierat och innehållsrikt. Jag vill gärna rekommendera andra att prova grupp-BVC.

Referenser

1. Bremberg S. Personligt meddelande 1981
2. Gustavsson LH. Personligt meddelande 1981
3. Larsen JH et al. Gruppeborneundersøgelser i almen praksis. Månadsskrift for praktisk laegegerning 1987; sept:629-34.

Författarpresentation

Bo Werner, barnläkare inom öppenvård och barnhälsovård vid barnkliniken i Örebro. För närvarande verksam vid socialmedicinska avdelningen i Örebro med forsknings- och utvecklingsarbete.

Postadress: Örebro läns landsting, Socialmedicinska avdelningen, Storgatan 33, 703 63 Örebro

DALBY-DAGARNA 30—31 OKTOBER 1990

TEMA: BARN OCH UNGDOM

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

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

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

Sammanfattningen skall skrivas på maskin på ett A4-ark med enkelt radavstånd med en marginal på 30 mm mellan texten och kanten på papperets alla fyra sidor. Tryckningen sker i offset direkt från de insända manuskripten. Följande uppgifter bör vara med:

1. Föredragets titel med stora bokstäver
2. Eventuell undertitel med små bokstäver
3. Författare med huvudförfattarens namn först
4. Texten skall lämpligen innehålla a) Inledning/problemställning, b) Material och metoder, c) Resultat, d) Diskussion/konklusion

Författarnas titlar och arbetsadresser bör bifogas på ett separat papper.

Sammanfattning av föredraget eller postern skall lämnas **senast den 1 juni** till Karin Svenninger, Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby.

Det preliminära programmet ser ut på följande sätt:

Tisdagen den 30 oktober

Förmiddag	Inledning Fria föredrag <i>Symposium:</i> Sex, abort och infektioner – problem för ungdomar
Eftermiddag	Postersession Posterdiskussion

Onsdagen den 31 oktober

Förmiddag	Fria föredrag Prisutdelning för bästa poster <i>Symposium:</i> Hur förebygga barnolycksfall?
Eftermiddag	<i>Symposium:</i> Barns hälsa och vårdkonsumtion <i>Symposium:</i> Vad betyder kostvanorna under barnaåren för den framtida hälsan?

Vi återkommer i slutet av sommaren med inbjudan till Dalby-dagarna. Deltagaravgiften är 300 kronor per person.

Lars Lindholm
docent

Hanna Ahlstrand
avdelningschef

Karin Svenninger
byråsekreterare

Kurs i STATISTIK 20—21 augusti + 24—25 september 1990, Lidingö

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.

Lärare är professor Reinhold Bergström, Statistiska institutionen, Uppsala universitet.

Anmälan före den 8 juni.

Upplysningar, kursbeskrivning med anmälningsblankett: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, telefon 08-24 50 85.

Rena sprutor till narkomaner – HIV-förebyggande åtgärder enl Lundamodellen

LB 0 6488

BENGT LJUNGBERG
KERSTIN TUNVING
BENGT ANDERSSON

Lund: Studentlitteratur, 1989
Pris 165:–, 168 sidor.

Frågan om utdelning av fria sprutor till narkomaner, i syfte att minska smittspridningen av HIV, har väckt mycket debatt i Sverige. Missbruket av narkotika har nyligen (juli 1988) kriminaliserats och motståndarna menar bl a, att utdelandet av fria sprutor underlättar och tolkas som ett klartecken till missbruk.

I boken bemöter man denna kritik och redovisar bakgrunden till och utförandet av utdelning av rena sprutor till narkomaner i Lund-Malmö. Boken grundar sig på rapporten till Socialstyrelsen 1988.

I Malmö-Lund har situationen varit gynnsam i förhållande till tex Stockholm, då det ännu finns relativt få HIV-smittade narkomaner. En möjlig

orsak till detta kan vara, att man sedan hepatit B-epidemins dagar i Skåne har haft för vana, att hålla sig med egna "verktyg".

