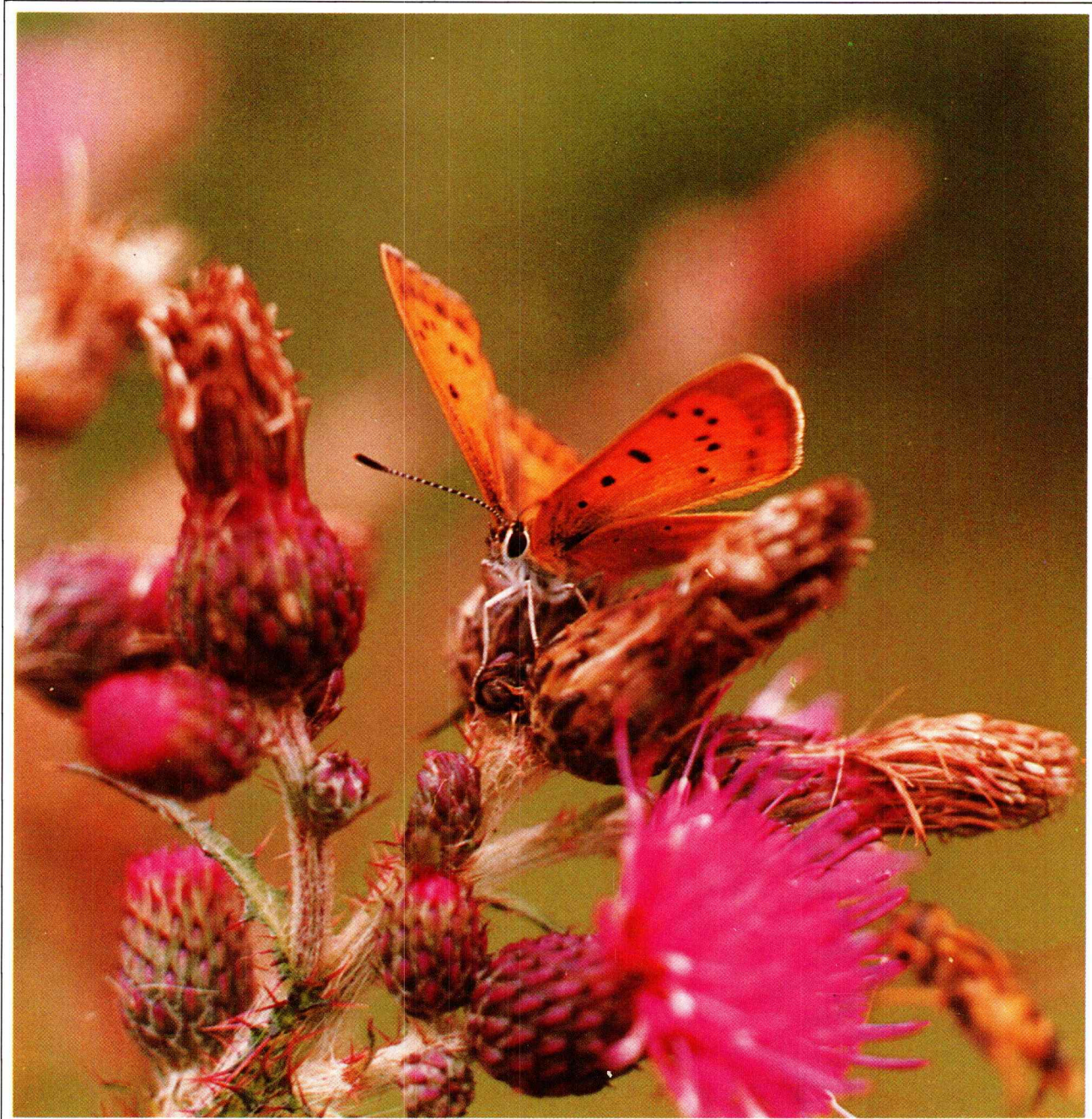


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

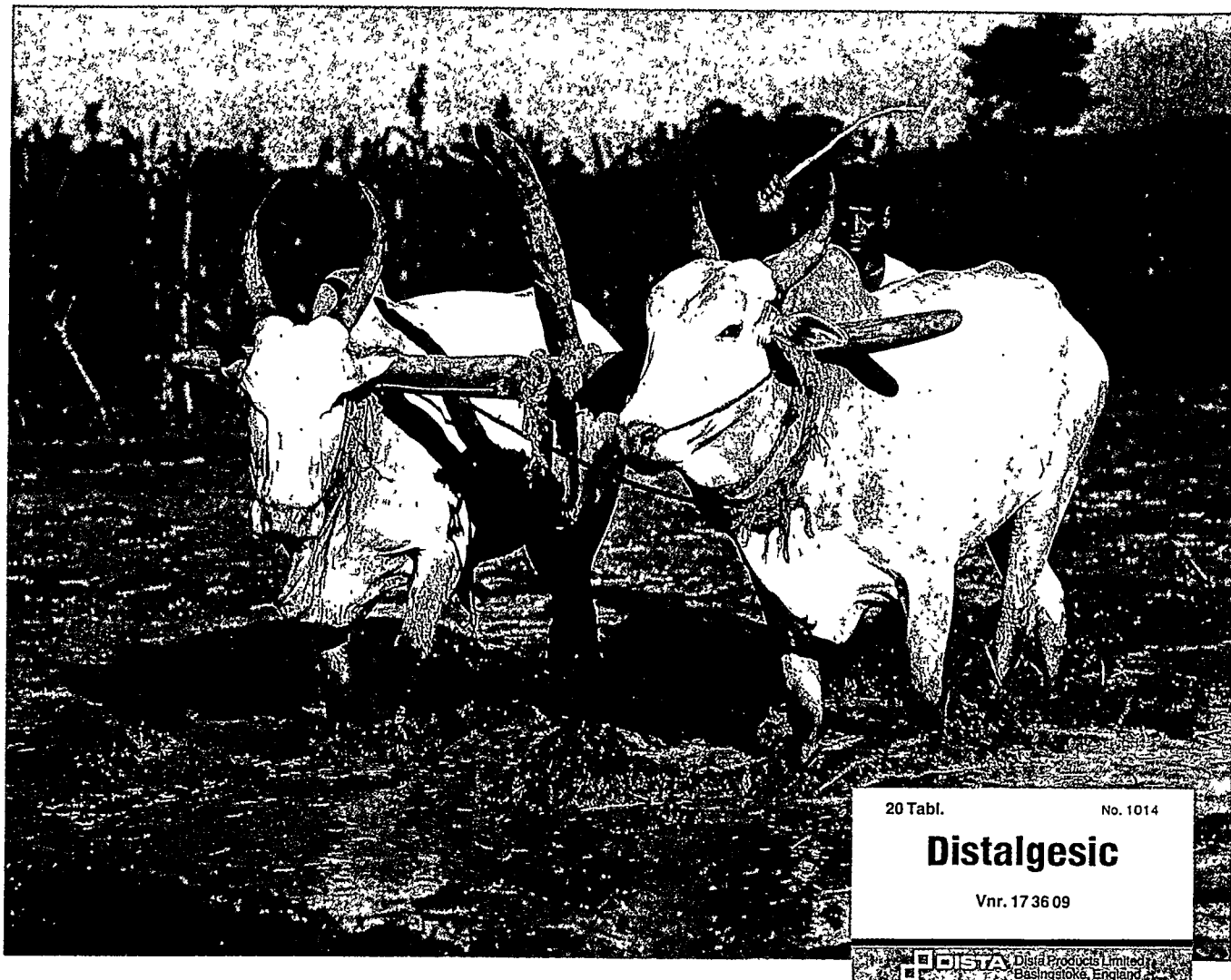


Allmänläkarens
arbetsformer

4
1990

Preventionen
under debatt

Tillsammans blir vi starkare.



DISTALGESIC®

Dextropropoxifen och paracetamol.

Tillsammans ger de bättre smärtlindring*

Dosera 2 tabletter×3.

 **DISTA PRODUCTS LTD**

En division i Eli Lilly Sweden AB

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

Δ Distalgesic. Deklaration: 1 tablett innehåller; Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g. **Egenskaper:** Dextropropoxifenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Försiktighet:** Nedsatt njur- eller leverfunktion. Preparatet bör ej förskrivas till patienter som missbrukar alkohol eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxifenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Förpackningar:** Tabletter: Tryckpack 20 st, 50 st, 100 st. Burk 100 st.

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

Manus-stopp!

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

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
5/90	1/8-90	42
6/90	31/8-90	47

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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

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

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

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

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

ISSN 0281-3513

Kalendariet

135

Ledare:

Ekonomistyrning
Göran Sjönell

136

Nytt från SFAM:

Allmänläkaren som praktiker och forskare
Bo Bergstad, Benkt Åbom

137

Nyheter om specialistutbildningen i allmänmedicin
Sten Larsson, Margareta Troein

138

Debatt:

Arbetsformer – dags för nya grepp
Anders Lindman, Kenneth Widäng

140

Kolesterolet som folkrörelse – preventionen exploaterar människors dödsångest
Carl Edvard Rudebeck

141

Hur upplevs deltagande i riskfaktorscreening?
Birgitta Olsson

144

Doktorsavhandlingar från primärvården:

Antibiotic usage and betalactamase production in respiratory tract bacteria
Sigvard Mölsted

148

Information om Sydsvenska Allmänläkarklubben inför 1990/91

149

Remisser från vårdcentral till öronklinik
Sigurdur V Gudjonsson, Ulf Lindblad

151

Apoteksbolaget

153–156

Pressgrannar:

Utposten, et norsk tidsskrift for allmenn- og samfunnsmedisin
Åsa Rytter Evensen

157

Screening för diabetes mellitus vid vårdcentral *Peter Moström*

159

Elever med MBD – hur spåras de? *Ulla Lindskog, Sven Bremberg*

160

En jämförelse av patienters och läkares kommentarer av videoinspelade läkarbesök *Elisabeth Arborelius, Toomas Timpka*

163

Dagboken *Susanne Londré*

166

Familjetrådet – än en gång! *Hans Thörn*

168

Att förhindra sjukdom eller att befrämja hälsa – två olika utgångspunkter för förebyggande arbete *Göran Westman*

169

Recensioner:

Lundborg G. Handkirurgi – en introduktion
Anders Håkansson

172

Löf-Johansson M. Hälsoarbete
Håkan Cars

172

Schoultz von B. Gynekologi i öppen vård
Anders Håkansson

172

Sundström-Feigenberg K. När livet var som bäst – kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn
Eva Ahlén

174

Backman J. Att skriva och läsa vetenskapliga rapporter
Ulf L Eriksson

174

MacFarlane A, Sefi S, Cordeiro M. Child Health: The Screening Tests
Anders Håkansson

175

Dahlbom-Hall B. Lära läkare leda
Peter Olsson

175

Wallenberg J. Förnyat arbetsliv? Om personalinflytande i offentlig sektor
Malin André

176

Köhler L. Folkhälsovetenskap – ett nordiskt perspektiv
Peter Olsson

176

Mesta motståndets lag.

Minsta motståndets lag är att välja de vägar som erbjuder det minsta motståndet.

Så gör alltid de fysikaliska processerna.

Plendil följer mesta motståndets lag. Dilaterar de blodkärl som erbjuder det största flödesmotståndet, de prekapillära resistenskärnen.

En logisk anfallsvinkel för effektiv antihypertensiv behandling, eftersom det oftast är dessa kärl som bestämmer det höga blodtrycket.

Plendil är en kärlselektiv Ca-antagonist med mycket god blodtryckssänkande effekt och en biverkningsprofil enbart knuten till den farmakologiska effekten.⁽¹⁾

Förutom den kärldilaterande

effekten har Plendil också en mild diuretisk effekt. Därför ger Plendil i motsats till andra

vasodilaterare inte upphov till någon vätskeretention

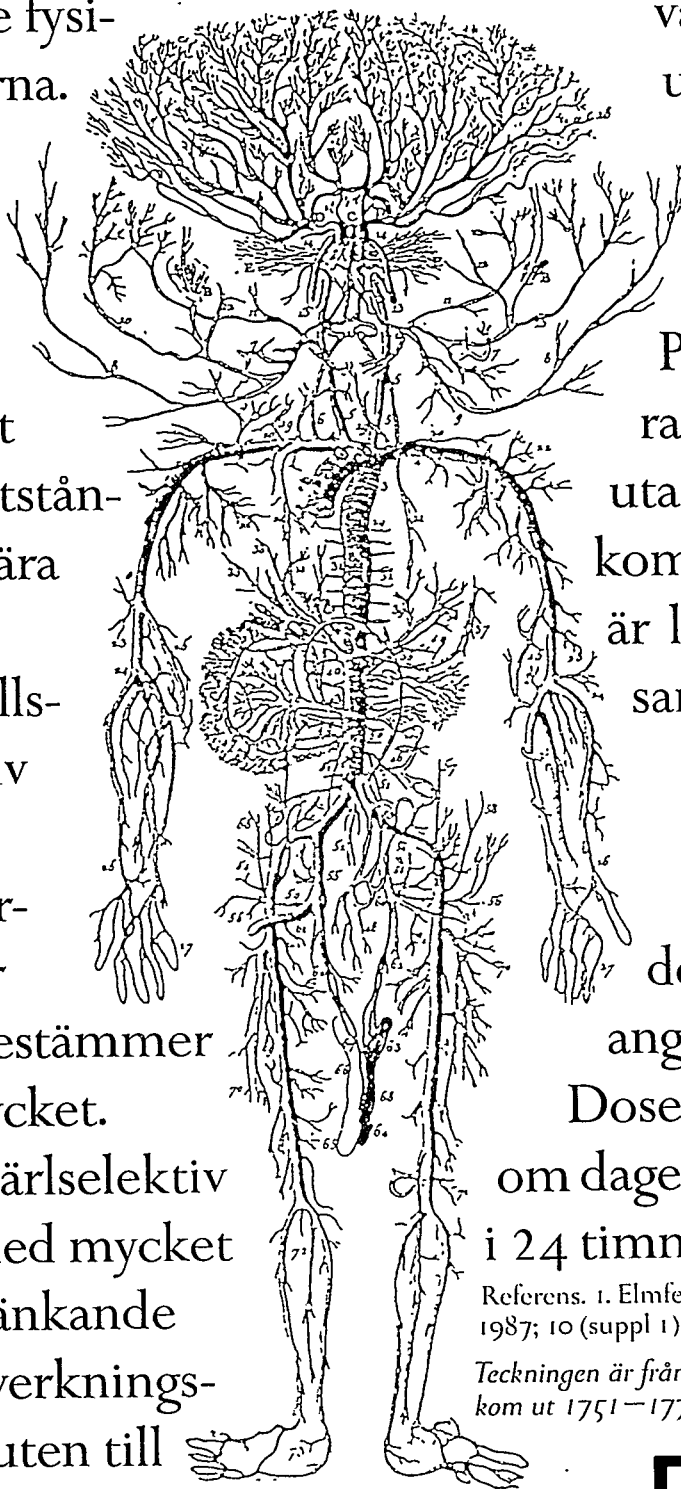
— patienterna ökar inte i vikt.⁽¹⁾

Plendil kan adderas till β -blockerare, utan risk för hjärtkomplikationer, och är lämplig terapi vid samtidigt komplicerande sjukdomar som diabetes, obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt och angina pectoris.

Doseringen är en gång om dagen — effekten varar i 24 timmar.

Referens. 1. Elmfeldt D et al. J Cardiovasc Pharmacol 1987; 10 (suppl 1): S154-S160.

Teckningen är från Diderots franska encyklopedi som kom ut 1751-1772.



Plendil®

Felodipin. Depottabletter 5 mg och 10 mg.

Hässle Läkemedel AB, 431 83 Mölndal. Tel 031-67 60 00.

1990

OKTOBER

□ **7-10 oktober.** Environment Tobacco Smoke and Health Effects of Passive Smoking. **Information:** Arbetsmiljöinstitutet, Utbildningsenheten, 171 84 Solna, Tel 08-730 92 37.

□ **7-13 oktober.** Dansk Selskab f Almen Medicin: Avanceret forsknings metodologi i almen praksis, Del I, Gilleleje. **Information:** Lars Chr Lassen, Frederiksborg amt, Sundhedsafd, Skovledet 97 a, DK-3400 Hillerød.

□ **8-10 oktober.** Kurs i klinisk läkemedelsprövning. **Information:** Lena Björkman, Forskningsenheten, Örebro läns landsting, Box 1324, 701 13 Örebro. Tel 019-15 71 34.

□ **8-11 oktober.** Kurs: Att utbilda och informera - praktisk pedagogik. **Information:** Arbetsmiljöinstitutet, Utbildningsenheten, 171 84 Solna. Tel 08-730 92 30 Christina Ekeberg.

□ **8-11 oktober.** 1990 American Academy of Family Physicians Assembly (Dallas). **Information:** Læge Allan Pelch, Lægehuset, Vognporten 6, DK-2620 Albertslund, Danmark.

□ **9-10 oktober.** Arbetsmiljödagar - Älv-sjö/Stockholm. **Information:** Arbetsmiljöinstitutet, Utbildningsenheten, 171 84 Solna. Tel 08-730 91 00.

□ **15-17 oktober.** Kurs: Näringslära (Skepparholmen, Saltsjö-Boo). **Information:** Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Monica Östberg Rosell. Tel 08-24 50 85.

□ **30-31 oktober.** Dalby-dagarna. Tema: Barn och ungdom. **Information:** Karin Svenninger, Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby. Tel 046-20 92 00.

NOVEMBER

□ **5-9 november.** Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning. **Information:** Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **8-10 november.** SFAMs höstmöte i Västerås. Se annons sid 162. **Information:** SFAMs höstmöte 1990, c/o Sven Kullman, Spettvägen 8, 633 69 Eskilstuna. Tel 016-262 87.

□ **14-17 november.** 3rd International Conference on Tourist Health (Venedig). **Information:** Dr W Pasini, Congress Secretary, Via Dardanelli 64, I-47037 Rimini.

DECEMBER

□ **4-7 december.** Läkaresällskapets Riksstämman. **Information:** Svenska Läkaresällskapet, Lars-Åke Pellborn, Box 558, 101 27 Stockholm. Tel 08-24 33 50

□ **10-14 december.** WONCA European Regional Conference (Barcelona). **Information:** Congress Secretary, Pacifico SA, Muntaner 112, E-08036 Barcelona, Spanien. Tel (93)254 91 68.

1991

FEBRUARI

□ **7-9 februari.** 5. Nordiske seminar i medisinsk kvinneforskning. **Information:** Sekr för kvinneforskning, NAVF, Sandakervn 99, N-0483 Oslo 4.

APRIL

□ **7-13 april.** Avanceret forsknings metodologi i almen praksis, Del II, Gilleleje. **Information:** Lars Chr Lassen, Frederiksborg amt, Sundhedsafd, Skovledet 97 a, DK-3400 Hillerød.

□ **24-27 april.** Vårnöte SFAM/DLF (Karlskrona).

MAJ

□ **30 maj-3 juni.** Royal College of General Practitioners, UK-Nordic Workshop (London). **Information:** Janet Hawkins, Div Projects Office, RCGP Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU. Tel 44 1 82 9703.

JUNI

□ **16-21 juni.** 14th World Conference on Health Education. **Information:** The Finnish Council for Health Education, Karjalankatu 2 C 63, SF-00520 Helsinki, Finland.

□ **26-29 juni.** 7. Nordiske Kongress i Allmennmedisin. **Information:** Inst f Allmennmedisin, Oslo Universitet, Fr Stangs g 11/13, N-0264 Oslo 2. Tel 47 2 55 92 10.

SEPTEMBER

□ **4-7 september.** SFAMs höstmöte i Kiruna. Tema: Vidareutbildning, efterutbildning.

□ **26-29 september.** American Academy of Family Physicians, Annual Scientific Meeting, Washington DC. **Information:** AAFP, 8880 Ward Parkway, Kansas City, Missouri 64114-2797, USA.

□ **27 september-4 oktober.** Kurs: Läkare - ledare - kvinna (Kreta). **Information:** K-Utveckling AB, Box 406, 126 04 Hågersten. Tel 08-46 58 57 eller 46 58 88.

1990

SVENSK FÖRENING FÖR ORTOPEDISK MEDICIN - kursprogram hösten -90

□ **13-14 september.** Diagnos och behandling Ländrygg, Högbo Bruk, Sandviken. Pris: 2000 kronor.

□ **1-5 oktober.** Akupunktur- smärtbeh. Grundkurs. Högbo Bruk, Sandviken. Pris: 5000 kronor.