I Lundprojektet ser man ingen motsättning mellan fortsatt intensiv narkomanvård, med mål att få narkomanen att helt sluta, och smittskydd med bl a utdelning av fria sprutor för att förhindra att missbrukaren får en dödlig smitta innan han/hon hinner sluta med sitt missbruk.

Man har dock valt att markera skillnaden mellan smittskydd och narkomanvård genom att låta infektionskliniken stå för insamling och utdelning av sprutor. Det är intressant att läsa hur man praktiskt gått tillväga med projektet. Man redovisar öppet de problem som uppstått från svårigheterna att till en början få narkomanerna att lita på projektet till stöden av klinikchefens cykel etc.

Jag tycker boken är mycket läsvärd och är imponerad över det arbete man lagt ner. Som distriktsläkare kan jag leva mig in i de svårigheter man haft att brottas med, då även vårt arbete handlar om att kombinera långsiktiga livsstilsförändringar med mer akuta åtgärder. Problematiken med smittspridning av HIV hos narkomaner är dessutom viktig för oss alla, då narkomanerna annars kommer att utgöra en språngbräda för smittan ut i den övriga befolkningen.

Sammanfattningsvis en intressant och aktuell bok, som läses med stor behållning även om man i övrigt har liten kontakt med narkomaner och deras problematik.

Karin Bengtsson, distriktsläkare

Postadress: Tingsgatan 4–6, 342 00 Alvesta

ALLMENNPRAKTIKERE!



NOTER TIDSPUNKTET NÅ
PROGRAM OG INVITASJON
KOMMER OKTOBER 1990

KONGRESSENS ADRESSE
INSTITUTT FOR ALLMENNMEDISIN
UNIVERSITETET I OSLO
FR. STANGS GATE 11/13
N 0264 OSLO 2
TELEFON +47 2 55 92 10

Till redaktionen får vi numera många böcker för recension. Främst gäller det medicinsk litteratur från förlag i Sverige, Norge och Danmark, men även allmänpraktikerböcker från England. Vi skall försöka anmäla flertalet böcker här i tidskriften.

Vill Du recensera någon bok för AllmänMedicin? Hör då av Dig till Anders Håkansson! Berätta vilket Ditt specialområde är! Eller kan Du tänka Dig att recensera vilken bok som helst? När Du sedan fått boken har Du gott och väl en månad på Dig att skriva en kort recension. Som tack för hjälpen får Du naturligtvis behålla boken.

Redaktionen

Smerter og smertebehandling

Redigert af
HANS B ANDERSEN
JØRGEN ERIKSEN
SOPHUS HAUBERG JOHANSEN

Munksgaard, København 1989
ISBN 87-16-06671-5

Smärta och smärtbehandling har under senare år rönt ett allt större intresse. Nya upptäckter och ökad kunskap har medfört förbättrade behandlingsmetoder för flera smärttillstånd. Det stora problemet med kronisk smärta har med rätta uppmärksammats. Allmänläkaren, som träffar många smärtpatienter, har kanske inte alltid hunnit följa med i den kunskapsutveckling som förmedlats av tex facktidsskrifter. Flera böcker, varav några riktigt bra svenska, har försökt avhjälpa detta.

Med spänning och intresse gav jag mig därför i kast med en nyutkommen dansk lärobok. Professor Sophus H Johansen, en auktoritet inom smärtområdet, har tillsammans med två anesthesiologkollegor, Hans B Andersen och Jørgen Eriksen, sammanställt de 288 välfyllda sidorna. Inledningsvis påpekar de att "vi søgt at samle den viden, der aktuelt findes i Danmark om denne emnekreds." Boken, som är typografiskt tilltalande, består av 21 kapitel, författade av ett nästan lika stort antal personer. Samtliga författare är sjukhusanknutna, någon allmänpraktiker synes inte vara representerad.

Varje kapitel avhandlar ett avgränsat område utifrån smärtproblem/diagnoser och behandlingsmetoder. I två inledande avsnitt behandlas neuroanatom och fysiologi kortfattat men fyllt av, för mig, ny kunskap. För den som inte läste om endorfiner och opioidreceptorer under sin grundutbildning, finns här åtskilligt att hämta. Även kapitlet om akupunktur och TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) är nyttiga för oss med fragmentarisk kunskap inom områdena. Flera avsnitt ger olika aspekter på farmakologisk behandling. Framställningen blir då, med nödvändighet, präglad av danska förhållanden, även om de flesta omnämnda preparaten också finns i Sverige. Koncisa introduktioner till ortopedisk medicin respektive smärtmätning finns också med.

Tyvärr är inte allt lika lyckat. Fördelningen av stoffet mellan olika författare verkar inte genomtänkt, vilket medför upprepningar och svårigheter att finna önskad information. Så behandlas tex NSAID-preparaten på en halv sida i analgetikaavsnittet, men desto utförligare i kapitlet "Smertebehandling ved cancersygdomme" och "Smerter ved reumatisk sygdomme".

Trots särskilda avsnitt om behandlingsmetoder diskuteras behandling i mer diagnostiskt inriktade kapitel.

Kronisk icke-malign smärta, som är ett kvantitativt stort och behandlingsmässigt svårt problem, avhandlas i ett översiktligt kapitel på tio sidor. Psykologiska aspekter på smärta berörs dock i ett annat men lika lakoniskt avsnitt. Överhuvudtaget saknar jag mest ett helhetsperspektiv på individen med smärtproblem. Många goda delbeskrivningar medför inte med nödvändighet en bra helhetssyn, vilket

behövs för att man framgångsrikt skall kunna närma sig smärtpatienter.

Sammanfattningsvis innehåller boken flera matnyttiga kapitel för alla smärtintresserade, om än mest för specialisten. Varje avsnitt avslutas med en värdefull litteraturlista för vidare läsning. Bristen på helhetssyn och osystematisk uppläggning medför dock att boken knappast försvarar en plats i vårdcentralbiblioteket.

Ingemar Andersson, distriktsläkare
Postadress: Vårdcentralen Bromölla, 295 00 Bromölla

Medicinsk rehabilitering

OLLE HÖÖK

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1988.
Pris 580:–

Denna gedigna lärobok i medicinsk rehabilitering bör ha sin plats vid varje vårdcentral! Verket, som är indelat i 40 kapitel, har skrivits av 60 författare, som alla är specialister inom sitt område. Man läser inte boken från pärm till pärm, utan har den mer som en uppslagsbok. Det breda innehållet har något att ge var och en inom "primärvårdsrehabiliteringsteamet".

Boken vänder sig framförallt till medicinare under grundutbildningen, men också till allmänläkare, neurologer och ortopedier. Den är tänkt att kunna användas i vidareutbildningen av sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl. Rehabilitering inom den psykiatriska sektorn ingår inte (svensk lärobok finns redan i detta ämne) liksom rehabiliteringsvård vid syn- och hörselnedsättning samt för missbrukare och kriminella.

Den första delen omfattar allmänna behandlingsprinciper och inleds med ett kapitel om definition, målsättning och organisation av medicinsk rehabilitering. En översikt ges över rehabiliteringsresurser i Sverige och WHO-nomenklaturen för konsekvenser av sjukdom och skada. Vikten av ett väl fungerande teamarbete för en lyckad rehabilitering framhävs och generella arbetsuppgifter definieras. Exempel på aktuell forskning inom området ges. Ytterligare inledande kapitel behandlar ämnen som psykosomatik, stress, stressreaktion, motivationsproblem, smärta, ergonomi, fysisk träning, handikappidrott, samverkan med arbetsförmedling och försäkringskassa m m.

Den senare delen omfattar rehabiliteringsåtgärder vid ett antal specifika sjukdomar respektive sjukdomssyndrom. Vid urvalet har speciellt relativt stora grupper, för vilka sjukdomen ofta medför långvarig funktionsnedsättning, prioriterats. Följande kapitel finns i den speciella delen: Nack- och skuldersmärta, kroniska ryggbesvär, cerebrovaskulära sjukdomar, skallskador, afasi och talsvårigheter, ryggmärgsskador, hand- och armortoser vid neurologiska och neuromuskulära skador, multipel skleros, epilepsi, parkinsonism, perifera pareser, rehabilitering av barn och ungdomar, ischemisk hjärtsjukdom, claudicatio intermittens, inflammatoriska reumatiska sjukdomar, pre- och postoperativa behandlingsprinciper vid benamputation, brännskador, geriatrisk reaktivering, tekniska hjälpmedel och bostads- och samhällsplanering.