□ **2-5 oktober.** Akupunktur- smärtbeh. Grundkurs. Stockholm. Pris: 5000 kronor.

□ **5-6 oktober.** Stabilisering och Koordination. Stockholm. Pris: 2000 kronor.

□ **15-19 oktober.** E2-kurs. Analys och beh. av extremitetsproblem. Högbo Bruk, Sandviken.

□ **15-19 oktober.** RI-kurs. Analys av rygg-funktionsproblem. Högbo Bruk, Sandviken.

□ **19-20 oktober.** MET-teknik. Introdukt. Stockholm. Pris: 2000 kronor.

□ **22-26 oktober.** DR-kurs. Ryggkurs för läkare. Högbo Bruk, Sandviken. Pris: 4700 kronor.

□ **22-26 oktober.** R2-kurs. Analys och beh. av ryggproblem. Högbo Bruk, Sandviken.

□ **6-7 november.** Diagnos och behandling ländrygg-bäcken. Högbo Bruk, Sandviken. Pris: 2000 kronor.

□ **8-9 november.** Diagnos och behandling skuldra, nacke. Högbo Bruk, Sandviken. Pris: 2000 kronor.

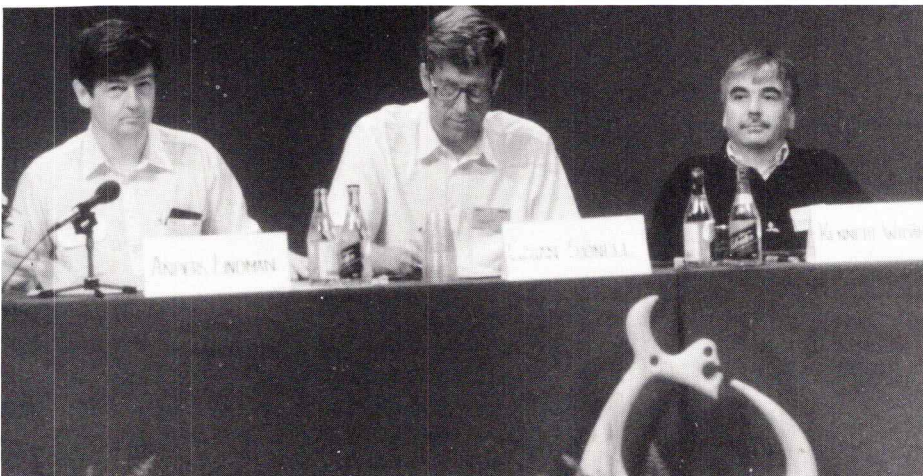
□ **21-23 november.** Akupunktur (forts.-kurs) Stockholm. Pris: 4000 kronor.

□ **26-30 november.** Akupunktur grundkurs. Högbo Bruk, Sandviken. Pris: 5000 kronor.

□ **10-11 december.** OM-teknik som screening för företagssköt. Högbo Bruk, Sandviken. Pris: 1900 kronor.

Pris för E2, R1 och R2: 4300 kronor.

Information: SFOM c/o Doris Linde, Lerduvegränd 10, 773 00 Fagersta. Tel 0223-153 63.



På SFAM/DLFs vårmöte i Östersund 1990 medverkade Anders Lindman, Göran Sjönell och Kenneth Widäng (samt storsjöodjuret). I detta nummer bidrar Göran med ledaren samt Anders och Kenneth med ett debattinlägg.

Ekonomistyrning – allmänmedicinens stora chans?

GÖRAN SJÖNELL

Det nya modeordet i svensk sjukvård är "ekonomistyrning". Det är den organisatoriska modell som skall hjälpa till att lösa den svenska sjukvårdskrisen. Är detta en av alla de nya modeller vi har sett komma och gå genom åren? Nej, jag tror inte det. Det vore fel att betrakta ekonomistyrning i sjukvården som en tillfällig dagslända - det är snarast ett system och ett tanke sätt, som kommer att ha en central betydelse för svensk sjukvårdsutveckling de närmaste decennierna.

Den modell för ekonomistyrning som mest diskuteras, är den att primärvården blir huvudansvarig för patienternas ekonomiska medel, det vill säga resurserna läggs i primärvården som därefter köper tjänster för sina patienter på sjukhus. Sjukhusen kan i framtiden tänkas bedrivas både i enskild, stiftelse- eller offentlig regi. Det politiska inflytandet och den offentliga principen skall vidmakthållas genom att det statliga försäkringssystemets pengar fördelas från primärvården. Denna nya utveckling låter onekligen mycket spännande och intressant för svenska allmänläkare och distriktsläkare.

Idéerna är inte nya, de började komma redan i början på 1980-talet i USA i de så kallade HMO-systemen. Därefter har det gått fort i slutet på 1980-talet. Leningrad är ett exempel, där man för ett par år sedan genomförde en totalbudgetering av sjukvården via primärvården.

I England har systemet också antagits via det så kallade White Paper. Våra engelska kollegor kan nu välja att ingå i det nya systemet och ta ansvaret för patienternas slutenvårdsutnyttjande och därmed bli ansvariga för betalningen till slutenvården för utförda tjänster.

Orsakerna till varför detta nya synsätt så snabbt har slagit igenom är säkert många. De flesta debattörer menar dock att skälet till de nya tankarna om primärvårdsstyrning av budgeten är den explosiva kostnadsutvecklingen inom slutenvården, särskilt inom den högteknologiska vården. Teorierna bakom det nya systemet är att primärvården/allmänläkaren skall förebygga och behandla, "vakta grinden" och utnyttja konkurrensen.

Genom allmänläkarens arbete att förebygga och tidigt behandla sjukdo-

mar, kan kostanderna långsiktigt reduceras. Genom att vara patientens ombud och därmed vara grindvakt, kommer patienten inte i onödan att läggas in på sjukhusen. Genom att primärvården/allmänläkaren kan köpa tjänster på valfritt sjukhus, kommer konkurrens att uppstå inom slutenvården.

Är det nya systemet de svenska allmänläkarnas stora chans? - Ja, enligt min uppfattning är det definitivt så. Huvudskälet till denna min åsikt är att systemet gagnar patienterna. Patienten kan få god kvalificerad specialistvård när sådan behövs och onödig vård kan undvikas. Patienten kan garanteras en trygg allmänläkare/husläkare vid sin sida genom livet, en läkare som dessutom agerar medicinsk ombud.

Förutom att systemet gagnar patienten, vilket därmed alltid gagnar allmänläkaren, kommer också allmänläkarens status i systemet självklart att öka. Den som har resurserna och köper tjänster på en konkurrerande marknad, får ofta en hög status. Genom att de ekonomiska resurserna läggs i primärvården, skapas också möjligheter för att utveckla primärvårdens och allmänmedicinens vårdformer. Ju mer ett lokalt omhändertagande kan visa på bättre vård till lägre kostnader, desto mer resurser kan primärvården tänkas få utnyttja för egen del i det totala systemet.

De nya tankegångarna innebär givetvis stora risker. Allmänläkarbrist, för snålt tilltagna ekonomiska budgetramar, dåligt fungerande slutenvård etc - många och stora problem återstår att lösa. Alla förändringar och alla system har sina risker, men i flera länder har det visat sig att risken med ekonomistyrning har kunnat kontrolleras/elimineras.

Den största risken här i Sverige är självklart den skriande bristen på allmänläkare. Det kan vara intressant att studera vad ett sådant här system skulle innebära för oss i form av antal patienter, årsbudgetar, behov av återbesök och kvalitetssäkring etc.

Med utgångspunkt från öppen- och slutenvårdskonsumtion inom primärvårdsområde 1, Stockholms läns landsting (54000 invånare på Norrmalm, en aldrig befolkning med 4300 individer äldre än 80 år) kan en beräk-

ning göras. År 1988 vårdades sammanlagt 8892 invånare från primärvårdsområde 1 på något av Stockholms läns landstings sjukhus:

- 1300 patienter blev intagna på långvården eller i psykiatri;
- 3900 på medicin, kirurgi eller ortopedi;
- 3600 på övrig akutsomatik.

Den skattade kostnaden för varje individ i området 1988, var cirka 10000 kronor för slutenvård och 850 kronor för primärvård. Skulle hela slutenvårdsbudgeten läggas ut i primärvården, skulle sålunda 540 miljoner kronor, det vill säga cirka en halv miljard, fördelas ut till primärvårdsområde 1 att nyttja för köp av tjänster vid sjukhusen - summan svindlar.

Om inskrivna patienter och kostnader fördelas på distrikt kan följande lite mer hanterbara storheter ses:

- I ett distrikt med 2000 invånare blir i genomsnitt sex patienter inlagda per vecka. Årsbudgeten är 20 miljoner kronor.

- I ett distrikt med 6000 invånare blir det 18 inläggningar per vecka och en årsbudget på 60 miljoner kronor.

Om man gör det teoretiska experimentet och sätter en läkare ansvarig för ett distrikt med 2000, 4000 respektive 6000 invånare, ser man genast hur snabbt arbetskraven på läkaren växer. Om man härtill lägger, att varje utskriven patient bör få två återbesök hos sin läkare, ett direkt efter utskrivningen och ett efter cirka en månad för att en ordentlig uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring skall åstadkommas, blir arbetsbelastningen än mer tydlig. Inte nog med att 6-18 patienter skall läggas in per vecka, det vill säga intagning skall beslutas och faktureras vidimeras och betalas, man måste avsätta 6-18 timmar för återbesök av patienter som tidigare varit inlagda och som var och en skall få två 30-minutersbesök.

Läkaren i distriktet med 6000 invånare kommer alltså att få avsätta 18 timmar per vecka till kontrollbesök, för att utvärdera och kvalitetssäkra slutenvården, för att rätt kunna välja klinik vid nästa liknande vårdtillfälle för en annan patient. Vidare kommer den läkaren att behöva besluta om 18 intagningar per vecka samt attestera och se till att 18 patienters fakturor

betalas per vecka. Som vi alla vet, har en allmänläkare idag i offentlig verksamhet, cirka 25-30 timmar avsatt för patienttid. Läkaren i ett distrikt med 6000 invånare skulle sålunda vara tvungen att i princip sluta ta emot andra patienter än dem som kommer för kontroller och kvalitetssäkring efter slutet vård.

Det finns samtidigt anledning att här påpeka, att i detta distrikt med 6000 invånare, kan en en-procentig besparing inom slutenvården ge en kostnadsreduktion på 600000 kronor per år, det vill säga hela allmänläkarens årslön, medan ett överskridande med en procent betyder 600000 kronor åt andra hållet.

En analys när det tänkta ekonomistyrningssystemet bryts ner på enskild vårdcentral/mottagning, visar mycket tydligt hur påtaglig arbetsbelastningen kommer att bli på allmänläkaren i

framtiden. Distrikt på mer än 1500 individer per allmänläkare kommer inte att kunna fungera. Beroende på ålderssammansättning och avstånd till sjukhus, bör distriktet inte vara större än 1000-1500 invånare. Denna siffra är intressant då det är ungefär den som gäller inom HMO-systemet i USA, i Leningrad och i engelska GP-systemet där betalningsansvarig allmänläkare införts.

Ett mycket stort ansvar kommer att vila på allmänläkarna och primärvårdens företrädare i de kommande förhandlingarna. Distriktsöverläkare, chefsläkare och primärvårdsområdeschefer måste vara utomordentligt restriktiva med att åtaga sig ekonomiansvar och upphandling av sjukhus-tjänster, om inte tillräckliga allmänläkarresurser är garanterade i distriktet.

Om ekonomistyrningssystemet in-

förs fullt ut i Sverige, krävs sålunda minst 6000 allmänläkare, för att det skall kunna fungera, det fattas sålunda 4000. Å andra sidan har erfarenheter från andra länder visat, att stora besparingar – i Sverige sannolikt åtskilliga miljarder – kan göras med det tänkta systemet och samtidigt kan kvaliteten i det totala sjukvårdssystemet förbättras.

Mycket står på spel för våra patienter och oss själva. Tänk om vi kunde föröka oss medelst delning!!! I avvaktan på denna sensation får vi se till att snabbutbilda, ge dispens och rekrytera allmänläkare till primärvården från varhelst en hygglig blivande dito kan anas.

Författarpresentation

Göran Sjönell, distriktsläkare, med dr

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm

Nytt från SFAM

LB 06490

Allmänläkaren som praktiker och forskare

Föreläsning när SFAM Gävleborg bildades

BO BERGSTAD · BENKT ÅBOM

Den 9 november 1989 bildades SFAM i Gävleborg. I samband med bildandet hölls högtidsföreläsning av professor Per Fugelli, Bergen, under rubrikerna "Allmänläkaren som praktiker" och "Allmänläkaren som forskare". Föreläsningarna är inspelade på video av Christer Blondell, Allmänmedicinska institutionen, Uppsala och användbara i olika utbildnings-sammanhang.

Föreningen är en lokalavdelning till riksorganisationen Svensk Förening för Allmänmedicin. Till medlem kan antas läkare, blivande läkare och annan medicinsk yrkesutövare eller företrädare för allmänmedicinen närstående verksamhet. Föreningens ändamål är att främja forskning, utvecklingsarbete och efterutbildning inom allmänmedicinen i Gävleborgs län. Detta sker genom att föreningen initierar och arrangerar aktiviteter som främjar föreningens ändamål. Samtidigt

grundades stiftelsen Gävleborgs Allmänläkarfond som har samma syfte som föreningen.

Stiftelsen kommer att lämna bidrag till projekt genom att dela ut stipendier.

Jakob Fredrik Öhrn

I samband med bildandet av lokalföreningen hölls två föreläsningar av professor Per Fugelli, allmänmedicinska institutionen i Bergen. Han höll den första föreläsningen under rubriken "Allmänläkaren som praktiker". Föreläsningens namn härrör från provinsialläkare Jakob Fredrik Öhrn som verkade i Järvsö 1869-97. Han gjorde en studieresa till Bergen 1872 och studerade spetälskesjukdomen hos Armauer Hansen.

Med den bakgrunden hälsade Mats Ribacke professor Per Fugelli speciellt välkommen till Järvsö.

Per Fugelli startade sin bana som allmänläkare längst ut på Lofoten och den forskning han inledde där hade sin grund i iakttagelser hos lokalbefolkningen.

Praktikern

I avsnittet "Allmänläkaren som praktiker" tog Per Fugelli upp allmänläkarens möjligheter att se sjukdomen i människan. Allmänläkarens speciali-

tet är att vara generalist. Varje specialist bedömer allmänmedicinen från sin specialitets synvinkel och har i varje situation en större medicinsk kunskap inom sitt område. Allmänläkarens fördelar är överblicken och syntesmöjligheten. Allmänläkaren arbetar med horisontella gränser medan specialterna arbetar med vertikala gränser. Per Fugelli pekade på parallellen med den erfarenhet man gör i näringslivet där behovet av generalister uppmärksammas allt mer. Allmänläkaren har en viktig funktion som vägledare för patienten i den labyrinth av medicinska tjänster som olika specialiteter representerar.

En annan viktig uppgift är att omforma det akademiska vetandet till användbar praktisk kunskap. Allmänläkaren måste ha sina antenner ute och finna medelvägar mellan teori och praktik. Som resursförvaltare i sjukvårdssystemet och "grindvakt" till operationssalar, läkemedelsanvändning, centrallaboratorier med mera, fyller allmänläkaren en viktig roll inom området hälsoekonomi. Allmänmedicinen innehåller en buffertzona av sunt förnuft mellan teori och praktik.

Allmänmedicinen kräver sin egen kliniska kunskap då en del av de sjukdomar som man ser inom primärvården inte finns innanför sjukhusets väggar. Ett symptom kan ha olika alarm-

värde om man möter det inom primärvården, länssjukvården eller regionvården. Inom primärvården finns tidiga stadier av allvarliga sjukdomar och flyktiga symtom som man måste bedöma i relation till patientens hela situation. Per Fugelli berörde alla de miljontals möten som sker inom primärvården och som är en potential för påverkan inom området livsstilssjukdomar.

Forskaren

I det andra avsnittet som handlade om forskning berördes att allmänmedicinen ligger efter de stora specialiteterna när det gäller volym och kvalitet inom forskning. Detta har sina orsaker både i gårdagen, då det fanns få provinsialläkare och idag då vardagen tar mycket av krafterna. Inom allmänmedicinen börjar antalet läkare som forskar öka men de är fortfarande för få. Per Fugelli ville slå håll på myten att forskning försiggår i stora torn och är vansklig och gåtfull och passar bara för några få utvalda. Vetenskaplig slapphet är farlig för framtiden och för ämnesområdet. Han nämnde tre skäl

till att få fart på forskningen. För det första att stärka allmänmedicinens innehåll, för det andra att som allmänläkare förbättra kvaliteten i sin egen verksamhet och för det tredje att forskningen rymmer möjligheter till personlig utveckling.

Allmänmedicinaren bör forska inom följande områden:

- den lokala epidemiologin som har sin grund i en avgränsad befolkning och lokala faktorer. Små medel som en anteckningsbok, penna och karta har lett till viktiga upptäckter;

- inom området verksamhetsanalys finns studier att göra beträffande samverkan mellan primärvård och slutenvård och även mellan hälso/sjukvård och olika samhällssektorer;
- inom området klinisk forskning är iakttagelser i vardagen och vardags-sjukdomar viktiga;

- området konsultation rymmer allt större intresse inom allmänmedicinsk forskning. Detta område kan undersökas med verktyg som hämtas från andra vetenskaper.

Konsultationsforskningen sätter patienten i fokus. Detta överensstämmer

med demokratiseringssträvanden i samhället. Per Fugelli tog också upp de plågor som forskningen för med sig. Svårigheten att se millimetersmå landvinningar kan få forskaren att tvivla över vad han eller hon håller på med. Forskning innebär ett ifrågasättande och när plågsamma frågor ställs krävs mod och styrka. Alla skall inte forska men de som vill och är starka nog att tåla plågorna, bör pröva på detta. Det är viktigt att det finns ett tillåtande klimat för forskning och utvecklingsarbete.

Per Fugellis två föreläsningar spelades in på video av Christer Blondell, allmänmedicinska institutionen i Uppsala. Dessa inspelningar är användbara i olika utbildningssammanhang.

Författarpresentation

Bo Bergstad, distriktsläkare

Postadress: Strömsbro vårdcentral, G:a Bönavägen 19, 803 46 Gävle.

Benkt Åbom, distriktsläkare

Postadress: Ljusdals hälsocentral, Box 702, 827 00 Ljusdal.

Nytt från SEAM

180 6491

Nyheter om specialistutbildningen i allmänmedicin

STEN LARSSON · MARGARETA TROEIN

Under de senaste åren har det blivit allt vanligare att underläkare kontaktat Socialstyrelsen för att söka dispens för tjänstgöring i specialiteter som de bedömer som viktiga i sin kompetensutveckling till specialist i allmänmedicin. Följande regler tillämpas numera av Socialstyrelsen vid bedömning av olika tjänstgöringsavsnitt för specialistkompetens i allmänmedicin.

Allmänmedicin

Tjänstgöringen i allmänmedicin omfattar 24 månader, varav sex månader kan utbytas mot allmänkirurgi, ortopedisk kirurgi, medicinsk rehabilitering, öron-, näs- och halssjukdomar, socialmedicin eller företagshälsövård. Efter individuell prövning ges nu dis-

pens för tjänstgöring inom hud- och könssjukdomar, ögonsjukdomar, barnkirurgi, urologisk kirurgi, infektionssjukdomar, yrkesmedicin samt för tjänstgöring vid allmänmedicinsk institution. För utbytestjänstgöringarna inom allmänmedicinavsnittet gäller att det totala utbytet inte får överstiga sex månader och att varje utbytesavsnitt inte får vara kortare än tre månader. Dispens prövas i samband med ansökan om specialistkompetens.

Internmedicin

Tjänstgöringen i internmedicin omfattar tolv månader. Efter individuell prövning ges nu dispens för tre månaders utbytestjänstgöring mot lungmedicin, reumatologi, njurmedicin, neu-

rologi, endokrinologi eller kardiologi. Endast ett utbyte tillåts och tjänstgöring skall vara tre månader, varken mer eller mindre. Dispens prövas i samband med ansökan om specialistkompetens.