Sammanfattningsvis är min uppfattning, att detta är en mycket välskriven bok. Flera kapitel är mycket detaljerade. Jag saknar dock något om rehabilitering vid osteoartros, speciellt där ett flertal leder är engagerade. Denna relativt stora patientgrupp inom primärvården bör också erbjudas rehabilitering av primärvårdsteamet. Inflammatoriska reumatiska sjukdomar behandlas däremot ingående. Boken har karaktär av uppslagsbok och försvarar som sådan sin plats vid vårdcentralen.

Charlotte Ekdahl, dr med sc, distrikts-sjukgymnast

Postadress: Vårdcentralen i Dalby, 240 10 Dalby

Psychological problems in general practice

A-C MARKUS
C MURRAY PARKES
P TOMSON
M JOHNSTON

Oxford Medical Publications
406 sidor.

Det gångna året kom femtonde voly-
men i den utmärkta "Oxford General
Practice Series". Tidigare böcker har
behandlat områden som pediatrik,
epidemiologi, terminalvård, kvinno-
hälsa etc inom allmänläkarvården. Nu
är det dags att belysa de psykologiska
problemen. Liksom föregångarna i se-
rien är detta ett gediget arbete – en
fullvärdig lärobok i primärvårdpsyki-
atri, som tar sin utgångspunkt i männi-
skans vardagsproblem och patient-lä-
karmötet på mottagningen.

Boken består av två huvuddelar.
Den första ger en allmän bakgrund
med psykologiska utvecklingsteorier,
en smula samhällsvetenskap och eto-
logi. Jag blir något förvånad över att
allra första kapitlet ägnas etologin –
läran om djurens beteende – och miss-
tänker en alltför sociobiologisk inrikt-
ning. Den farhågan kommer lyckligt-
vis på skam.

I första delen behandlas vidare
prevalensen av psykisk ohälsa i sam-
hället, problemets omfattning inom
primärvården, andelen patienter som
onhändertas på olika vårdnivåer.
Många undersökningar redovisas.
Den stora majoriteten av problem
visar sig kunna slutbehandlas inom
primärvården. I genomsnitt endast
12% remitteras vidare till psykiatrisk
specialistvård.

Modeller för preventivt arbete inom
psyk.hälsovården berörs kortfattat.
Större utrymme får kriteori, och i an-
slutning därtill ges en översikt över
olika beteende- och insiktsterapier.
Självklart måste en så bred översikt bli
summarisk, men det fina med boken
är att författarna ständigt går ner i det
konkreta och kan ge goda råd från
såväl teoretiska som praktiska ut-
gångspunkter. Patientfall sticks in
med jämna mellanrum.

Det centrala avsnittet i bokens
andra del handlar om familjecykeln,
om mänsklig mognad, kroppsligt för-
fall, kris- och vändpunkter. Vidare för
man här in ett tungt kapitel om pri-
märvårdsteamets praktiska arbetsätt.
Den vanliga konsultationen får en väl-
förtjänt förstarangsplats. Begreppet
terapeutisk hållning får djup och men-
ing i den belysning man ger centrala
fenomen som empati (**accurate empa-
thy**), mänsklig värme befriad från be-
hovet att äga (**non-possessive warmth**)
och genuint patientintresse (**genuine-
ness**).

Författarna utvecklar traditionen
från Balint, som ständigt återkommer
i referenserna. Allmänläkaren ställs i
ett levande, dynamiskt sammanhang
av mänskliga svårigheter och tillkorta-
kommanden.

Man befinner sig fjärran från den
renodlade kliniska situationen, där
doktor-betraktaren utifrån sina
iakttagelser resonerar sig fram till be-
stämda sjukdomsdiagnoser. Boken
genomsyras istället av insikten att i de
flesta fall inga speciella sjukdomar
finns att klassificera. Vad som finns är
livsproblem, kriser, dysfunktioner.
För att inte förbli evigt frustrerade
måste vi allmänläkare lära oss att
handskas med dessa problem på ade-
kvat nivå.

Patienten som aktiv part i behand-
lings/förändringsarbetet betonas
starkt. Det är patienten som måste
göra det tunga jobbet. Endast om han/
hon vill förändring finns förutsättning-
ar att lyckas. Det kan vara en dyrköpt,
men alltid nödvändig insikt, som vi
ibland bortser ifrån i vår iver att hjälpa
och fixa.

Familje- och gruppterapi, krisin-
tervention, förskrivning av psykofar-
maka är några andra områden som be-
rörs i kapitlet om praktiskt arbetsätt.

Ett särskilt kapitel ägnas kropp-
själproblemet. Här saknas varje filo-
sofisk ansats. Psykosomatiska och so-
matoforma störningar behandlas på
ett tämligen traditionellt sätt, men inte
utan trevliga sanningskorn, som ger en
och annan aha-upplevelse.

Av bokens fyra författare är två all-
mänläkare, en psykiater och en klinisk
psykolog. Det är en välkomponerad
samling, som lyckats skriva ihop sig
såväl stilistiskt som ideologiskt. Man
ansluter sig inte till någon speciell
skola, utan antar en öppen elektisk
hållning. Kanske enda möjligheten,
när man behandlar primärvårdspro-
blem? Jag är övertygad om att man
lyckats åstadkomma god psykologi
med gedigen primärvårdsanknytning.

Christer Petersson

Postadress: Vårdcentralen, 330 30 Lammhult

Miljöboken

SJÖBERG C
THUNBERG B

Stockholm: Esselte Studium, 1989.

215 sidor.

ISBN 91-24-35607-7.

Det här är en bok för alla, en bok om
vår miljö och därmed om vår framtid.
Den är skriven av en journalist och en
biolog. Språket är klart och även kom-
plicerade samband förklaras på ett en-
kelt och lättbegripligt sätt.

Inledningsvis kan vi läsa om de
miljökatastrofer som väckte världen:
Minamata (metylkviksilver-förgift-
ning), Seveso (dioxin-utsläpp), Bho-
pal (metylisocyanat-utsläpp) och Tjer-
noby (kärnkraftsolycka). Därefter
behandlas de viktigaste aktuella hoten
mot vår miljö: Nedbrytningen av
ozonlagret, växthuseffekten, försur-
ningen av hela vår natur, övergöd-
ningen av sjöar och hav. Vi kan också
läsa om hur det svenska landskapet
omvandlas, om hur stordriften och ef-
fektiviseringen förändrat jordbruket

och skogsbruket. I utvecklingsländer-
na hotas de tropiska skogarna och
markförstöringen utgör ett stort pro-
blem. Flera växter och djur är utrot-
ningshotade, många är redan utrota-
de. En genomsnittssvensk producerar
knappt 300 kg sopor per år.

Trots de stora hoten försöker för-
fattarna hålla en optimistisk ton. Man
pekar upprepade gånger på vad som
kan och bör göras. Man betonar vik-
ten av att vi alla försöker dra vårt strå
till stacken när det gäller att spara på
naturens resurser. Som ett kuriosum
kan nämnas att boken är tryckt på
Tofters tryckeri i Östervåla, samma
tryckeri som har hand om vår tidskrift.
Självklart trycks såväl boken som tid-
skriften på miljövänligt papper.

Anders Håkansson

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044
350 05 Vaxjö.



SVÅR
Lasix tabletter

MODERAT
Lasix Retard 120 mg

MÅTLIG
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 kaliumförluster. 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.