Författarpresentation:

Sten Larsson, sekreterare i Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp för allmänmedicin

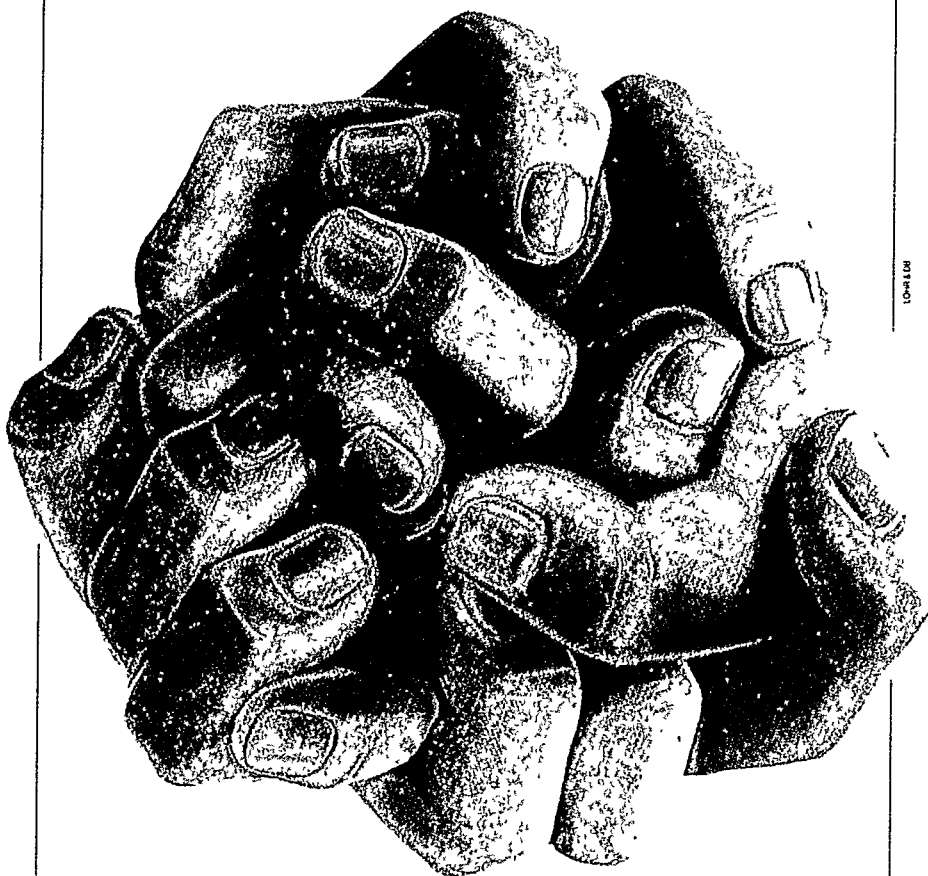
Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

Margareta Troein, ordförande i Socialstyrelsens ämnesexpertrupp för allmänmedicin

Postadress: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Bangatan 5, 214 26 Malmö.

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 intermittent. 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.

KABI
Pharma

Tel 08-705 40 00

Arbetsformer – dags för nya grepp

ANDERS LINDMAN · KENNETH WIDÄNG

Vid SFAMs vårmöte i Östersund hölls ett minisymposium med Christian Berg som moderator. I panelen satt Anders Lindman, Göran Sjönell och Kenneth Widäng. Medverkan från auditoriet var livlig. Denna artikel försöker lyfta fram några av de synpunkter som framfördes.

Allmänmedicinen, en efterfrågad specialitet

Samtidigt som rekryteringen av allmänläkare gått trögt och närmast stagnerat de senaste åren, så har allmänmedicinen som specialitet blivit allt mera efterfrågad. Man ser till och med möjligheter att styra hela sjukvårdskonsumtionen via allmänläkare – Dalamodellen. Omvårdnadsplatser inom sjukhusvården har i stor utsträckning slopats. Länssjukvårdens utveckling mot subspecialisering underlättas av ett fungerande samarbete med allmänläkare.

Ansvar är personligt

Trots att Sverige har en välutbyggd sjukvård, har de flesta svenskar inte någon doktor de kan kalla sin – detta tvärt emot vad som är fallet i större delen av västvärlden. Det finns en avgörande skillnad mellan den svenska modellen, med vårdcentraler som har ansvar för en befolkning och andra modeller, där allmänläkaren har ansvar för "sina patienter" samtidigt som invånaren kan vända sig till "sin doktor".

Listsystemet

England och Danmark är exempel på länder, där invånarna kan teckna sig på en lista hos sin personlige allmänläkare. Ett aktivt val leder till att man får ett namn på sin doktor, vilken i sin tur blir ansvarig för ett antal individer med namn. I Sverige är allmänläkarens ansvar ofta oklart, i bästa fall områdesbaserat. Ansvar delas med andra ordinarie kollegor och blir inte på samma sätt personligt. En minoritet av svenska folket vet namnet på sin läkare, i bästa fall hör man till någon vårdcentral. Eventuella vakanser och orimligt låg läkartäthet maskeras.

Inom landstingen finns en bred enighet för fritt val av läkare. Landstingsförbundet planerar fritt val över landstingsgränserna redan till årsskiftet 1990/91. Samtidigt slår man fast,

att en verklig valfrihet förutsätter resurser. Valfriheten löser ej någon vakansproblematik, inget system har oändliga listor. Ett helt fritt val utan regler är inte idag – och förmodligen inte heller i morgon – möjligt inom den offentligt finansierade sjukvården.

Hur gå från områdesansvar till lista?

Några av fördelarna med områdesansvar är att patienterna är samlade geografiskt och att samarbetet med distriktssköterskan underlättas. Barnavård, mödravård och andra former av hälsovård har fungerande former.

Låt dem som bor inom det nuvarande upptagningsområdet få förtur att teckna sig på listan. Gå ut med ett erbjudande att du och din/dina distriktssköterskor blir deras personliga vårdgivare. Förklara att åtagandet innebär att du blir ansvarig, men att du som alla andra kan bli sjuk, ha semester, vara på efterutbildning och att de då kan få träffa vikarier eller läkare under utbildning.

Förhandserbjudandet riktas till mellan 1200 och 2000 personer, beroende på vilken typ av distrikt du har. Kontinuiteten med de invånare, som du förmodligen lärt känna under årens lopp, kan bibehållas. De som av någon anledning väljer annan läkare anmäler detta. Nya kan då teckna sig på din lista. Till personer bosatta utanför ditt huvudsakliga upptagningsområde kan servicen, exempelvis vad beträffar hembesök, behöva begränsas. Risken torde vara liten att listan inte fylls. Möjligen kan former finnas för överteckning, men i dagsläget kanske hälften av svenskarna skulle bli utan egen allmänläkare.

Vad gör vi då? Listan får inte bli längre, den är ett starkt argument för att bibehålla och öka rekryteringen av allmänläkare. Arbetsinnehållet blir då inte bara attraktivt, utan också så begränsat att ett verkligt personligt ansvar för dina patienter blir möjligt. Allmänmedicinen blir då återigen den eftertraktade specialitet som den är på de flesta håll utomlands – fri, ansvarsfull och bred. Frikostiga dispenser och omskolning av andra specialister måste till. Ekonomiska stimuli som löner och taxesättning måste prövas för att snabbt öka kåren.

De invånare som får plats på en lista kan få god vård, de som saknar allmänläkare får ställa krav. Vi blir inte

längre ensamma i vår argumentation för en utbyggd allmänläkarvård.

Entreprenad

Distriktsläkarens anställning hos landstinget har ifrågasatts och möjligheten att flytta primärvården till kommunen har diskuterats. Många distriktsläkare tycker att landstinget är en klumpig och trög arbetsgivare. Vi tror inte att kommunen blir bättre, snarare tvärt om.

Det finns ingen nödvändig koppling mellan offentlig finansiering och offentlig anställning för läkaren och dennes medarbetare. Det är internationellt vanligare att läkaren arbetar som egen företagare. Trots detta erlärer patienterna i vissa länder ingen egenavgift. Intäkterna utgår baserat på vidtagna åtgärder eller antal personer på listan. En kombination av dessa två modeller är vanlig. Fungerande jourssystem kräver inte heller offentlig anställning.

Den nära kopplingen mellan sköterskor och läkare, som finns på vissa välbemannade vårdcentraler, ökar kvaliteten i vården. Denna koppling saknas på många håll internationellt. Vi skulle kunna pröva ett system med gemensam lista för läkare och distriktssköterska. Entreprenadkontrakt med försäkringskassa eller offentlig huvudman, är möjliga finansieringsformer. Kopplingen patient/läkare/sjuksköterska blir än tydligare. Beroendet blir ömsesidigt.

En aspekt på entreprenadmodellen är att den skapar en situation, som snabbt kan öka läkarrekryteringen till allmänmedicinen. I ett sådant system kan allmänläkaren bli löneledande i läkarkollektivet. Allmänläkaren får möjlighet att arbeta under fria och stimulerande former, fjärran från offentlig tröghet, men med bibehållet patient- och samhällsansvar.

Författarpresentation

*Anders Lindman, distriktsläkare
Kenneth Widäng, distriktsläkare,
Björknäs vårdcentral, Boden

*Postadress: Bergnäsets vårdcentral, Box 511, 961 48 Boden.

Kolesterolet som folkrörelse

– preventionen exploaterar människors dödsångest

CARL EDVARD RUDEBECK

Det vetenskapliga underlaget för en storskalig sänkning av kolesterolnivåerna i befolkningen är bräckligt. Ändå är detta ett projekt som håller på att verkställas, vilket är den verkliga epidemiologiska paradoxen. Befolkningens naturliga dödsångest är en säker måltavla för budskapet om kolesterolsänkning och medicinen har i sin offensiv stöd av politiker och massmedia. Dödsångesten bör emellertid inte aningslöst exploateras, då den spelar en viktig roll i människans liv.

Det överlägsna sättet att komma tillrätta med en allvarlig sjukdom är naturligtvis att förebygga den. Att identifiera personer med en hög, faktisk risk att tidigt drabbas av hjärt-kärlsjukdom är en angelägen uppgift för hälso- och sjukvården. Men det är också en mycket komplicerad uppgift, vilket knappast framgår av det påbud som nu sprids över landet, att medborgarna måste sänka sina blodfetter. Faktaunderlaget berättigar knappast tvärsäkerhet och massaktion.

I den så kallade Helsingforsstudien, förebyggde man ett insjuknande i kranskärlssjukdom på 355 interventionsår (1). Den irländske allmänläkaren och epidemiologen James McCormick har summerat och jämfört totalmortaliteten hos behandlade och kontroller i fem stora och välkända hjärt-kärlpreventiva projekt och inte funnit någon skillnad (2). Totalmortaliteten är rimligen det man helst vill påverka och dessutom det mest pålitliga effektmåttet. Hur kan det då komma sig att frågan om blodfettssänkning nått så väldiga proportioner, att man bedömer att en miljon svenskar kan vara aktuella för blodfettssänkande behandling (3)? Orsaker måste sökas på flera håll - inom den medicinska professionen, i läkemedelsindustrin, på den politiska nivån, i massmedia och inte minst i befolkningen. Inget enskilt förhållande kan förklara ett medicinskt och samhällsligt fenomen av denna storleksordning.

Medicinen

Även om risken för hjärtinfarkt ökar med stigande totalkolesterol och blodtryck inträffar de flesta infarkterna hos personer som ligger på en normal eller måttligt förhöjd nivå i dessa parametrar. Detta kallas "den epidemiologiska paradoxen" och har fått motivera en strävan att sänka blodfetter och blodtryck hos mycket stora delar av befolkningen. Men paradoxen är ingen paradox. Om man inte löper risk att drabbas av hjärtinfarkt får man naturligtvis ingen hjärtinfarkt. Mer paradoxalt är att man låter en riskfaktor, som är tydligt utslagsgivande bara för en mindre grupp människor, motivera en befolkningsstrategi. Det vore rimligare att mera selektivt försöka finna individerna med hög, absolut risk att insjukna och att samtidigt fundera över vad som gör att så många personer med normala eller måttligt förhöjda kolesterolvärden ändå drabbas av kranskärlssjukdom. Ansträngda levnadsförhållanden och en försvarsberedd eller sårbar personlighet har framträtt som viktiga orsaker, men i det epidemiologiska perspektivet handlar det även här om ganska måttliga öknings av den relativa risken (4). Troligen är den verkligt stora risken ofta först uppenbar hos den enskilda människan, men här är statistiken ett okänsligt instrument. På annat sätt kan inte det magra utbytet av brett upplagda interventioner förklaras. Ur den egna erfarenheten som distriktsläkare träder bilderna fram av de människor som vid förhållandevis unga år drabbats av kranskärlssjukdom. Naturligtvis finns där överviktiga storökare och människor med högt totalkolesterol. Där finns emellertid också ofta någonting mer; ett påtagligt inre höghvarv, en oro eller plåga, ett övermäktigt tryck i livssituationen eller en oförmåga att lyssna till och vägledas av de varningssignaler som nästan alltid finns. Denna utsatthet i livet förefaller ibland vara den utslagsgivande och andra gånger den enda risken. Den blir begriplig och tydlig först när läkaren lämnat sannolikhetsresonemangets distans för att möta patienten i en dialog om livets villkor.

Den tidiga hjärtinfarkten är ingen slump eller paradox. Det handlar om extremer, genetiskt, biokemiskt eller

existensiellt. När det är själva livet som är sjukdomen, kan läkaren tyckas stå ganska tomhänt. Insikten kan dock inge ödmjukhet, något som verkar påtagligt svårt att förena med en förebyggande nitälskan. Men det finns heller ingen anledning att på förhand ge slaget förlorat. Ett pensionsintyg eller den lättnad som själva förståelsen kan ge, kan nog ibland vara livräddande.

Preventionen är i hög grad också en klinisk angelägenhet men precis som när det gäller manifest sjukdom är fallbeskrivningen - individen - ett omistligt centrum i kunskapsutvecklingen. Digitalis vid hjärtsvikt eller penicillin vid otit - statistiskt är de positiva effekterna svåra att fastställa, vilket inte motsäger det faktum att dessa läkemedel kan vara utomordentligt effektiva i enskilda situationer. Här ligger en inspirerande utmaning för läkaren att identifiera de situationer där vedertagna kliniska principer verkligen är effektiva. Samma kliniska utmaning ligger i det förebyggande arbetet.

Det tycks mig som allmänläkare ofta upplever att "de inte gör någonting riktigt". Allför många sjukdomar är antingen kroniska eller självläkande, alltför många symtom uppfattas svårgripbara. Man blickar med längtan åt kirurgin och andra påtagligt handlingsberedda discipliner. I det förebyggande arbetet ser man en chans att mobilisera och visa upp en liknande handlingskraft. De inre motiven hos läkarna spelar utan tvekan en mycket viktig roll i det förebyggande arbetet, annars skulle inte attityderna i dessa frågor vara så varierande.

Medicinen är till sin natur morbid. Sjukdomen är det begrepp som binder samman olika vetenskapliga områden i en praktik och sjukdomen är det som skänker läkarna deras levebröd. Hälsovård i blodfetternas namn är i hög grad ett uttryck för denna sjukdomsfixering. Det är sjukdomen som hot, som ger hälsovårdarna deras argument och kraft. Hälsan i sig har underordnad betydelse.

Läkemedelsindustrin

Läkemedelsindustrin satsar stort på blodfettssänkande preparat. Dess uppgift är att framställa och sälja säkra läkemedel för de situationer där

farmakologisk behandling är vedertagen. Vilka dessa situationer är har industrin begränsade möjligheter att direkt påverka. Att stödja klinisk forskning om blodfettsänkning innebär inte självklart att behandlingsindikationer vidgas. Huvudansvaret för behandlingspraxis ligger på läkarkåren själv. Moraliskt kan man inte skylla ifrån sig genom att hänvisa till läkemedelsindustrins självklara vinstintressen. Faktiskt måste läkarna naturligtvis inse att industrin är en viktig aktör och därför försöka skärpa sitt kritiska sinne och undvika den överbehandling, som de preventiva strategierna uppmanar till. Försäljningsstatistiken visar ännu inte den förväntade, kraftiga uppgången, vilket i detta sammanhang är ett gott tecken.

Sjukvårdspolitik

En förhoppning som knöts till primärvårdssatsningen var att det förebyggande arbetet skulle effektiviseras. Bakom detta låg i sin tur en förhoppning om en dämpad kostnadsutveckling för sjukvården. Att till politiker förmedla det som specifikt kännetecknar allmänläkarens kliniska arbete är inte lätt. Preventiva satsningar, som projekten i Nordkarelen och Norrsköld, talar ett språk som bättre når fram: magrare korv, studiecirkel och motionsrundor. Blodfetsänkningen är därför ett område där politikerna både hoppas få valuta för satsade skattemedel och ser en chans att framstå som kunniga och handlingsdugliga. Särskilt gäller nog detta i den norra regionen, där det finns en överrepresentation av hjärt-kärlsjukdomar.

Massmedia

Upptagenheten av sensationer, skandaler och larm - allt för att höja upplagorna - präglar också mycket av den medicinska journalistiken. Lägga därtill att medicinska journalister säkert, som de flesta människor, är rädda för sjukdomar och därför lyhörda för sina uppgiftslämnarens hotbilder. Tidningarna blir nätt och opp lika sjukdomsfixerade som sjukvården, och ingår en effektiv allians med läkare när det gäller att skrämja och sjukdomsprägla befolkningen. Propagandan är stundom lika massiv som onyanserad.

Befolkningen

Vad är det som gör människor skyddslösa inför den epidemiologiska enögheten, inför politikernas projektiver och de medicinskt-massmediala hotbilderna och som gör att perspektivet med en miljon svenskar utsatta för blodfetsänkande åtgärder kanske inte är alldeles realistiskt? Svaret heter modernitet men informationssamhället har givit historiskt unika möjligheter att fånga upp och rikta männi-

skors ångest inför de grundläggande mänskliga realiteter, som säger att livet är oförutsägbart och döden oundviklig. Att vara människa är att inte undkomma denna ångest. Det är plågsamt, men existensialisterna från Kirkegaard och framåt har lärt oss att ångesten är en oundgänglig del av livet. Medvetenheten om livets ändlighet och verklighetens oändlighet ger människan möjlighet att göra de nödvändiga val som ger mening, proportion och riktning åt livet.

Med föga inlindade hot smyger sig preventionen in i människornas liv och vardag. Varje tugga i den välsmakade osten, som har sitt ursprung långt tidigare än kolesterolmätningen, blir en påminnelse om undergång och en kallelse till avledande jakt på det egna blodfettet. Friskvårdsrörelsen marscherar upp under kolesterolets banér och manar folket att ge sig ut på motionslingor i specialsydda overaller i en tidsspecifik form av politiskt, medicinskt och mänskligt stillastående. Studiecirkel, som förr handlade om hur landet skulle byggas och människan förädlas, vänder nu sitt intresse in mot människornas blodkärl - en inåtvändhet utan like. Ett pliktbudskap smyger sig också in: En bra människa håller ordning på sina blodfetter.

En liten minoritet av de människor som har måttligt förhöjda blodfetter undviker eller uppskjuter ett insjuknande i hjärt-kärlsjukdom. Detta får motivera en storskalig och beskäftig exploatering av existensiell ångest i befolkningen. Medikamentell eller inte medikamentell behandling spelar ingen roll i det här sammanhanget. Experter tränger sig på och vänder människornas uppmärksamhet och ångest mot problem, som för de allra flesta är skenproblem. Allmänläkarna får inte aningslöst sluta upp i denna

rovdrift och utse sig själva till tjänstemän i blodfettstaten. En mer angelägen uppgift är att stödja människor i att bära sin döds- och livsångest. Den presenterar sig ofta i kliniskt vardagsarbete. Magne Nylenna visade i en studie från Norge att för var femte patient på en vanlig mottagning, så var rädsla för cancer den enda eller en viktig bidragande orsak till besöket (5). Rädslan var vanligast i de åldersgrupper där cancerförekomsten är lägst. Att vända tillbaka denna ångest till patienten själv, som en självklar dimension i hennes tillvaro är ett viktigt bidrag till hälsa och självständighet. Det kräver att läkaren är öppen för den avgrund som döden öppnar inom honom eller henne själv. Intensiteten i jakten på blodfetterna antyder att här finns ett utbildningsbehov.

Referenser

1. Olsson AG. Lipidbehandling och kranskärlssjukdom. Nya rön ger anledning till optimism. Läkartidningen 1988;85:601-3.
2. McCormick J, Skrabanek P. Coronary heart disease is not preventable by population interventions. Lancet 1988;839-41.
3. Björkelund C, Persson L-G. Prioriterade utvärderingen av icke-farmakologisk behandling. Läkartidningen 1989;86:226.
4. Orth-Gomér K. Glest socialt nätverk ökar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom. Läkartidningen 1987;84:3474-5.
5. Nylenna M. Fear of cancer among patients in general practice. Scand J Primary Health Care 1984;2:24-6.