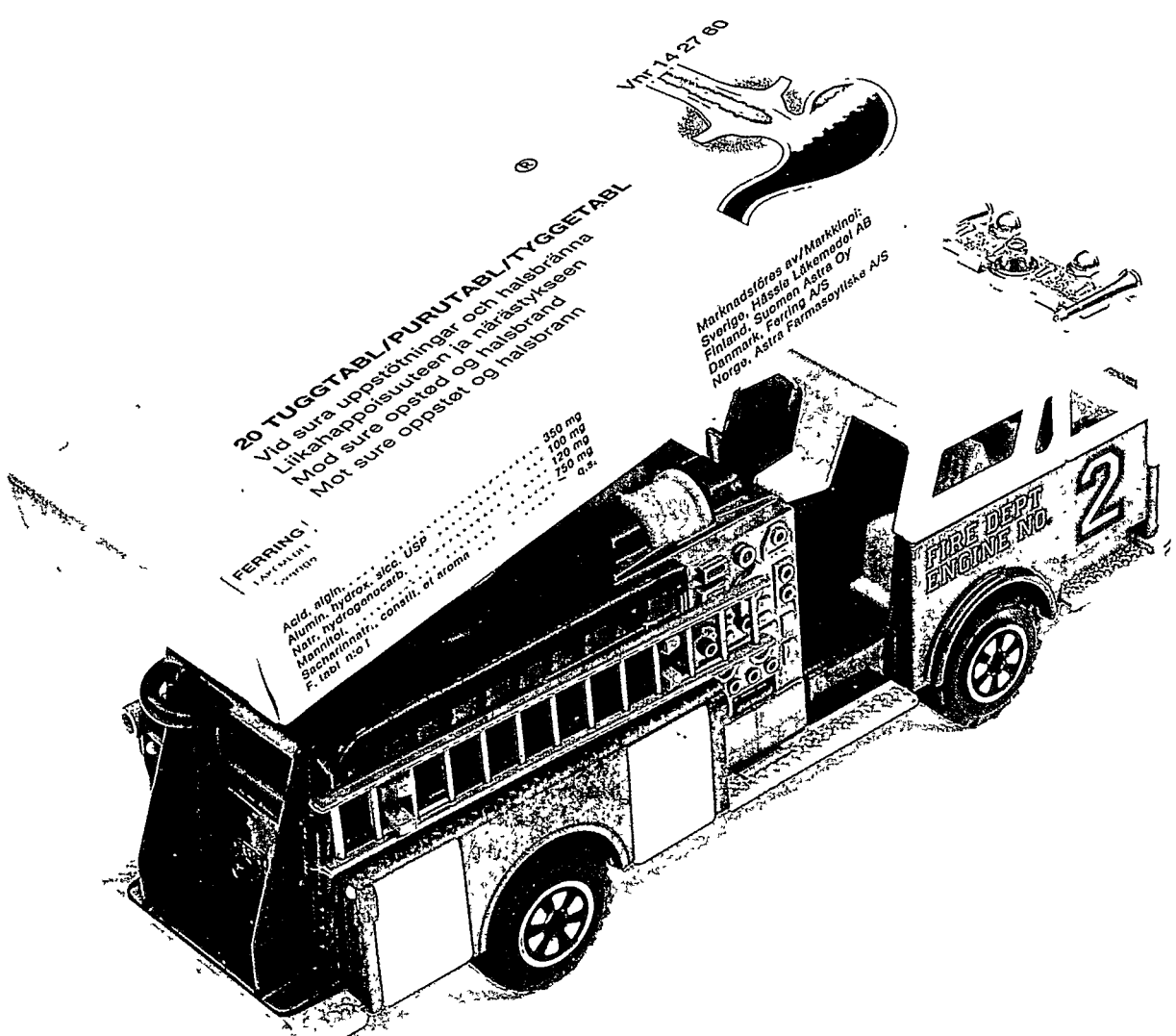


Svenska Hoechst AB, Lakemedelsdivisionen,
Box 42026, 126 12 Stockholm Tel 08/190060

BERG LARS JOHAN

GÄSTGIVAREV 16
543 00 TIBRO

734004



Skumsläckningsmetoden mot halsbränna.

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

Gaviscon[®] ger inga systemeffekter utan

fungerar genom sin sammansättning enbart som antirefluxmedel med lokal effekt.

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

gaviscon[®]
alginat
det specifika antirefluxmedlet