Författarpresentation

Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

Good Clinical Trial Practice (GCTP)

Föreningen för Klinisk Läkemedelsprövning arrangerar, i samarbete med Apotekarsocieteten utbildningsavdelning, en utbildningsdag kring Good Clinical Trial Practice, onsdagen den 24 oktober 1990 i Stockholm.

Program: Nordiska GCTP-riktlinjer
EG-guidelines
Prövarens och sponsorns roll i kliniska prövningar
Datahantering
Biverkningsrapportering
Monitorering av kliniska prövningar

Programmet är i första hand avsett för läkare och sjuksköterskor engagerade i kliniska prövningar samt kliniska prövningsledare inom läkemedelsindustrin. Definitivt program kommer att annonseras i Läkartidningen och Svensk Farmaceutisk Tidskrift i början av september.

Ytterligare information:

Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll
Apotekarsocieteten
Box 1136
111 81 Stockholm
Tel. 08-24 50 85

ACE-HÄMMAREN

ZESTRIL
FOR LIFE Lisinopril
Tabl. 5, 10, 20 mg

GODKÄND SOM FÖRSTAHANDS- PREPARAT VID HYPERTONI

**Läs i Läkartidningen nr 26-27/90
om Socialstyrelsens expertmöte**



ICI Pharma

Stora Badhusgatan 20, 411 21 Göteborg. Tel 031-17 41 20

Hur upplevs deltagande i riskfaktorscreening?

BIRGITTA OLSSON

Screeningundersökningar har använts sedan början av 1900-talet, men till att börja med användes de främst för att sälla bort sjuka människor då man anställde personal. Först på 50-talet kom screeningmetoder till användning för att tidigt hitta personer med risk att insjukna i vissa sjukdomar (1). En del nackdelar med screeningundersökningar har uppmärksamats under senare år, tex de problem som uppstår när ett tillstånd med risk för senare sjukdom påvisas. Man diskuterar vad "stämplings"-effekten kan innebära (2) och i en nyligen publicerad artikel beskrivs vissa negativa psykiska effekter hos deltagare i riskfaktorscreening (3). Vid en intervjuundersökning bland 100 personer som deltagit i riskfaktorscreening vid vårdcentral framkom att deltagandet stimulerat till förändringar vad gäller levnadsvanor, men även att deltagandet väckt viss oro och förvirring (4).

Riskfaktorscreening i Luleå

Hösten 1988 startade ett projekt för att förebygga hjärt- kärlsjukdomar i Luleå. Projektets budskap var: begränsa fettkonsumtionen, bekämpa tobaksrökningen, öka motionen och kontrollera blodtrycket. Genom masspreventiva åtgärder skulle levnadsvanorna ändras i stora befolkningsgrupper. En del av strategin var att också starta en riskfaktorscreening.

Syftet med provtagningen var i första hand att öka medvetenheten om vilka riskfaktorer som vägde tyngst och på så sätt få enskilda individer att förändra sina levnadsvanor.

Vid analys av provsvaren vägdes bla BMI, tobakskonsumtion, diastoliskt blodtryck och s-kolesterol samman till ett riskindex. Resultatet skrevs ut av en persondator liksom ett sammanfattande omdöme och råd till den enskilde om vilka åtgärder som motiverades utifrån dennes riskprofil (5,6). Figur 1 visar de sammanfattande omdömen individerna fick utskrivna av persondatorn, fördelade på fyra olika kategorier.

De individer som betraktades som högriskindivider (grupp 4 enligt Figur 1) kallades åter till vårdcentralen för förnyad provtagning, läkarbesök och eventuellt samtal med dietist. Personer med måttligt förhöjda värden inbjöds till gruppinformation på olika teman (kost, rökning, motion).

Frågeställningar

Denna typ av screeningförfarande med datoriserade rutiner är relativt oprövad. Här sker ett stort antal provtagningar på kort tid och man har små möjligheter att vid provningstillfället besvara frågor och fånga upp eventuell oro. Då dessutom diskussioner inlemts om eventuella negativa effekter vid screeningundersökningar fanns därför ett behov av att studera de enskilda individernas reaktioner enligt nedanstående frågeställningar:

- Hur uppfattar den enskilde detta screeningförfarande?
- Hur uppfattas omdömet (enligt indelning Figur 1)?
- Hur handlar man utifrån erhållet besked?
- Följer man de allmänna råd man får?

Metod

För att belysa ovanstående frågeställningar togs i inledningsskedet av screeningundersökningen var tionde person ut i kategorierna 1-3 och från kategori 4 togs varannan person ut till telefonintervju (enligt indelning Figur 1) tills totalt 100 personer var intervjuade. Dessa kom att utgöra cirka 4 procent av alla undersökta vid den aktuella vårdcentralen. Personerna tillfrågades vid provtagningstillfället om de var villiga att låta sig intervjuas och hade då också möjlighet att avböja.

De 100 personerna intervjuades inom en vecka efter provtagningstillfället angående dels sina synpunkter på projekt och undersökningsförfarande, dels sina reaktioner på erhållet besked.

Sex månader senare kontaktades samma personer per brev och besvarade då frågor angående eventuell kvarstående oro och eventuella livsstilsförändringar med anledning av deltagandet i screeningundersökningen.

Resultat

2596 personer totalt deltog i undersökningen, 1195 män och 1401 kvinnor. Av dessa intervjuades alltså 100 personer, 38 män och 62 kvinnor i åldern 30-59 år. Kön- och åldersfördelning samt procentuell andel av de totalt undersökta framgår av Tabell I. Eftersom urvalet i kategori 4 var störst kom flest av de intervjuade att höra hit. Tabell II visar intervjuade män resp kvinnor fördelade på de fyra olika kategorierna samt procentuell andel av de undersökta totalt.

Inställning till undersökning och hälsofrågor

Då endast de som hörsammat inbjudan kom att intervjuas kom naturligtvis också de flesta (92 personer) att vara positiva till undersökningen. De flesta uppgav att de uppfattade undersökningen som "bra" i största allmänhet. Några menade också att inbjudan blev mycket välkommen då "det kan vara intressant att veta hur man mår."

Merparten av de intervjuade (84 personer) hade intresserat sig för frågor rörande hälsan tidigare och många (66 personer) hade också tidigare försökt ändra vissa vanor, främst kostvanor. Främsta anledningen till detta var egen sjukdom/egna tidigare konstaterade riskfaktorer eller sjukdom inom familjen.

Många hade också funderat över ärftliga faktorer inverkan, att föräldrar avlidit tidigt i någon hjärt-kärlsjukdom, och att de nu själva "börjar komma i den åldern".

De som inte hade intresserat sig nämnvärt för hälsofrågor tidigare (16 personer) menade att det inte fanns någon anledning eftersom de "kände sig friska".

Tabell I. Kön- och åldersfördelning bland intervjuade. Inom parentes procentuell andel av totala antalet undersökta vid den aktuella vårdcentralen

Åldersklasser	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga	(%)
30-39	8	(2,5)	18	(4,4)	26	(3,6)
40-49	16	(3,6)	26	(4,8)	42	(4,3)
50-59	14	(3,3)	18	(3,9)	32	(3,6)
Summa	38	(3,2)	62	(4,4)	100	(3,9)

Tabell II. Män resp kvinnor fördelade på typ av besked (risken att Du drabbas av hjärtinfarkt inom de närmaste 5 åren kan uppskattas till ... genomsnittet jämfört med Luleå-bor av samma ålder och kön som Du)

Besked	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga	Procent av tot unders män	kv
Något under	8	(21,1)	11	(17,7)	19	2,5	3,0
Ungefär lika	10	(26,3)	17	(27,4)	27	1,8	3,0
Något över	6	(15,8)	14	(22,6)	20	2,8	4,5
Betydligt över	14	(36,8)	20	(32,3)	34	16,7	14,0
Summa	38		62		100	3,2	4,4

Tabell III. Upplevelse av besked (bättre, som väntat eller sämre än väntat) fördelat på typ av besked. Antal personer

Besked	Beskedet var bättre	som väntat	sämre	totalt
Något under	7	11	1	19
Ung lika	6	11	10	27
Något över	3	8	9	20
Betydligt över	1	11	22	34
Summa	17	41	42	100

Tabell IV. Antal oroade fördelade på typ av besked

Besked	Veckan efter provtagning	Ett halvår senare	Totalt
Något under	2	—	2
Ung lika	4	5	8
Något över	5	5	8
Betydligt över	15	18	22
Summa	26	28	40

Upplevelse av undersökningsförfarandet

Den vanligaste kritiken till provtagningen var de långa väntetiderna. Man hade vid inbjudan fått intrycket att provtagningen skulle gå mycket snabbt, men flertalet hade fått vänta på sin tur i timmar.

25 personer var kritiska till rutiner, kring provtagningen, "struligt", "löpande band", "opersonligt" och felaktigheter vid inmatning i datorn. Framför allt de som fått ett mer negativt besked än väntat saknade personlig kontakt och menade att "det hade varit bra att få prata med någon".

Upplevelse av beskedet (enligt indelning Figur 1)

Närmare hälften eller 42 personer tyckte att det besked de fick vid provtagningen var sämre än de hade väntat sig. 17 personer blev positivt överraskade och tyckte att beskedet var över förväntan medan 41 personer tyckte att de provtagningsresultatet var ungefär som de hade förväntat sig.

Besvikelsen var störst bland dem som hade det sämsta resultatet, men även bland dem med ett positivt besked fanns de som var besvikna, i första hand över något enskilt mätvärde,

framför allt kolesterolvärdet. Besvikelsen var också stor bland icke-rökare som fått ett negativt besked.

34 personer totalt hade fått beskedet att deras beräknade risk att drabbas av hjärtinfarkt de närmaste fem åren låg betydligt över genomsnittet för luleåbor av samma kön och ålder, medan 42 personer upplevde beskedet som sämre än förväntat (Tabell III).

De 42 personer vars besked var sämre än de väntat sig var i stor utsträckning tveksamma till provsvaret. 27 av dem tvivlade på att mätvärdena var riktiga – "konstigt, jag känner mig ju frisk".

Risken att Du drabbas av hjärtinfarkt inom fem år kan uppskattas till

- 1 – NÅGOT UNDER,
- 2 – UNGEFÄR LIKA MED,
- 3 – NÅGOT ÖVER eller
- 4 – BETYDLIGT ÖVER

genomsnittet för Luleå-bor av samma ålder och kön som Du.

Figur 1
Sammanfattande omdömen utskrivna av persondator.

26 personer totalt uppgav att de blivit oroliga över beskedet. "Man blir ju orolig när man haft två infarkter tidigare", "blev som en chock", "blev som om världen rasade ihop".

Oron var störst bland dem som hade högt kolesterolvärde och/eller högt blodtrycksvärde medan faktorer som övervikt, bristande motion och rökning inte tycktes bekymra i någon större utsträckning.

Har deltagande i projektet medfört några livsstilsförändringar?

Veckan efter provtagningen menade ungefär hälften av de intervjuade (52 personer) att projektet gjort att de blivit påverkade till att tänka mer på vad de äter och även vidta förändringar främst vad gäller kostvanor. För flertalet av dem gällde det då ytterligare förändringar, eftersom de redan tidigare vidtagit åtgärder (36 av de 52 personerna).

Av de 41 personer som inte tyckte att provtagningen hade haft någon stimulerande inverkan på livsstilsförändringar hade en tredjedel i stor utsträckning redan, som de tyckte, vidtagit nödvändiga åtgärder, en tredjedel tog det positiva beskedet som en bekräftelse på att inga åtgärder behövdes och en tredjedel menade att de inte hade något intresse för förändringar.

7 personer beskrev ett tillstånd som närmast kan beskrivas som handlingsförlamning. De menade att beskedet var negativt, att de blivit ordentligt uppskrämda, men visste inte vad de skulle ta sig till.

Inställning till projektet ett halvår senare

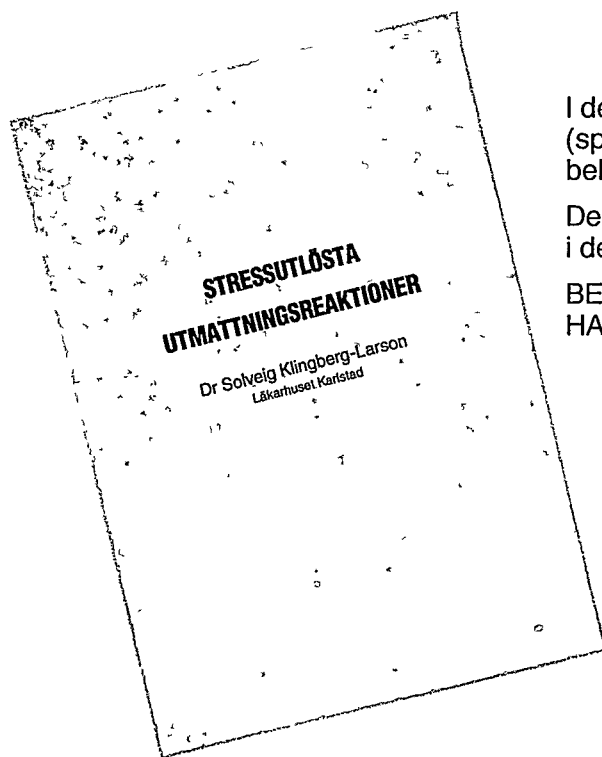
Vid enkätuppföljningen ett halvår senare hade 84 personer svarat på enkäten efter en påminnelse. Resterande 16 personer ringdes upp och erbjöds att besvara frågorna per telefon. 5 personer avböjde då att svara och menade att de inte längre ville befatta sig med projektet "...som bara ställt till med oro och oreda". Uppföljningsfrågorna har alltså besvarats av totalt 95 av de 100 personerna (36 män och 59 kvinnor). Av dessa hade 23 personer inte funderat mer över vare sig provtagningen, beskedet eller projektet som helhet.

28 personer uppgav att de ett halvår efter provtagningen var oroade över det besked de fick. Detta överensstämmer endast delvis med de 26 personer som oroades av beskedet i anslutning till provtagningstillfället (Tabell IV). 15 personer var fortfarande oroade, "man har den känslan att man bara har 5 år kvar att leva", medan 13 "nya" tillkommit. Liksom i direkt anslutning till provtagningen gällde oron nu också framför allt höga kolesterolvärden, "alla jämför sina resultat, många chockade och besvikna".

FLUANXOL®

(Flupentixol)
i låga doser (1-2 mg)

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



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

Lundbeck

40 personer totalt av de intervjuade hade i kortare eller längre perioder oroat sig över provtagningsresultatet, det sammanfattande omdömet eller enskilda mätvärden.

21 personer var inte nöjda med informationen och menade att "man borde inte säga till någon att du löper betydligt större risk än andra att bli sjuk och sedan lämna dem vind för våg i flera veckor".

Förändrade levnadsvanor ett halvår senare

De 68 personer som uppgav att delta-gande i provtagningen varit en sporre till förändrade levnadsvanor utgjordes till stor del av dem som angett att de redan flera år tidigare hade vidtagit förändringar (44 av de 68), medan några "nya" tillkommit (24 personer).

Förändringen gäller i första hand kostvanorna men här kan man också se ett ökat eller nyväckt intresse för motion. 2 personer berättade att de också försökt "varva ner", att ta det lite lugnare för blodtryckets skull. Största intresset för förändringar kan man se bland de äldre och bland dem som fått de mest negativa beskedet.

Sammanfattande åsikter om projektet bland de deltagande

Av de cirka 70 personer som kommenterat projektet menade närmare hälften att projektet som helhet var "jättebra" och "ett fint initiativ". Man påpekade också att intresset för hälsofrågor ökat generellt och att många blivit mer medvetna om framför allt kostvanor. En person menade to m att han "...kanske inte hade levt idag utan hjälp av projektet. Har fått ner kolesterolvärdet betydligt med kostförändringar".

Den kritik man fortfarande hade var i första hand begränsad till rutiner-na kring screeningförfarandet i fråga om uppläggning, långa väntetider och att lite intresse visades för dem som fått negativa besked. Här menade man också att "projektet är nog kanske bra, men det är för stort. Fel att ge folk 'skrämselhicka' och sedan inte ha tillräckligt med resurser till information och uppföljning".

Diskussion

En första målsättning med projektet var att få till stånd en förändring av levnadsvanor i stora befolkningsgrupper vilket man, utifrån resultaten av denna studie att döma, har lyckats få till stånd. Många av de intervjuade har blivit mer intresserade och medvetna och har också vidtagit förändringar som följd av projektet, främst vad gäller kostvanor, men man kan också se ett visst nyväckt intresse för motion. Här har man inte bara lyckats påverka de redan tidigare intresserade utan man har även nått ut till personer som

inte brytt sig särskilt mycket om dessa frågor förut. Motsatt effekt kan man bara se i ett tio-tal fall, att man tagit ett positivt besked som en bekräftelse på att man "klarar sig i 5 år till". Överlag har de intervjuade varit positiva till hela idén med projektet – att man försöker angräpa orsakerna till den överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar som konstaterats i Norrbotten.

I denna studie framgår dock inte vad de som inte kom till provtagningen tyckte om projektet. Inte heller vilka eventuella förändringar de vidtagit.

Det finns mer tveksamheter kring projektets andra målsättning – att utveckla lokalt tillämpbara metoder inom primärvården för riskfaktorscreening. Första målsättningen har uppfyllts till priset av ett antal skräm-da och villrådigas personer till stor del beroende på pedagogiska brister i projektuppläggningsen.

Av de riskfaktorer som man velat påverka har störst intresse ägnats de faktorer som mätts enligt sjukvårdens traditionella sätt att mäta. Intresset har koncentrerats till framför allt kolesterolvärdet som är det nya och som många var nyfikna på. Faktorer som inte traditionellt är lika "sjukvårdsanknutna" tex vikt, motion och rökning har inte tillnärmelsevis rönt samma intresse. Mest oro och förvirring har mätningen av kolesterolvärdet skapat. Enskilda individer har uppfattat att ett förhöjt kolesterolvärde inte är önskvärt men man har inte fått veta "vad man ska ha" eller var gränsen går för vad som är riskabelt för hälsotillståndet. Från projektets sida har man inte definierat de gränsvärden som efterfrågats och sättet att kommentera detta har blivit vagt. Man har endast hänvisat till olika medelvärden som bla för Norrbotten betraktas som för höga. Någon egentlig "bot" finns inte heller ännu. Vad gör man med ett högt kolesterolvärde när man tycker att man ändrat kostvanorna så mycket man kan?

Skillnaden riskfaktorer – sjukdom har inte heller stått klar för alla eftersom man uppfattat det som "konstigt" att man med ett förhöjt kolesterolvärde kan känna sig frisk. Här kan man också skönja den stämplingseffekt som nämndes inledningsvis – "och jag som trodde att jag var frisk".

Man har tydligen inte tillräckligt väl klargjort skillnaden mellan statistiska sannolikheter och risken för varje enskild individ och att de sannolikhetsberäkningar som ligger till grund för de individuella beskedet baseras på gruppkaraktäristika. Många har tagit beskedet för bokstavligt och har inte förstått att beräkningarna gällt grupper och inte varje enskild individ.

Då man dessutom inte haft inbyggt i organisation kapaciteten att fånga upp

oron hos de som vid screeningen klassats, eller klassat sig själva, som "högriskindivider" har många, närmare 40 procent av de intervjuade och uppskattningsvis cirka 20 procent av de som deltagit i undersökningen totalt, kortare eller längre perioder fått gå och oro sig. Många har också beskrivit den stressade provtagningssituationen och bristen på personlig kontakt man ansåg sig så väl ha behövt speciellt vid negativa besked.

Det hade varit befogat att i projektet bygga in någon form av skyddsnät även för de personer som kom att betrakta sig själva som "sjuka" för att minska den risk för oro och ångslan som många beskrivit. Den åtgärdsarsenal som ingår i projektet har endast baserats på det riskindex man fått fram via datorn, utan hänsyn tagen till individernas subjektiva upplevelser. Detta trots att många undersökningar visar på behovet av att från sjukvårdens sida bli bemött med respekt, att hänsyn tas till individuella aspekter och att informationen är tillfredsställande (7).

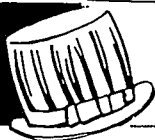
Referenser

1. Stone D. The Resistible Rise of Preventive Medicine. Journal of Health Politics 1987; 11:671–96.
2. Dehlholm B, Færgeman O. Psykologiske og sociale konsekvenser ved positivt testresultat ved screeningundersøgelser for kardiovaskulære sygdomme. Månedsskr Prakt Lægegern, November 1988.
3. Stoate H G. Can health screening damage your health? Roy Coll Gen Pract 1989; 39:193–5.
4. Olsson B. Upplevelser av och reaktioner på deltagande i riskfaktorscreening – Intervjuer bland 100 deltagarna i riskfaktorscreening vid en vårdcentral. Luleå: Samhällsmedicinska enheten, 1989 (Rapport 5/89).
5. Gran B. Riskprofiler och risk för kardiovaskulär sjukdom. Sammanställning av hälsokontroller från primärvård och företagshälsövård i Luleå. Luleå: Samhällsmedicinska enheten, 1988 (Rapport 5/88).
6. Gran B. Projektplan. Riskfaktorscreening mot hjärt-kärlsjukdom och vissa vanliga cancerformer. Ett pilotprojekt på Bergnäsets vårdcentral i Luleå. Luleå: Norrbottens läns landsting, Samhällsmedicinska enheten och Primärvården i Luleå, 1988.
7. Arborelius E. Läkaren och patienten – varför förstår dom inte varandra? En litteraturundersökning och tankar kring dess fortsättning. AllmänMedicin 1988; 9:25–8.

Författarpresentation

Birgitta Olsson, samhällsvetare. Samhällsmedicinska enheten

Postadress: Köpmangatan 36 B, 951 32 Luleå



Antibiotic usage and betalactamase production in respiratory tract bacteria

Sigvard Mölsted disputerade den 12 april 1990 vid institutionen för Klinisk Samhällsmedicin i Dalby, på en avhandling om antibiotikaförskrivning och resistensutveckling hos luftvägsbakterier. Opponent var professor JGR Howie från Skottland. Ordförande vid disputationen var professor Bengt Scherstén.

Nyckelord: Antibiotika, resistens, betalaktamase, förskrivningsmönster, luftvägsinfektion, daghemsbarn, doktorsavhandlingar

Syftet med avhandlingen har varit att

- kartlägga förskrivningsmönstret av antibiotika hos läkare med olika specialitet och vid olika kliniker i Malmöhus län,
- studera om förskrivningsmönstret av antibiotika vid vårdcentral kan förändras genom utbildning om luftvägsinfektioner och antibiotika,
- kartlägga den ekologiska effekten av betalaktamantibiotika hos den enskilde patienten vad avser selektion av betalaktamasproducerande luftvägsbakterier,
- kartlägga sambandet mellan förekomst av betalaktamasproduktion hos luftvägsbakterier hos daghemsbarn och antibiotikabehandling av barnet och i dess omgivning.

Kort sagt: Vem förskrev vad och spelar det någon roll?

Bakgrund

Antibiotika är en unik grupp läkemedel eftersom de, förutom att ha en terapeutisk effekt hos patienten, kan ge ekologiska störningar. Under antibiotika-eran har vi sett olika antibiotika lanseras och bli populära, för att efter några år, på grund av resistensutveckling eller biverkningsbild, till slut finna ett begränsat användningsområde eller försvinna. Ofta uppmärksammas resistens- och biverkningsproblem först efter det att ett antibiotikum fått stor användning och etablerats i primärvårdens terapeutiska arsenal. Ett ökande problem utgörs av den stigande frekvensen av betalaktamasproducerande luftvägspatogener. Betalaktamas är ett enzym som hydroly-

serar penicilliner och cephalosporiner.

Konsumtionen av antibiotika har kontinuerligt ökat i Sverige under de senaste 15 åren. Relativt sett konsumeras mest antibiotika av barn. Den vanligaste orsaken till ett antibiotikarecept är en övre luftvägsinfektion. Försäljningsstatistik från Apoteksbolaget visar på stora geografiska skillnader i försäljning av antibiotika mellan olika landsting, vilket inte kan förklaras av epidemiologiska eller demografiska skillnader. Högst antibiotikakonsumtion rapporteras från Malmöhus läns landsting – uttryckt i DDD (definierad daglig dos) per 1000 invånare och dag. Även inom samma landsting kan stora skillnader i försäljning föreligga mellan olika kommuner.

Av vilka och var förskrivs antibiotika i Malmöhus läns landsting?

Sammanlagt 5165 antibiotikarecept expedierades under en oktobervecka och analyserades med avseende på förskrivarens specialitet och förskrivnen typ av antibiotika.

Bredspektrumantibiotika användes oftare i stadskommun än i landsbygdskommun och förskrevs oftare av sjukhusläkare och privatpraktiker än av distriktsläkare. Erythromycin förskrevs lika ofta som penicillin V av barnläkare. En retrospektiv undersökning vid öron- och barnklinik av antibiotikaförskrivning vid luftvägsinfektioner, visade att penicillin V ej konsekvent användes som förstahandsmedel. Studien antyder, att val av antibiotikum inte bara bestäms av medicinska faktorer och gällande rekommendationer, utan också av läkarens förskrivningsvanor.

Kan antibiotikaförskrivningen förändras genom utbildning?

Distriktsläkarna vid vårdcentralen i Höör uppmärksammade att deras förskrivning och val av antibiotika ibland var svåra att motivera. Ett utbildningsprogram i iterades om luftvägsinfektioner och antibiotika, varvid poängterades att gällande behandlingsrekommendationer borde följas. Före utbildningen behandlades 68 procent av patienter med luftvägsinfektioner med antibiotika och efter utbildningen 44 procent - mest minskade förskrivningen av erythromycin och bredspek-

trumantibiotika. Försäljningen av antibiotika vid apoteket i Höör minskade med 2.5 DDD/1000 invånare och dag mellan 1985 och 1986. Undersökningen visar att förskrivning av antibiotika går att förändra såväl kvantitativt som kvalitativt utan att gällande indikationer för behandling ändras.

Vad händer med den normala luftvägsfloran hos individen när vi behandlar med antibiotika?

Sammanlagt 150 barn, som bedömdes ha en behandlingskrävande bakteriell luftvägsinfektion, studerades. Effekten av tre betalaktamantibiotika (penicillin V, amoxicillin och cefaklor) jämfördes vad avser uppkomsten av betalaktamasproducerande bakterier (patogena och apatogena) i svalg, näsa och nasopharynx. Provtagning utfördes före, omedelbart efter och en månad efter behandling. De använda antibiotika orsakade en påtaglig ökning av antalet betalaktamasproducerande stammar, både i absoluta och relativa tal. Denna förändring kvarstod under minst en månad efter behandlingen. Det förelåg inga påtagliga skillnader mellan de tre valda antibiotika. Undersökningen understryker vikten av att varje behandling är välmotiverad, eftersom varje kur ger upphov till ett högt antal resistentastammar och därmed också ett högt antal bärare av resistentastammar under minst en månad.

Är resistensmönstret i en kommun relaterat till antibiotikaförskrivningen i kommunen?

I en pilotstudie jämfördes frekvensen betalaktamasproducerande bakterier i nasopharynxodling hos daghemsbarn från Höör och Lund. Barnens rapporterade antibiotikakonsumtion enligt ett frågeformulär, överensstämde väl med försäljningsstatistiken i respektive kommun. En signifikant högre frekvens av resistentastammar Moraxella nonliquefaciens (apatogen bakterie, nära släkt med B.catarrhalis) påvisades i Lund jämfört med Höör och en tendens i samma riktning noterades för B.catarrhalis och H.influenzae. På barnen i Höör togs ytterligare en nasopharynxodling en månad senare, vilken visade att cirka 75 procent av barnen bytt flora mellan provtagningar-

na. Trots att barnen ej erhållit antibiotika mellan provtagningarna, hade de i viss utsträckning koloniserats med betalaktamasproducerande stammar.

I en utökad studie utvaldes fyra landsbygdskommuner, inklusive Höör, med låg försäljning av antibiotika (enligt Apoteksbolagets statistik) och en kommun med hög försäljning (Lund). Nasopharynxodling gjordes på 1033 friska daghemsbarn och frekvensen betalaktamasproducerande *M.nonliquefaciens*, *Branhamella catarrhalis* och *Haemophilus influenzae* registrerades. Genom frågeformulär erhöles barnens verkliga antibiotikakonsumtion. Barn från "högkonsumtionskommun" hade högre frekvens av betalaktamasproducerande *M.nonliquefaciens* och *B.catarrhalis* än barn från "lågkonsumtionskommun". Skillnaderna i bärarskap av resistenta stammar kvarstod även då barn som erhållit antibiotika de senaste tre månaderna före provtagningen exkluderades. Detta tyder på att skillnaderna i fre-

kvens av resistenta luftvägsbakterier var en effekt av olika antibiotikakonsumtion i populationen och ej enbart en effekt av aktuell antibiotikakonsumtion hos de undersökta barnen.

Sammanfattningsvis kan resultaten tolkas så här:

- Förskrivning av antibiotika, både kvalitativt och kvantitativt, sker inte enbart mot bakgrund av medicinska faktorer, utan influeras också av våra forskrivningsvanor.
- Antibiotikaförskrivningen, speciellt av bredspektrumantibiotika, kan minskas genom att följa gällande rekommendationer för behandling. Försäljningen av antibiotika behöver inte öka, bara för att antalet läkarbesök ökar.
- Varje antibiotikakur åstadkommer ekologiska störningar i vår normala luftvägsflora. En mängd resistenta stammar selekteras som vi blir bärare av under lång tid.

- För att bli bärare av betalaktamasproducerande luftvägsbakterier behöver man inte själv ha konsumerat antibiotika.
- Olika resistensmönster finns på kommunnivå. Hög antibiotikakonsumtion i en kommun resulterar i en hög frekvens resistenta luftvägsbakterier. Låg konsumtion av antibiotika i en kommun resulterar i en lägre frekvens av resistenta stammar. Läkarens (läkarnas) forskrivningsvanor inom ett geografiskt område återspeglas i ett lokalt resistensmönster.
- Om konsumtionen av antibiotika fortsätter att öka, finns risken att våra vanligaste antibiotika förlorar sin effekt på grund av en ökad frekvens av resistensfaktorer i vår normalflora.

Författarpresentation

Sigvard Mölstedt, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 243 30 Höör.

Information om Sydsvenska Allmänläkarklubben inför 1990/91

MOGENS HEY

Klubben har nu avverkat sitt 13-e halvårsmöte, 30 mars i Markaryd, arrangerat av allmänmedicinare i Kronobergs landstingsområde. Vid mötet diskuterades klubbens framtid. Det förväntas att SFAMs lokalombud framöver bevakar klubbens verksamhet. Klubbens karaktär av en informell "stafettorganisation" kommer att fortsätta åtminstone ytterligare ett år framöver. Klubben kommer, vår och höst, att ha halvdagsmöten som avslutas med en måltid. Mötestidpunkt och plats samordnas gärna med annan regional aktivitet. Kollision med annan aktivitet riktad till samma intressenter ska undvikas.

Mötesarrangörerna ska ha fria händer i val av föredragshållare, mötesform och eventuell sponsring. Andra än läkare är välkomna att medverka och delta. Inriktningen på innehållet i föredrag och annan presentation av arbeten ska vara allmänmedicinsk. Enkla arbeten ska kunna presenteras och diskuteras i ett informellt kollegialt forum. FV-arbeten bör ha hög prioritet. Klubben kommer tillsvi-
dare att täcka hela södra regionen. Den fungerar utan stadgar och styrelse och avgift. Ett adressregister innehållande namn och adress på allmänmedicina-

re, som anmält intresse för direkt inbjudan till möten, finns i Dalby. Adressregistret kompletteras med adresser till samtliga vårdcentraler i södra regionen. Ett utskick per vårdcentral förväntas kopieras och distribueras till alla dess distriktsläkare och FV-läkare.

Planerade mötesaktiviteter:

Hösten 1990

Höör, torsdagen den 18 oktober kl 1400-1930.

- Preliminärt program: Presentation av FV-arbeten

- SFAMs lokalombud i regionens landstingsområde förväntas vidtala och förbereda 5-6 FV-läkares presentation av egna arbeten.

Ansvarig: Mogens Hey

Våren 1991

Kristianstad, torsdagen den 14 eller fredagen den 15 mars under eftermiddagen mot kvällen. Mötet organiseras i samband med planerat regionmöte för primärvårdschefer och chefläkare.

Ansvarig: Sven-Erik Svensson, chefläkare, Kristianstad

Ansvarig att vidareföra klubbens aktiviteter:

Mogens Hey, distriktsläkare

Vårdcentralen

243 30 Höör

Tel 0413-636 03

Adressregistret finns hos:

Assistent Ulla Petersson

Institutionen för klinisk

samhällsmedicin

Vårdcentralen

240 10 Dalby

Tel 046-20 92 00



Kvarteret Akuten

inbjuder till

seminarium i Stockholm

"BÄTTRE SJUKVÅRD MED MINDRE RESURSER"

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

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

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

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

Remisser från vårdcentral till öronklinik

SIGURDUR V GUDJONSSON · ULF LINDBLAD

Här redovisas en studie av ett års remisser från vårdcentralen i Skultorp till öron-, näs- och halsklinik (ÖNH-kliniken) vid Kärnsjukhuset i Skövde. ÖNH-kliniken var den klinik som fick de flesta remisserna från vårdcentralen. Obligatorisk utbildning i ÖNH-sjukdomar under specialistutbildningen i allmänmedicin och förbättrad efterutbildning bedöms kunna minska antalet remissfall.

Nyckelord: Samarbete, remisser, primärvård, öronklinik.

Vid vårdcentralen i Skultorp utanför Skövde registrerades under år 1983, en rad uppgifter av administrativ och medicinsk art. Syftet var att förbättra kunskaperna om befolkningens vårdutnyttjande, ge underlag för smidig och säker planering av det löpande arbetet samt att samla medicinsk information om det sjukdomspanorama vi mötte på vårdcentralen. Tillsammans med annan statistik skulle detta kunna ge underlag för bedömning av resursbehov och arbetssätt samt underlätta samarbetet med länssjukvården.

När patientuppgifterna för 1983 hade sammanställts, visade det sig att ÖNH-kliniken vid Kärnsjukhuset i Skövde, mottog flest remisser från vårdcentralen (17,9 procent). Jämfört med liknande undersökningar (1-5) är detta en ovanligt stor procentandel och vi bestämde oss därför för att undersöka dessa remisser närmare med följande frågeställningar:

1 Kan bättre utrustning på vårdcentralen (främst öronmikroskop) och bättre utbildning av vårdcentralens personal, minska antalet remisser till ÖNH-kliniken?

2 Kan samarbetet mellan vårdcentralen och ÖNH-kliniken förbättras och i så fall hur?

Material och metoder

Vårdcentralen i Skultorp är belägen 7 km utanför Skövde. Vid början av år 1984 bodde 4762 personer inom vårdcentralens upptagningsområde. Besöken till vårdcentralen registrerades på en speciell blankett (6). Under år 1983 besökte 2387 personer läkare på vårdcentralen. Totalt gjordes 5401 läkarbesök. Sjukdomar inom ÖNH-regionen utgjorde 14 procent av orsakerna till läkarbesök på vårdcentralen. Bland de vanligaste diagnoserna fanns

övre luftvägsinfektion, akut mediaotit, akut tonsillit och akut sinuit.

Insamling av data har skett retrospektivt. Vi har tagit fram samtliga aktuella journaler och följande variabler har registrerats:

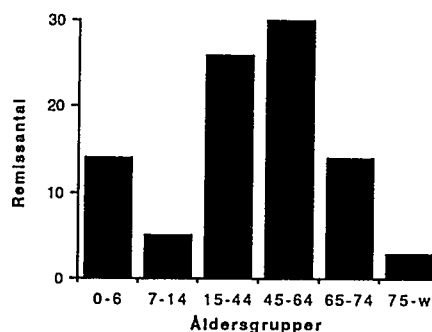
- personnummer och namn
- datum för besök
- undersökare på vårdcentralen
- kortfattad anamnes
- diagnos
- datum för återbesök
- diagnos vid remisstillfälle
- frågeställning på remiss
- datum för undersökning på ÖNH-kliniken
- bedömning och diagnos på ÖNH-kliniken
- omedelbar och planerad handläggning

Efter sammanställning av data, diskuterades resultaten med företrädare från ÖNH-kliniken.

Resultat

Totala antalet remisser till ÖNH-kliniken under den studerade ettårsperioden uppgick till 92. Åldersfördelningen framgår av Figur 1.

Tabell I visar väntetiden från det remissen skrevs till dess att patienterna blev undersökta på ÖNH-kliniken. En patient avled innan undersökning och två uteblev. Ungefär 70 procent av dem som remitterades, fick remissen vid första läkarkontakten. Väntetiden för undersökning på ÖNH-kliniken var acceptabel. Sålunda blev 54 procent av patienterna undersökta inom



Figur 1. Antalet remisser till ÖNH-kliniken för olika åldersgrupper.

en månad. Antalet akuta remisser var 24 (26 procent). Ingen remiss återsändes till vårdcentralen på grund av att den ansågs obefogad eller ofullständig.

Tabell II visar vilka åtgärder som vidtogs på ÖNH-kliniken. Endast två patienter blev återremitterade för uppföljning på vårdcentralen och 57 följdes inte upp ytterligare.

Tabell III visar vilka diagnoser som ställdes på vårdcentralen respektive på ÖNH-kliniken. Att antalet diagnoser inte stämmer med patientantalet beror på att vissa patienter fick dubbla diagnoser och andra ingen diagnos alls. I 25 procent av fallen stämde ÖNH-läkarnas diagnoser inte med distriktsläkarnas.

Tabell I. Tid under behandling på vårdcentralen innan remiss skrevs och väntetid till besök på ÖNH-kliniken

Behandlings- respektive väntetid	Antal patienter Behandlingstid på vårdcentralen	Antal patienter Väntetid till ÖNH-kliniken
0-1 dagar	64	24
2-7 dagar	4	4
1-4 veckor	17	20
5-8 veckor	5	25
2-6 månader	1	16
>6 månader	1	0
Totalt	92	89

Tabell II. Handläggning av inremitterade patienter på ÖNH-kliniken.

Åtgärd	Antal
Inläggning	10
Uppföljning ÖNH-kliniken	20
Uppföljning vårdcentral	2
Ingen uppföljning	57
Totalt	89

Tabell III. Diagnoser ställda av distriktsläkare respektive ÖNH-läkare (8 patienter på vårdcentralen och 5 på ÖNH-kliniken fick dubbla diagnoser)

Diagnos	Distriktsläkare	ÖNH-läkare
Akut otit	4	3
Kronisk otit	3	1
Extern otit	3	4
Vaxpropp	6	5
Otosalpingit	10	4
Sinuit	6	3
Peritonsillit	1	1
Allergi	2	2
Polyper	8	7
Heshet	6	4
Vertigo	2	2
Hörselnedsättning	10	8
Tumor	13	10
Tyroideasjukdomar	2	2
Övrigt	22	27
Diagnos saknas	2	2
Normalstatus	0	9

Diskussion och slutsatser

Sjukdomar inom ÖNH-regionen utgjorde 14 procent av orsakerna till läkarbesök på vårdcentralen. Detta och det stora antalet remisser, understryker att dessa sjukdomar utgör en stor del av distriktsläkarens dagliga arbete.

Vi har inte granskat varje enskild remiss med hänsyn till om den var befogad eller ej, men det faktum att väntetiden till ÖNH-kliniken var kort i majoriteten av fallen och att ingen remiss återsändes, talar för att antalet obefogade remisser inte var speciellt högt.

I cirka 25 procent av fallen överensstämde inte diagnosen på vårdcentralen med slutlig diagnos på ÖNH-kliniken. Till stor del torde detta kunna förklaras av spontanläkning under väntetiden.

Frågan har ställts om en minskning av remissantalet skulle kunna ske om vårdcentralen försågs med bättre utrustning och då främst öronmikroskop. Vi har granskat alla journaler. En fjärdedel av fallen gällde akut otit, kronisk otit, externotit, vaxpropp och otosalpingit. Vid dessa sjukdomstillstånd kan man ha stor hjälp av ett öronmikroskop både vid diagnos och behandling. Efter diskussion med öronläkare uppskattar vi att antalet remisser till ÖNH-kliniken skulle kunna minskas med 15-20 procent om

vårdcentralen utrustades med ett öronmikroskop. Käkspolning vid sinuiter har inte utförts på vårdcentralen. Om denna behandlingsmetod infördes, skulle antalet remisser kunna minskas ytterligare.

Med anledning av ovanstående, drar vi följande slutsatser:

- med hänsyn till sjukdomspanoramat, finner vi det motiverat med minst tre månaders ÖNH-tjänstgöring under specialistutbildningen i allmänmedicin;
- önskvärt är att det dessutom finns möjligheter till efterutbildning inom området. Detta kan till exempel ske genom återkommande auskultationer på ÖNH-kliniken eller genom öronkonsult på vårdcentralen;
- öronmikroskop bör ingå i vårdcentralens utrustning.

Dessa åtgärder skulle ge ökade kunskaper och möjligheter till praktisk träning i öronmikroskopi och käkspolning. Behovet av remittering skulle sannolikt minskas avsevärt.

Referenser

1. Hazell Å. Ett års patientstatistik i Kälarne med diagnos- och remissregistrering på läkarmottagningen. Läkartidningen 1977;74:2759-62.
2. Krakau I, Tibblin G. Läkarbesök – en vårdbeskrivning. AllmänMedicin 1980;1:24-6
3. Halfarson L, Hegardt G, Engstrand I. Var söker öronpatienter? AllmänMedicin 1983;4:244-6.
4. Sjönell G. Verksamhetsredovisning – distriktsläkararbetet vid Matteus vårdcentral 1980-1982. AllmänMedicin 1984; Suppl 5.
5. Halfarson L, Näslund B. Remittering från primärvård till sjukhusspecialist, speciellt ortopediklinik – en litteraturgenomgång. AllmänMedicin 1985;6:65-70.
6. Berg L, Lindblad U. R/P-blankett modell Tibro/Skultorp – ett alternativ till basdatagruppens blankett. AllmänMedicin 1984;5:280.

Författarpresentation

Sigurdur V Gudjonsson, FV-A-läkare, Vårdcentralen Skultorp, Skövde, vid tidpunkten för studien, nu distriktsläkare i Fåskruds fjärdur, Island.

Ulf Lindblad, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Norrmalm, Rådmansgatan 31 A, 541 45 Skövde.

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 vidtala 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.

Minnesgåva till Cancerfonden



Skriv den avlidnes namn och adress till de närmaste anhöriga på en post- eller bankgirotalong. Ange även givarens namn. Som bevis sänder vi ett minnesblad till de anhöriga.

Pg 90 1951-4 Bg 901-9514

CANCERFONDEN, BOX 17096, 104 62 STOCKHOLM
Besöksadress: Swedenborgsgatan 20, Tel. 08-772 28 00



Regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns sedan 1974 på Huddinge sjukhus och sedan 1986 i Lund (ELIS). LIC bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare. Liknande enheter byggs nu upp vid landets övriga universitetssjukhus genom aktivt samarbete mellan kliniska farmakologer och Apoteksbolaget. LIC besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive LIC. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline, utvecklad vid Huddinge LIC och tillgänglig som en del av Medline.

För att ge ökad spridning av frågor/svar som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna, kommer jag att i AllmänMedicin publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Har du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna spalt, skriv till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/38500. Denna gång presenteras frågor från både Huddinge LIC och ELIS.

Fråga:

Cimetidin interagerar med relativt många läkemedel enligt FASS. Vilka interaktioner är av klinisk betydelse?

Svar:

Det är endast ett fåtal läkemedel som kan ge upphov till verkligt allvarliga läkemedelsinteraktioner och antalet fall med patienter som fått kliniska symtom orsakade av läkemedelsinteraktioner är relativt litet. En sällsynt eller en i allmänhet mindre betydelsefull interaktion kan dock ha stor klinisk betydelse för den enskilde patienten.

I FASS finns uppräknade de läkemedel som cimetidin kan interagera med. Många av dessa interaktioner äger rum i kroppen utan att påverka den obundna och därmed farmakologiskt aktiva läkemedelskoncentrationen. Den terapeutiska effekten av de läkemedel som är berörda behöver inte heller alltid påverkas. Graden av interaktion är också beroende av dosen och behandlingstiden. Individuella skillnader ifråga om dos, doseringsintervall, farmakokinetik (= vad kroppen gör med läkemedlet), farmakodynamik (= vad läkemedlet gör med kroppen), sjukdomstillstånd och många andra faktorer är av betydelse i det enskilda fallet.

Cimetidin hämmar en rad läkemedels oxidativa metabolism i levern. Detta får till följd att plasmakoncentrationen av det andra läkemedlet ökar. Klinisk betydelse får detta om läkemedlet har snäv terapeutisk bredd. Detta gäller för till exempel teofyllin - vid samtidig behandling med cimetidin ökar risken påtagligt för allvarliga biverkningar såsom tachyarytmier och krampfall. Vid kombinationsbehandling bör teofyllinkoncentrationen i plasma följas. En dosreduktion av teofyllin mellan 30-50 procent kan bli nödvändig.

En annan betydelsefull interaktion är den mellan cimetidin och warfarin och andra perorala antikoagulantia. Cimetidin förlänger effekten av warfarin varför det är viktigt med extra kontroller av trombotest eller motsvarande.

Cimetidin ökar plasmahalterna av fenytoin med risk för biverkningar. Det är viktigt att kontrollera plasmakoncentrationerna av fenytoin.

En annan viktig interaktion är den mellan cimetidin och intravenöst givet lidokain. Kombinationen bör undvikas. För övriga interaktioner i FASS, vad avser cimetidin, gäller att läkemedlets dosering ibland behöver anpassas något för att uppväga den förändrade effekten.

Kliniskt betydelsefulla interaktioner gäller alltså framför allt läkemedel med smalt terapeutiskt fönster.

Fråga:

En 35-årig man har använt Nezeril en längre tid och plågas nu av ständig nästäppa men han har ingen egentlig snuva. Finns kronisk hyperreaktivitet och nästäppa beskrivna vid långtidsanvändning av stora doser oxymetazolin (Nezeril)?

Svar:

Oxymetazolin är en alfa-agonist som används lokalt i näsan som slemhinneavsvällande substans. Oxymetazolin liksom den närbesläktade substansen xylometazolin (Otrivin) syntetiserades i början av 1960-talet och har en betydligt längre effektduration än de tidigare använda sympatomimetiska medlen (efedrin, fenylefrin, nafazolin).

Reaktiv svullnad i nässlemhinnan (Rhinitis medikamentosa) och tachyfylaxi (ökning av dosbehov för att få samma effekt) var ett välkänt problem vid användning av efedrin, fenylefrin och nafazolin. Även oxymetazolin och xylometazolin anges kunna ge reaktiv svullnad och rhinit, men endast få fall har rapporterats i litteraturen. De fall som finns rapporterade har debuterat efter mer än sex månaders användning. Någon sekundär slemhinnesvullnad kunde inte påvisas i en studie på 20 friska personer som behandlades under sex veckor med xylometazolin (1 mg/ml) 0.15 mlx3 i vardera näsborren. Någon tachyfylaxi kunde heller inte påvisas i denna studie. Efter användning av xylometazolin eller oxymetazolin under längre tid än sex månader har man dock i ett fåtal fall kunnat konstatera utveckling av tachyfylaxi.

Till socialstyrelsens biverkningsregister finns två fall av nästäppa och två fall av rhinit med troligt eller inte uteslutet samband med oxymetazolinbehandling anmälda. I ett av fallen har oxymetazolin använts i 16 år.

Det fall frågeställaren ställt frågan kring, bör även det rapporteras till socialstyrelsens biverkningskommitté.

Fråga:

Finns det någon skillnad i risk för fostret till en gravid kvinna mellan att röka cirka 15 cigaretter per dygn eller att inta motsvarande mängd nikotin i form av mikotintuggummi?

Svar:

En omfattande litteraturgenomgång har gjorts. De ofördelaktiga effekterna av rökning för fostret till en tobaksrökande moder är väl belagda. Det finns en antytt linjär dos-respons-relation mellan antal rökta cigaretter och minskad födelsevikt. I stora välkontrollerade studier har dessutom en ökad frekvens av placentaavlossning, perinatale blödningar, prematur vattenavgång, fetal död, neonatal dödlighet och SIDS (sudden infant death syndrome) påvisats.

Bland de mer än 4000 olika substanser som finns i tobaksrök har intresset främst riktats mot nikotin, dess aktiva metabolit kotinin och kolmonoxid. Nikotin har flera komplicerade verkningsmekanismer. I centrala nervsystemet resulterar stimuleringen av presynaptiska nikotinreceptorer i en ökning av acetylkolin-, noradrenalin-, serotonin-, vasopressin-, tillväxthormon- och ACTH-frisättningen. Nikotin stimulerar också nikotinreceptorer spinalt, i autonoma ganglier samt i binjurarna vilket bland annat leder till ökad frisättning av adrenalin. Nikotin underlättar också frisättningen av katekolaminer i sympatiska nerver i det perifera kärlträdet. Hos rökande mödrar har farmakologiskt aktiva nikotinhalter och kotininhalter kunnat uppmätas i amnionvätska.

De flesta effekter av nikotin hos människa har observerats när nikotiner tillförts genom tobaksrökning. Hos människa har ökningen i fetal hjärtrytm och fetalt aortaflöde kunnat tillskrivas nikotinet och inte kolmonoxiden. Hos rätta har hjärnstamsskador kunnat påvisas hos avkomman till mödrar som matats med nikotinhaltigt vatten. Denna skada är av samma typ som ibland kunnat påvisas hos barn med SIDS. Flera epidemiologiska studier



har antytt att tobaksrökning hos mödrar skulle kunna försämra subtila funktioner som inlärning och andra intellektuella funktioner i det centrala nervsystemet hos barnen. Barn till dessa mödrar har också uppvisat hyperreaktivitet. Försämrade inlärning och hyperreaktivitet hos avkomman har också kunnat visas efter tillförsel av enbart nikotin till råttor. De störningar i andningsmönstret som rapporterats hos fostret till rökande mödrar har kunnat tillskrivas nikotinet när enbart nikotintuggummi gavs. Vi har inte kunnat hitta några långtidsstudier över nikotinetts effekt på foster till mödrar som enbart tillförts nikotin under graviditeten. Inga djurstudier som uttömmande beskriver detta förhållande har återfunnits. Det är därför svårt att överföra de erfarenheter som finns beträffande tobaksrökning och skadliga effekter på barn och foster till situationen där modern enbart intar nikotin under graviditeten. Belägg för att nikotinet inte är riskfritt utan har effekter på fetal cirkulation och det växande nervsystemet finns i litteraturen. Nikotinbehandling under graviditet bör därför undvikas och endast undantagsvis ges på mycket strikta indikationer och i formerna av ett avvänjningsprogram.

Fråga:

En kvinna född 1959 har under lång tid behandlats med Naprosyn (naproxen) 500-750 mg/dygn på grund av smärtor i nacke och skuldror. Under behandlingen utvecklar hon multipla munsår vilka går helt i regress efter utsättning. Då man senare insätter preparatet igen återkommer munsåren. Frågeställaren har inte själv sett dessa munsår. Finns det risk för progress till allvarigare tillstånd vid eventuell fortsatt behandling?

Svar:

Lichenoid läkemedelsreaktion med smärtande sår framför allt på kindslemhinnorna samt tungans sidor och undersida har förknippats med olika NSAID-preparat. I en undersökning av 225 pati-

enter med oral lichen var det signifikant fler som hade pågående behandling med NSAID-preparat jämfört med friska kontroller.

Man fann inget motsvarande samband för något annat läkemedel. I patientgruppen hade NSAID-användarna oftare en erosiv form av oral lichen än de övriga. Då man satte ut NSAID-preparatet hos 12 patienter blev fyra helt bra och åtta väsentligt förbättrade. Då man senare återinsatte preparatet hos tre av dem, utvecklade de inom en vecka åter oral lichen.

En fallrapport om en 64-årig man med reumatoid artrit, beskriver oral lichenoid reaktion orsakad av fyra olika NSAID-preparat och acetylsalicylsyra.

Benign slemhinnepemfigoid, ensamt eller i kombination med lichenoid reaktion, har också beskrivits i samband med NSAID-användning. I dessa fall lossnar epitelet längs basalmembranet med större slemhinneskador och ofta blödning.

Ett fåtal fall av erytema multiforme och Steven Johnsons syndrom har rapporterats. Manifestationerna är slemhinneengagemang vid kroppsoppningarna samt hudengagemang på händer, fötter och sträcksidorna av underarmar och underben. Ofta ses även hög feber och lungpåverkan. Klassifikationen är här oklar. Några använder termerna synonymt medan andra benämner tillståndet med enbart hudengagemang som erytema multiforme och som Steven Johnsons syndrom då även slemhinnorna är engagerade. Tillverkaren av Naprosyn har kännedom om tre fall av Steven Johnsons syndrom sedan 1986.

Långverkande NSAID som intas en gång per dygn medför en högre risk för allvarliga hud- och slemhinnereaktioner. Till socialstyrelsens biverkningskommitté har rapporterats två fall av erytema multiforme. Vi föreslår att även detta fall rapporteras.

Det har vid litteraturgenomgången inte framkommit något som talar för att allvarliga tillstånd som erytema multiforme skulle utvecklas ur en lichenoid reaktion eller en slemhinnepemfigoid eller att dessa två tillstånd skulle utgöra en indikator på ökad risk för en allvarlig reaktion.

Rättelse till artikeln om muntorrhet i AllmänMedicin nr 3 1990:

I artikeln om muntorrhet nämndes att biverkan inte fanns medtagen i FASS för preparatet Ketogan. Efter flera påpekanden till företaget AB Lundbeck & Co, är biverkan nu införd i senaste utgåvan av FASS.

LARS KROON

Muntorrhet – orsaker och konsekvenser

LARS KROON

I förra numret av AllmänMedicin beskrevs orsaker och komplikationer vid muntorrhet.

Viktiga patientgrupper

1. Äldre patienter

Ett flertal faktorer bidrar till att äldre människor är en särskilt utsatt grupp beträffande muntorrhet:

Relativt torra slemhinnor är vanligt hos åldringen och den allmänna uppfattningen är att orsaken till detta är en nedsatt salivsekretion. Flera undersökningar antyder att det bland friska personer över 60 år finns ett ökat antal individer med låg sekretionskapacitet. Flera undersökningar visar också ganska en-

tydigt att sekretionsförmågan i allmänhet är lägre hos äldre kvinnor än hos äldre män.

Äldre människor är ofta protesbärare och patienter med proteser upplever ofta speciella problem i samband med muntorrhet. Protesens förmåga att vara 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 benä-



gen att bli sårig vid mekanisk påverkan. Såren blir också ofta säte för sekundära svampinfektioner (protesstomatit).

Äldre patienter tar ofta flera läkemedel med risk för addition av muntorrhet. Dessutom behandlas äldre patienter ofta med läkemedel som har salivsekretionshämmande effekter, tex blodtryckssänkande medel, vissa psykofarmaka och läkemedel mot Parkinsons sjukdom.

Äldre människor har i allmänhet mer ytligt belägna tandrötter, vilket ökar risken för karies och tandlossning vid muntorrhet i samband med läkemedelsbehandling.

Docent Yngve Östberg, läkare och tandläkare vid Regionsjukhuset i Umeå, har myntat begreppet "The geriatric dry mouth syndrome", som säger en hel del om förhållandet läkemedel-muntorrhet-äldre människor.

2. Deprimerade patienter

Hos personer med endogen depression är muntorrhet ett symptom i sjukdomen som drabbar samtliga patienter. Patienterna behandlas dessutom med tricykliska antidepressiva, som alla, med undantag av Tymelyt, är kraftigt salivsekretionshämmande. Symtomet muntorrhet kommer att förvärras påtagligt under behandlingen med antidepressiva medel.

3. Diabetiker

Diabetiker är en viktig patientgrupp. Diabetessjukdomen i sig leder till nedsatt funktion hos spottkörtlarna med minskad salivsekretion som följd. För patienter med höga blodglukosvärden kan man inte heller utesluta att den vätska som strömmar ut ur tandköttsfickan innehåller glukos i sådan mängd att framför allt risken för karies ökar. Den svårinställda typ I diabetikern torde därmed ha benägenhet att utveckla karies.

För diabetikern som även har högt blodtryck föreligger ytterligare en komplikationsrisk, nämligen medicinering med diuretika. Den sammantagna salivhämmande effekten hos diabetiker kan dramatiskt öka riskerna för olika komplikationer till muntorrhet.

Behandling av muntorrhet

För behandling av muntorrhet finns salivstimulerande tabletter och tuggummin. Dessutom användes olika typer av sköljvätskor och saliv ersättningsmedel. Vissa tandläkare rekommenderar användning av nikotinamid, som anses öka salivsekretionen via en systemisk effekt. Även slemlösande preparat upplevs som lindrande av en del patienter. Eftersom muntorrhet innebär ökad risk för karies, skall behandlingen inte bara begränsas till själva torrhetsskänslan utan bör även omfatta fluorbehandling, kostråd och information om munhygien. Apoteksbolagets informationsblad om muntorrhet är utmärkt i det sammanhanget. Salivstimulerande tabletter etc kan aldrig ersätta alla andra viktiga råd som finns på informationsbladet.

Salivstimulerande medel

Sugtabletter och tuggummin

Förutsättningen för att en patient med muntorrhet skall uppleva en positiv effekt av en sugtablett är att salivkörtlarna inte helt förlorat sin förmåga att producera saliv. Det är därför inte meningsfullt att rekommendera sugtabletter om salivproduktionen nästan helt upphört, tex efter strålbehandling i huvudhalsregionen eller vid Sjögrens syndrom. Total avsaknad av saliv är dock mycket ovanligt.

I likhet med sugtabletter kan tuggummin upplevas som positivt av personer med muntorrhet. I Sverige finns ett mycket stort sortiment av tuggummin. Tuggandet liksom de smakämnen som finns i tuggummit leder till en ökad salivproduktion. Tuggummituggandet upplevs dock av många personer, speciellt

äldre, som något besvärande. Det kan tex vara tröttande för tuggmuskulerna. Behandling av muntorrhet är ofta en behandling som pågår under lång tid. På samma sätt som för antacida finns starka skäl för patienterna att kunna variera smaken.

Apoteksbolagets sortiment av salivstimulerande sugtabletter och tuggummin framgår av Tabell I.

Tabell I

Preparat	Beredningsform	Sötningsmedel	Procentandel
Dentirol	tuggummi	xylitol	100%
Dentirol	sugtablett	xylitol+maltitol	28+18%
Dentirol emser	sugtablett	xylitol+maltitol	33+64%
Mucidan	sugtablett	laktos	100%
Proflylin	sugtablett	xylitol+sorbitol	51+49%
Saliva Orthana	sugtablett	xylitol+sorbitol	54+46%
Salivin	sugtablett	lycasin+xylitol	66+34%
	1. fruktsmak		
	2. krusbär		
SST	sugtablett	sorbitol	100%
V6	tuggummi		
	1. Freshmint	sorbitol+xylitol	50+50%
	2. Spearmint	sorbitol	100%

Det finns vissa skillnader mellan produkterna i Tabell I i fråga om effekten på salivproduktionen (se nedan) samt inverkan på salivens sammansättning. Vid valet av produkt bör man i dag ta stor hänsyn till vilket sötningsmedel som ingår.

Att xylitol har en karieshämmande effekt påvisades för cirka 20 år sedan. En rad viktiga xylitolundersökningar på olika håll i världen har sedan visat att regelbunden användning av xylitol har en terapeutisk effekt på tandhälsan. Forskningen visar att xylitol har två effekter:

- Dels verkar det via saliven.
- Dels påverkar det de kariesframkallande mikroberna.

Xylitol visar sig öka salivavsöndringen, men munnens bakterier kan inte omvandla ämnet till syror. Effekten är gynnsam för tänderna. Xylitol minskar också mängden av kariesframkallande bakterier (*Streptococcus mutans*) på tandytorna. De nyaste forskningsresultaten visar dessutom att bakteriernas förmåga att framkalla karies påverkas.

Dentirol tuggummi

Salivsekretionen stimuleras dels av pepparmyntolja, dels av själva tuggandet, dels av sötningsmedlet xylitol. Dentirol tuggummi är sötat med enbart xylitol. Salivstimuleringsvärdena för Dentirol tuggummi är enligt undersökningar på Tandläkarhögskolan i Göteborg att jämföra med de för Mucidan.

Dentirol sugtablett

Dentirol emser

Salivsekretionen stimuleras dels av mentol, dels av sötningsmedlet xylitol och av själva bearbetningen av tabletten i munhålan. Dentirol sugtablett stimulerar salivsekretionen utan att sänka pH i dentala plack. Den salivstimulerande effekten är dock mindre god enligt tillgängliga uppgifter och kan jämföras med Mucidan.

Mucidan

Mucidan är den enda produkten som är ett inregistrerat läkemedel vid muntorrhet. Visserligen är produkten därmed rabattberättigad men den rekommenderas inte av följande skäl: Tabletten är svagt salivstimulerande och verkar i stället genom ett rodan-



salt som gör segt sekret mera utspädd. I en stor klinisk multicenterundersökning (under publicering) var Mucidan klart underlägsen produkter som V6 och Salivin. Den största invändningen mot produkten är förmodligen det höga innehållet av laktos. Laktos kan ge upphov till betydligt större syrabildning i tandbeläggningar än sorbitol. Laktos påverkar dessutom blodsockerhalten som motsvarande mängd vanligt socker, vilket gör Mucidan olämpligt för diabetiker.

Profylin

Profylin ger en påtaglig ökning av salivens pH och en förbättring av dess buffringsförmåga. Dessa egenskaper hos Profylin är intressanta och har betydelse för att minska risken för karies vid muntorrhet. Den salivstimulerande effekten är dock inte styrkt på ett tillfredsställande sätt.

Saliva Orthana sugtablett

Salivsekretionen stimuleras främst av pepparmyntolja och spearmint. Tabletten innehåller även mucin som har en smörjande effekt som är 2–3 gånger större än karboximetylcellulosa.

Salivin sugtablett

Salivsekretionen stimuleras dels av äppelsyra, dels av själva bearbetningen av tabletten i munhålan, dels av sötningsmedlet xylitol. För att förhindra frätskador på emaljen är äppelsyran buffrad med kalciumlaktat och natriumfosfat.

Tandläkarhögskolan i Malmö har i samarbete med Svensk Sjukhustandläkarförening genomfört en multicenterundersökning för att utvärdera olika typer av salivstimulerande medel liksom saliversättningsmedel (V6, Salivin, Mucidan, Nikotinamid, Ascoxal-T, Saliment, Apoteksbolagets ersättningsmedel) (under publicering). V6 och Salivin visade sig vara överlägsna övriga produkter i undersökning.

SST sugtablett

Salivsekretionen stimuleras främst av äppelsyra och citronsyra, men även genom bearbetningen av själva tabletten i munhålan. För att eliminera frätskador på emaljen har man tillsatt kalciumfosfat och natriumcitrat som buffrande ämnen. Sötningsmedlet sorbitol är acceptabelt ur kariologisk synpunkt.

V6 tuggummi

Den salivstimulerande effekten åstadkommes dels genom mentol och pepparmyntolja, dels genom själva tuggningen. V6 innehåller karbamid, som söndertuggas till ammoniak av enzymet ureas. Karbamid är naturligt förekommande i saliven. Härvid höjs pH-värdet i munnen, vilket motverkar eventuella syraangrepp på tänderna.

Nikotinamid

Nikotinamid, som är ett B-vitamin, anses öka salivproduktionen via en systemisk effekt. Dagdosen har angetts till 3×100 mg, vilket är betydligt mer än vad flertalet multivitaminpreparat innehåller. En del muntorra patienter upplever en positiv effekt av nikotinamid. I den tidigare nämnda multicenterundersökningen fann man ingen övertygande effekt. Dessutom har det spekulerats om den föreslagna dosen kan ha biverkningar eller rent av vara toxisk.

Slemlösande preparat

Många patienter med muntorrhet upplever att saliven blir tjock och seg. Dessutom får muntorra personer ofta dålig smak i munnen. Dessa typer av besvär kan ibland lindras av slemklyvande preparat, t.ex. Ascoxal-T eller Bisolvon. Det bör dock påpekas att dessa preparat inte har någon direkt salivstimulerande effekt.

Saliversättningsmedel

Saliversättningsmedel innehåller olika typer av viskositetshöjande och smörjande substanser som karboximetylcellulosa och mucin. Mucin har en smörjande förmåga som är 2–3 gånger större än den för karboximetylcellulosa. Saliversättningsmedel skall enbart användas när salivproduktionen är mycket låg eller helt upphört, t.ex. efter strålbehandling i huvud-halsregionen eller hos patienter med Sjögrens syndrom. Det finns två skäl som begränsar användningen av saliversättningsmedel:

- Durationen är sällan längre än ca 15 minuter.
- Behandlingskostnaderna är höga.

Saliva Orthana

Den smörjande effekten sker med mucin, som är 2–3 gånger större än den för CMC (karboximetylcellulosa). Sötningsmedlet är xylitol.

Saliversättningsmedel

Apoteksbolaget

Som viskositetshöjande och smörjande medel ingår karboximetylcellulosa. Sötningsmedlet är xylitol. Produkten är fluorerad med styrkorna 0,2% och 0,02%.

Kariesprofylax

Det är viktigt att patienterna informeras om riskerna för karies i samband med muntorrhet. Patienterna bör därför regelbundet besöka tandläkare. Den förebyggande behandlingen omfattar följande tre moment.

1. Fluorbehandling

Fluorbehandling samt daglig sköljning med 0,025% Natriumfluoridlösning. Som alternativ till munsköljning kan användas fluorhaltiga sug- eller tuggtabletter, som dock är receptbelagda:

- Fludent sugtabletter 0,25, 0,5 och 0,75 mg
- Dentan tuggtabletter 0,25 mg
- Dentan sugtabletter 0,25 och 0,75 mg

Dentan har lång upplösningstid och därmed lång sugtid. Under denna tid stimulerar tabletten salivsekretionen.

2. Kostråd

Undvik alla sockerhaltiga produkter som tabletter, tuggummi, saft, mediciner m.m. Skölj eller rengör munnen efter varje måltid.

3. Munhygien

Noggrann tandrengöring morgon och kväll.

Kund/patientinformation

Det är angeläget att informationsbladet om muntorrhet delas ut till alla kunder/patienter som första gången får ett läkemedel med användaranvisning nr 3. **När man lämnar ut bladet är det viktigt att påpeka att kunden/patienten följer alla råd under hela tiden hon/han behandlas med medicinen.** Den subjektiva känslan av muntorrhet kan försvinna trots att salivproduktionen fortsätter att vara nedsatt.

Det råder nämligen en ganska dålig överensstämmelse mellan subjektivt upplevd muntorrhet och objektivt registrerade värden på salivproduktion. Ett flertal undersökningar visar att många patienter inte upplever någon muntorrhet trots onormalt låg sekretionshastighet. I inledningen av en läkemedelsbehandling med ett salivsekretionshämmande medel upplever patienten ofta en påtaglig muntorrhet. Därefter sker ofta en toleransutveckling och efter en viss tid känner en del patienter ingen eller kanske en obetydlig muntorrhet. Det är viktigt att komma ihåg att detta inte alltid är synonymt med att salivsekretionen har återgått till normala värden.

Utposten, et norsk tidsskrift for allmenn- og samfunnsmedisin

ÅSA RYTTER EVENSEN

Kirsti Malterud er en av de seks redaktørene i Utposten. Åsa Rytter Evensen, medlem av redaksjonskomiteen, har for denne artikkelen intervjuet henne om tidsskriftet hun og de andre redaksjonsmedlemmene brenner for. Utposten har for tiden en desentralisert redaksjonell modell som skiller seg sterkt fra andre medisinske fagtidsskrifter. Nyskapningen ble møtt med betydelig skepsis, men har vist seg å ha god overlevelsessevne, ikke minst takket være betydelige administrative talenter i redaksjonen.

Nyckelord: Allmänmedicin, Utposten

Utpostens historie

Utposten er en løvetann i floraen av medisinske tidsskrifter, et livskraftig, gyllent, uavhengig talerør for norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Utpostens historie går tilbake til 1971, da tre entusiastiske primærleger i tre naboliggende kystkommuner i Norges vestlige utkant fant ut at de ville skape et forum der den primærmedisinske hverdag, langt vekk fra de akademiske sentrene, kunne komme til orde. Primærleger og studenter grep bladet begjærlig og følte at de endelig fikk en rapport fra den virkeligheten de var en del av eller skulle møte ganske snart.

Utposten har alltid vært redigert av en redaksjon med flere redaktører. Funksjonstiden er fem år. Den første gruppen holdt til på Mørekylen. Deretter hadde redaksjonen sete i Trondheim, for så å vende tilbake til Møre igjen. Redaksjonsgruppen har bestått av primærleger som har bodd nær hverandre. Inntil 1988 besto redaktørgruppene av bare menn. Men ved skiftet i 1988 fant den nåværende redaksjonen ut at dette var en gylden anledning til å skape et godt samarbeide på en ny måte mellom kvinner. Den nye redaksjonen består av seks kvinnelige redaktører som bor over hele landet, fra Vadsø i nord til Stavanger, Lærdal, Voss og Bergen i Vestnorge og til Vinstra i Gudbrandsdalen.

Til støttespillere og ressurskanaler har redaksjonen en redaksjonskomite som består av 12 kvinnelige primærleger, også spredd over hele landet. Oppgaven for komiteen er å hente inn stoff, skrive noe selv og sørge for at Utposten reflekterer det som foregår i norsk allmennmedisin.

Fra fagpolitisk kampblad til fagblad

Grunderne av Utposten hadde et ikke ubetydelig slit med å skaffe stoff nok til å fylle sidene. I dag er situasjonen omvendt, stoffet strømmer inn i slike mengder fra den produktive leserkretsen at det er vansker med å skaffe plass. Dette har selvfølgelig sammenheng med en sterk økning av antallet primærleger i Norge i de snart 20 år tidsskriftet har eksistert.

I starten var Utposten et fagpolitisk kampblad. Det er ingen tvil om at den tidlige virksomheten rundt tidsskriftet virket som en katalysator og drivkraft og skapte grunnlaget for allmennmedisinens nåværende sterke posisjon i Norge. Den er nå så trygg at Utposten har skiftet karakter til et fagblad. Det betyr ikke at man ikke er fullt forberedt på å stige opp på barrikadene om det skulle bli nødvendig.

Utposten er ikke et vitenskapelig tidsskrift, men et forum for erfaringer, ideer og debatt. Hvert nummer har en temadel og faste spalter, men det gis også plass til aktuelt stoff fra leserne. Redaksjonen ønsker å forankre bladet så nær utkanten at veien blir kort for den som vil skrive for første gang. Dette står ikke i motsetning til ambisjonen om at Utposten skal være et godt tidsskrift som bare aksepterer originale innlegg. Frykten for at Utposten med en kvinnelig redaksjon skulle bli et "dameblad" har vært ubegrunnet. Det redaksjonen kan bringe av kvinners synspunkter anses som helt nødvendig for at tidsskriftet skal gi et godt bilde av norsk primærmedisin. Kvinnespesifikke allmennmedisinske problemer, "de ubestemte plagene", er f.eks. endelig kommet på dagsorden også blant menn. Mannlige kolleger gir klart uttrykk for at denne kunnskapen er viktig og åpner for nye tanker hos dem.

Redaksjonens arbeidsform

Utposten har 2000 faste abonnenter og kommer ut med åtte nummer i

året. Hver redaktør har selvstendig ansvar for et nummer. Innkommet stoff fordeles til alle i redaksjonen, og i telefonmøter blir man enige om hvor det skal plasseres. Stoffet skrives inn på data hos sekretæren i Lærdal. Det ferdigproduserte nummeret sendes på diskett til et lay-out firma på Voss, som sørger for den grafiske utformingen. Når dette er godkjent, går Utposten i trykken.

For å sikre samordning og samvær med denne desentraliserte arbeidsformen holder redaksjonen månedlige telefonmøter av en til to timers varighet og møtes dessuten med jevne mellomrom til "brainstorming" og utforming av langsiktige vyer. Målet er at bladet skal utvikle seg i forkant av norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Hittil har det allmennmedisinske stoffet dominert på bekostning av samfunnsmedisinen. Redaksjonen vil gjerne rette søkelyset mer mot samfunnsmedisin, men samtidig beholde sitt hverdagsnære stoff og prioritere praktiske kliniske erfaringer.

For bidragsyttere med litterære ambisjoner utlyser Utposten årlig en essaykonkurranse. Temaet er fritt, men emnet skal være sentralt for dagens norske allmenn- eller samfunnsmedisin. Via essayprisen er det kommet mange tankevekkende innspill i den allmennmedisinske debatt i Norge.

Norsk primærmedisin er like mangfoldig som ugras. Utposten tar sikte på å formidle dette mangfoldet, uten å definere det som ugras. Samtidig er målet å gå i dybden, å knytte forbindelseslinjene mellom teori og praksis basert på primærlegenes egne erfaringer og refleksjoner.

Førfattarpresentation

Åsa Rytter Evensen

Postadress: Institutt for allmennmedisin, Frederik Stangs gate 11/13, N-0264 Oslo 2, Norge.

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 dosintervall 25-200 mg.

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

Indikationer. Vaginal candidiasis.

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

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

Amning. Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

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

Vanliga CNS: huvudvärk
 GI: illamående, mag-
 smärtor

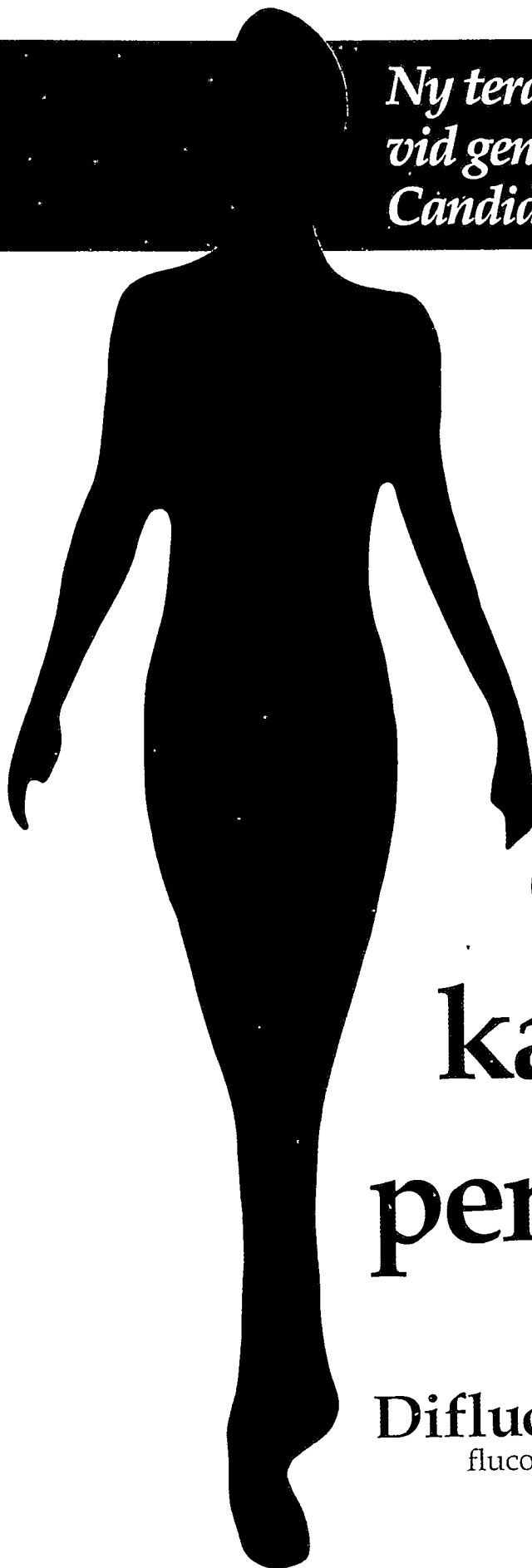
Dosering. 150 mg som engångsdos.

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

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

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

*Ny terapi
vid genitala
Candida infektioner!*



En
enda
kapsel
peroralt

Diflucan 150 mg
fluconazol

Ett originalpreparat från



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

Screening för diabetes mellitus vid vårdcentral

LB06498

PETER MOSTRÖM

I början av 80-talet valde Norrbottens läns landsting ut fem prioriterade områden utifrån de viktigaste hälsoproblemen och deras orsaker (1). Ett av dessa områden är hjärt-kärlsjukdomar.

Hjärt-kärlsjukdomar kan vara en komplikation till diabetes mellitus, som är en vanlig sjukdom i norra Sverige och också en vanligare dödsorsak här än i landet i övrigt (2). Vid Piteå vårdcentral (numera uppdelad i Norr och Söder) har vi därför sedan 1987 aktivt sökt efter diabetes mellitus hos våra patienter.

Majoriteten av diabetikerna som diagnostiseras vid en screening är symptomfria och eftersom man kommer in tidigt i sjukdomsförloppet, hoppas man kunna senarelägga eller i vissa fall kanske helt förhindra diabeteskomplikationer hos dessa.

Genom att upptäcka och ta hand om personer med nedsatt glukostolerans (NGT) hoppas man minska risken att dessa senare ska utveckla manifest diabetes.

Syftet med vår diabetesscreening är att påverka insjuknande i diabetes och frekvensen av diabeteskomplikationer.

Nyckelord: Diabetes mellitus, screening, prevention, Piteå

Material

Upptagningsområdet för vårdcentralen är cirka 16 500 invånare och i aktuell åldersgrupp (40–69 år) finns cirka 6 200 personer.

Metod

Personer mellan 40 och 69 år som av någon anledning kommer till vårdcentralen, erbjuds en undersökning av icke-faste-B-glukos.

Värden över 13 mmol/l kapillärt (>12 mmol/l venöst helblod) klassas som diabetiska. Dessa gränser ligger högre än vad som anges i vårt vårdprogram för diabetes hos vuxna (3), men har valts för att undvika överdiagnostik, eftersom vi vet att vår glukosmätare inte är fullt lika tillförlitlig som våtkemisk bestämning.

Värden mellan 8,0 och 13,0 mmol/l kapillärt (8,0–12,0 mmol/l venöst helblod) föranleder kompletterande undersökning av faste-B-glukos två gånger.

Fastevärden under 5,0 mmol/l bedöms som normala, värden $\geq 6,7$ mmol/l som patologiska och ligger värdena däremellan görs en peroral glukosbelastning.

Vid glukosbelastning ställs diagnosen diabetes mellitus på asymtomatisk patient om faste-B-glukos är $\geq 6,7$ mmol/l och 2-timmars värdet är $>11,0$ mmol/l. Vid normalt fastevärde krävs förhöjt värde både 1 timme och 2 timmar efter belastning. På patient med symptom krävs endast ett förhöjt värde (fastevärde eller 2-timmarsvärde). Nedsatt glukostolerans definieras enbart på 2-timmarsvärdet (7,8–11,0 mmol/l) förutsatt att fastevärdet är normalt (3).

Alla diagnostiska prover (fasteprover och glukosbelastningar) skickas till Piteå lasarets centrallaboratorium för analys, medan screeningproverna görs på vårdcentralens glukosmätare (från början Reflomat av äldre typ, senare Reflolux II M).

Vi har valt att låta våra diabetessköterskor ansvara för utredningen och till stöd har man en för screeningen ansvarig distriktsläkare.

Patienter med diabetes tas om hand på sedvanligt sätt av distriktsläkare och diabetessköterska. Personer med NGT får hos diabetessköterska allmän information om diabetes, rådgivning beträffande kost, vikt, alkohol, tobak och motion samt får lära sig att själva kontrollera urinen. Fortsättningsvis kallas de årligen till diabetessköterska för kontroll.

Screeningprovet upprepas först efter fem år om det inte finns kliniska symptom som motiverar provtagning tidigare.

Liknande undersökning har även gjorts av Dan Andersson, Laxå, presenterat vid riksstämman i Älvsjö 1985.

Resultat

Efter tre år har vi undersökt cirka 3000 personer eller 48 procent av aktuell åldersgrupp. 202 personer (6,7%) har fått komma tillbaka för faste-B-glukos och av dessa har 95 personer undersökts med peroral glukosbelastning.

Av alla som erbjudits provtagning har endast två tackat nej.

Vi har funnit 52 diabetiker och 32 personer med NGT med ålders- och könsfördelning enligt Tabell 1.

Diagnosen diabetes mellitus ställdes i 5 fall på screeningprovet, i 29 fall efter faste-B-glukos och i 18 fall efter peroral glukosbelastning. Diagnosen NGT ställs enbart efter glukosbelastning.

Alla laboratoriekostnaderna utgör cirka 420 kronor/person när de fördelas på de personer som har diabetes eller NGT.

Vi har inga extra personalkostnader eftersom vi klarar att göra undersökningen med befintliga resurser.

Samhällets kostnader i förlorad arbetsinkomst och i resekostnader i samband med provtagning har vi inte försökt beräkna, inte heller den besparing i kronor och lidande som ett eventuellt minskat insjuknande i diabeteskomplikationer innebär.

Diskussion

1. När vi planerade för screeningen, baserades gränser för när peroral glukosbelastning bör göras på rekommendationer från klin kem lab, Centrallasarettet i Boden (meddelandeblad nr 90 1986-01-28). Under 1987 kom vårdprogrammet för diabetes hos vuxna (3)

Tabell 1

Fördelning efter ålder och kön av personer med diabetes mellitus och nedsatt glukostolerans.

Ålder	Diabetes		NGT	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
40–44 år	–	2	1	1
45–49 år	2	–	2	2
50–54 år	2	2	–	5
55–59 år	1	6	1	3
60–64 år	8	11	4	4
65–69 år	8	10	5	4
Summa	21	31	13	19

5. som anger något högre gränser för faste-B-glukos (5,5–6,6 mmol/l) som indikation för peroral glukosbelastning.
2. När screeningen startar är provtagningarna många eftersom ingen är undersökt tidigare. Detta belastar framför allt laboratoriepersonal och diabetessköterskor. Vi försökte därför att börja med åldersgruppen 60–69 år för att senare gå ner i åldrarna men utvidgade snart till hela gruppen 40–69 år efter personalens eget önskemål.
3. Det är viktigt med noggrann diagnostik för att inte felaktigt sätta sjukdomsstämpel på en frisk individ. Vi fick därför snart byta ut vår gamla glukosmätare mot en bättre.

Vi är också frikostiga med nya prover om vi får gränsvärden eller nära dessa.

4. Personalen tycker det är mycket inspirerande att arbeta mer offensivt mot diabetessjukdomen än man tidigare gjort och patienterna har genomgående varit positiva till undersökningen. Provtagningen är inte heller så betungande längre eftersom nästan hälften av befolkningsgruppen nu är undersökt.
5. Det krävdes en hel del planering innan vi drog igång screeningen men nu löper den nästan av sig själv. Efter de tre första årens resultat känns det angeläget att fortsätta och våra erfarenheter hittills är nästan enbart positiva.

Referenser

1. HS BD 90 Hälso- och sjukvården i Norrbottens län inför 1990-talet.
2. Dödsorsaker, Norrbottens län 1974–1983, Samhällsmedicinska enheten i Norrbottens län.
3. Vårdprogram – Diabetes hos vuxna, Norrbottens läns landsting, 1987.

Författarpresentation

Peter Moström, distriktsläkare och basenhetschef vid Piteå Norra vårdcentral

Postadress: Box 715, 951 28 Piteå

LBO 6499

Elever med MBD – hur spåras de?

ULLA LINDSKOG · SVEN BREMBERG

Det är av stor vikt att barn med koncentrationssvårigheter, motoriska problem och perceptionsrubbingar ges adekvat hjälp inom skolan. För att kunna göra detta måste problemen uppmärksammas, helst före skolstart. I avsikt att undersöka i vilken utsträckning detta sker, studerades 595 elever i 31 klasser i årskurs 1 och 2 genom lärarintervjuer. Vid misstänkta problem genomfördes neurologisk undersökning och psykologisk testning. MBD-problematik (MBD = minimal brain dysfunction) konstaterades hos 2,2% av eleverna. I 85% av fallen hade detta inte uppmärksamats före skolstart. Som stöd i skolan hade i samtliga fall hjälp givits av speciallärare. Detta gjordes vanligen för att hjälpa barn med koncentrationsproblem att följa med i undervisningen, och specifika inlärningsproblem hade inte kartlagts. De aktuella metoderna för uppspårning av MBD-problem fungerade inte tillfredsställande, vilket kan ha flera orsaker. Ett bra screeningsprogram inom barnhälsovården är väsentligt, men lika viktigt är väl fungerande informationskanaler mellan barnhälsovård, förskola och skola.

Introduktion

Koncentrationssvårigheter, motoriska problem och perceptionsrubbingar hos barn är viktiga att uppmärksamma inom skolan, och dessa elever bör ges tillgång till de extra resurser skolan har att erbjuda. Då avvikelserna har en stor variationsbredd både till art och grad är det mindre lämpligt eller direkt omöjligt att sammanfoga dem under en diagnos. Under en tidigare period användes MBD-diagnosen (minimal brain dysfunction) flitigt, vilket gjorde att hela begreppet kom i vanrykte, och detta har kanske delvis medfört att man använt diagnosen alltför sparsamt på senare år. Problemet har medicinska, psykologiska och inte minst pedagogiska aspekter, och berör olika yrkeskategorier. Benämningen av denna symptomgrupp har diskuterats (1), men utan att ta ställning i denna fråga användes här genomgående begreppet MBD.

Någon specifik kurativ behandling för MBD kan inte erbjudas. Dock tyder resultat från en aktuell undersökning på att elever med MBD, som fått denna diagnos före eller vid skolstarten, klarar sig bättre än elever i en kontrollgrupp (Gillberg, C. Personligt meddelande). En viktig orsak kan vara, att man genom tidig diagnostik minskar de neurotiska påslagningar, som ofta följer MBD-problemet.

Det finns i huvudsak tre olika tillfällen till att spåra dessa barn: 1. Inom barnhälsovården, framför allt vid 5,5-årskontrollen, 2. inom förskolans 6-årsgrupper och 3. vid undersökning av barnen i samband med skolstart. Uppspårning vid 5,5 års ålder förefaller mest ändamålsenligt, eftersom det då

finns god tid till att förbereda skolstarten (2).

I Linköpings kommun har det sedan omkring 1985 funnits en halvstrukturerad kontroll inom barnhälsovården med inriktning på barn med MBD-problem. Inom förskolan och skolan har dock saknats strukturerade program för uppspårning.

I skolorna i Linköpings kommun fanns det 1987 1,6/1 000 elever registrerade med diagnosen MBD, det vill säga ca 1/10 av vad man kunde förvänta sig att prevalensen av svår MBD skulle vara (3). Endast ett fåtal remisser på barn med MBD-problem hade kommit till barn- och ungdomshabiliteringen i Linköping senaste åren. Det är dock möjligt, att en större grupp elever fått adekvat hjälp, även om inte MBD-diagnosen användes.

Syftet med denna undersökning var, att studera om den halvstrukturerade uppspårande verksamhet, som bedrivs inom barnhälsovården, i kombination med en ostrukturerad uppspårande verksamhet i skolan, var tillräcklig för att elever med MBD vid skolstart skulle få lämpligt stöd.

Material och metod

Inom Linköpings kommun valdes höstterminen 1987 elever i årskurs 1 och 2 i fem rektorsområden ut för undersökningen. Detta innebar 31 klasser med 595 elever. Klassläraren telefonintervjuades av en av författarna (UL) enligt en semistrukturerad intervju. Läraren tillfrågades om det i klassen fanns barn med mera uttalade koncentrationssvårigheter och om det i så fall var förenat med andra symptom. Vid jakande svar fick läraren be-

Nyckelord: Skolbarn, perception, forskning, diagnos, terapi, MBD

skriva prolema och också hur man hanterat situationen. Även frågor om övriga problem i klassen ställdes.

Elever med uttalade koncentrationsproblem och suspekta motoriska svårigheter och/eller perceptionsproblem undersöktes sedan av en av författarna (UL). Vid positiva neurologiska fynd eller misstänkta perceptionsproblem remitterades barnet till habiliteringsavdelning för gängse MBD-utredning inkluderande bl a sjukgymnastik bedömning och psykologisk testning. Några elever undersöktes av skolpsykolog. Det noterades vilka insatser eleven fått, och vad som ytterligare kunnat göras.

Resultat

Lärarna nämnde problem hos 48 av de 595 barnen. I 9 av 31 klasser noterades inga problem. Av de nämnda barnen var 25 inte misstänkta för att ha MBD vid noggrann anamnes från läraren. De återstående 23 barnen undersöktes på skolläkarmottagningen. Sju av dessa undersöktes av MBD-teamet på habiliteringsavdelningen. Fyra hade redan kontakt med skolpsykolog. Diagnosen MBD med ovan nämnda kriterier kunde sättas på 13 barn, vilket ger en prevalens på 2,2%. Alla hade definitionsmässigt koncentrationssvårigheter, 11 hade motoriska svårigheter och 7 hade perceptionsproblem.

Samtliga elever som nämndes ha problem fick specialundervisning enskilt och/eller i grupp i varierande omfattning. Där man hade noterat motoriska problem hade i fyra fall gymnastiklärare kontaktats för specialgymnastik. Skolsköterska kände mera sällan till några problem i början av årskurs 1, medan hon sedan successivt genom elevvårdskonferenser fick kännedom om problemen mot slutet av 1:an och under 2:an. Hon vidtog sällan åtgärder.

Skolpsykolog har konsulterats i fyra fall; tre barn hade då testats med tanke på perceptionen, och i ett fall gjordes en allmän bedömning. Speciallärare från habiliteringen kontaktades sällan av lärare så här tidigt på lägstadiet.

Två barn hade redan tidigare kontakt med habiliteringen pga MBD-problem; ett barn hade fått kontakt under förskolan i annat landsting och ett barn hade under ettan fått kontakt med habiliteringen här.

Diskussion

Denna undersökning bygger på uppgifter om elever lämnade av lärare. Det föreligger troligen en viss under-

rapportering, men med det aktuella syftet bedömdes ändå metoden vara ändamålsenlig. Det rör sig inte om någon kartläggning av prevalensen av MBD utan huruvida problemet var känt och av skolans sätt att hantera det.

I denna undersökning fann man att 2,2% av eleverna hade MBD-symptom, vilket är ungefär dubbelt så mycket som den tidigare funna prevalensen av svår MBD (4). Detta innebär att även barn med måttligt uttalade svårigheter har inkluderats, medan de med lätta besvär inte har uppmärksamats. I ett fall hade diagnos skett före skolstarten, och i ytterligare ett fall hade skolan initierat undersökningen. I de övriga 11 av 13 fallen (85%) var tillståndet inte känt i skolan. Således var de system för uppspårning, som fanns i kommunen otillräckliga för att ge skolan kunskap om vilka barn, som hade svår-medelsvår MBD.

Specialundervisning används som huvudsaklig lösning, när man har att göra med elever med koncentrationsproblem. Detta görs framför allt därför att barnen har svårt att följa med i den vanliga undervisningen, och inte därför att man kartlagt några specifika inlärningsproblem. Vanligen har denna undervisning under första läsåret getts inne i klassrummet och inte med barnet ensamt i ett annat rum. Först vid mera uttalade problem har skolpsykologen kontaktats. Motoriska prov och perceptionstest hade således endast utförts på ett fåtal barn i gruppen. Det innebär att barnen knappast kunnat få en adekvat diagnostisk handläggning i skolan.

Det finns flera tänkbara förklaringar till den bristfälliga uppspårningen av barn med MBD. En möjlighet är att BVC-undersökningen varit otillräckligt strukturerad. Detta kan ha haft till följd att barn inte diagnostiserats på BVC i avsedd omfattning. För detta talar förhållandet, att endast ett fåtal remisser sänts från BVC till barnhabiliteringen. Under 1987 har dock förbättrade rutiner införts vid barnhälsovårdens 5,5-årskontroll. Det innebär att barn med MBD med större säkerhet kommer att kunna spåras på BVC.

Ur skolans perspektiv är dock adekvat diagnostik inom BVC inte tillräckligt. Informationen om problemet måste också överföras från BVC till skolan. I vårt material hade skolan inte i något fall fått information om barn med MBD direkt från barnhälsovården utan medverkan från habiliteringen. Detta förhållande talar för att överföring av information bör äg-

nas särskilt intresse, då ett uppspårande program byggs upp inom barnhälsovården. Helt uppenbart är det en fördel, om barnhälsovård och skolhälsovård kan samarbeta inom ett program, där såväl screening som utvärdering genomföres gemensamt (4).

En annan möjlighet är screening vid skolstart. Detta är dock ett sämre alternativ, eftersom skolan då har mera begränsad tid till att anpassa skolgången för eleven. Ett skolprogram kan bestå i att skolsköterskan inom de första två månaderna av årskurs 1 får kunskap om elever med uttalade koncentrationssvårigheter vid genomgångar med klasslärarna. Man bör sikta på ca 5%, det vill säga en elev i varje klass. Dessa barn undersöks neurologiskt av skolläkare och testas med tanke på perceptionsproblem av skolpsykolog. En speciallärare från habilitering ger pedagogiska rekommendationer. Vid mera uttalade besvär kan utredning vid barnhabilitering bli aktuell. En uppföljning bör göras varje läsår. En sådan modell infördes i Linköping hösten 1989.

Att spåra barn med MBD är en angelägen uppgift. Våra erfarenheter tyder på att det måste finnas väl strukturerade rutiner, inte bara för diagnostisk bedömning utan också för informationsöverföring, om man ska lyckas med denna uppgift. Vidare pekar denna studie på det allmänna behovet av att utvärdera de uppspårande program barnhälsovård och elevhälsovård bedriver.

Referenser

1. Gillberg C. Attention deficit disorder: diagnosis, prevalence, management and outcome. *Pediatrician* 1986; 13:108-18.
2. Michelsson K. Femårsåldern lämplig för diagnostisering. Rapport från Förste Nordiske Symposium om MBD, 1987.
3. Gillberg C, Rasmussen P, Carlström G, Svensson B, Waldenström E. Perceptual, motor and attentional deficits in six-year-old children. *Epidemiological aspects*. *J Child Psychol Psychiat* 1982; 23:131-44.
4. Bergsgrön E, Blomqvist H K, Ferry S, Högstadius P, Rudebeck C-E. Samordnad hälsokontroll av 6-åringar under lättar skolans planering av stödsatser. *Läkartidningen* 1988; 85:2946-51.

Författarpresentation

Ulla Lindskog, med dr, tf biträdande överläkare vid Barnkliniken, Regionsjukhuset i Linköping samt skolläkare. Sven Bremberg, med dr, överläkare vid Barnkliniken, Regionsjukhuset i Linköping samt skolöverläkare.

Postadress: 581 85 Linköping.



SFAM'S höstmöte *Västerås 8-10/11 1990*

SFAM-möte i Västerås 8-11 november 1990

Mälardalens Distriktsläkarklubb har för andra gången fått förtroendet att arrangera ett SFAM-möte. Första gången var 1980. Det mötet blev en framgång och vår målsättning är att göra ett minst lika bra möte i år. Förutsättningarna är goda då SFAM-mötet tidsmässigt sammanfaller med Västerås 1000-års jubileum, vilket innebär att vi kan glädjas åt ett nytt kongresscentrum, nya hotell och en lång rad kringaktiviteter.

Vi hoppas att vårt program skall kännas lika aktuellt för såväl distriktsläkare som för företagsläkare, privatpraktiker och FV-läkare i allmänmedicin.

Vetenskapligt program

Torsdag fm TEMA:

"Prevention – går det att utvärdera?"

"State of the art-lecture", Prof Sven-Olof Isacson,
Socialmedicinska avdelningen, Malmö

PANEL: Prof Gösta Tibblin
Institutionen för allmänmedicin, Uppsala
Prof Lars Werkö, Stockholm
Distr öl Kjell Lindström, Habo
Distr öl Mats Sjökvist, Västerås

Torsdag em TEMA:

"Prevention och kvinnor"

PANEL: Prof Calle Bengtsson
Institutionen för allmänmedicin,
Göteborg
Dr Cecilia Björkelund
Studenthälsan, Uppsala
m fl

Fredag fm+em TEMA:

"Frisk eller sjuk av arbete?"

PANEL: Panelen leds av professorerna
Christer Edling, Yrkesmedicinska
Institutionen, Uppsala och
Bengt Scherstén, Dalby

Socialt program

Onsdag: På kvällen "Get together" på Västerås jazzklubb "Village"

Torsdag: Galamiddag med dans på Stadshotellet i Västerås

Fredag: Middag med dans på Sundbyholms slott, Eskilstuna

Ledsagare Speciellt program finns på torsdag och fredag liksom för samtliga som stannar till lördag

Anmälan Preliminär anmälan görs till sekretariatet varefter fullständigt program och kompletterande information om bl a resor, hotell m m översändes

Sekretariat SFAMs höstmöte 1990
c/o Kullman
Spettvägen 8
633 69 Eskilstuna
tel 016-262 87

Välkommen!

BIAN ANDERSSON · CHRISTINA FABIAN · SVEN KULLMAN ·
JERZY LEPPERT · GÖRAN MÅWE · MOA VLASTOS

En jämförelse av patienters och läkares kommentarer av videoinspelade läkarbesök

ELISABETH ARBORELIUS · TOOMAS TIMPKA

Syftet med föreliggande studie var att jämföra patienters och läkares kommentarer när de ser videoinspelade läkarbesök. 46 videoinspelningar av läkarbesök gjordes på fyra vårdcentraler. Sammanlagt deltog 12 distriktsläkare och 46 patienter. Efteråt fick patienterna och läkarna – vid olika tillfällen – se inspelningarna och spontant kommentera dessa.

Det är stor skillnad mellan patienters och läkares kommentarer om upplevelser av ett läkarbesök. Skillnaden avspeglar deras olika roller och asymmetrin i situationen. Patienterna förefaller ha ett relationsorienterat perspektiv, medan läkarna har ett mer instrumentellt.

En nyckelfaktor för interaktionen mellan patient och läkare tycks vara förmågan att uppnå samstämmighet, att kommunicera utifrån samma våglängd. En distriktsläkare uttryckte det som att "hitta samma melodi".

Nyckelord: Läkare–patientrelationer, forskning, kommunikationsvärdigheter.

"Ibland om båda personerna är villiga att lyssna noga, är det möjligt att göra mer än att utbyta hälsningar och välgångsönskingar. Till och med göra mer än att utbyta information. De båda personerna kan t o m lära sig någonting som ingen av dem visste tidigare.

Om samtal: Bateson 1972 (1).

Bakgrund

I tidigare forskning har man visat på att brister förekommer i patient-läkare-relationen (2–11). Korsch m fl (2) visade i sin undersökning av 800 inspelade läkarbesök att en fjärdedel av patienterna var missnöjda med läkarens brist på vänlighet och värme, bristande förståelse, bristande hänsyn till deras bekymmer och förväntningar samt brist på begriplig information. En fördjupning av dessa resultat bekräftades i Korsch och Negretes undersökning 1972. Ley (6) studerade sambandet mellan satisfaction, compliance och kommunikation. Han fann klara samband mellan patienternas tillfredsställelse och utsträckningen i vilken de tyckte sig ha fått god infor-

mation samt det omvända förhållandet. Han fann också att patienterna (till 2/3) inte talade om de förväntningar de hade på läkaren och att patienterna till stor del (3/4) inte berättade om sitt största bekymmer. I en litteraturöversikt påvisar Matthew (7) att graden av tillfredsställelse med läkarbesöket mycket handlar om ömsidig förståelse mellan patienten och läkaren, vilket leder till att patienter som är mer lika läkaren med avseende på sociodemografiska variabler också blir bättre bemötta. Liknande resultat kom Bain fram till i tidigare undersökningar (4–5). Bristerna i kommunikation, speciellt på grund av sociala barriärer, har fördjupats i undersökningar av Waitzkin (10). Flera forskare (8–9, 11) betonar också asymmetrin och maktfaktorer i läkar-patient-relationen som orsaker till kommunikationsbrister som t ex missförstånd mellan patienten och läkaren.

Hittills har forskare i huvudsak dragit slutsatsen att "lösningen" på problemet är att träna läkarna i kommunikationsförmåga. Det visar sig emellertid att endast få studier genomförts för att utvärdera effekterna av en sådan träning och att resultaten från de studier som likväl genomförts visar att träning inte lett till en förbättrad patient-läkare-relation (12–16). Dessa resultat tyder på att svårigheterna, när de uppkommer, i patient-läkare-relationen är mycket komplexa.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att jämföra läkares respektive patienters kommentarer av videoinspelade läkarbesök för att därigenom öka förståelsen av processen i patient-läkare-relationen. Vi har eftersträvat att renodla frågeställningen såtillvida att vi studerar dessa kommentarer utan att blanda in vad som faktiskt har inträffat, dvs utan att studera interaktionen på videobanden parallellt med läkarnas och patienternas kommentarer/upplevelser.

Videoinspelningar gjordes av 46 läkarbesök på fyra vårdcentraler. Patienter (23 manliga och 23 kvinnliga) från 20–97 år deltog tillika med 12 erfarna distriktsläkare. En kort tid efteråt fick varje läkare respektive patient titta på "sin" videoinspelning och spontant kommentera denna. Samtliga kommentarer spelades in på ljudband (tidpunkten på videobandet markerades) och skrevs ut av sekreterare; ca 200 A4-sidor).

Den metod vi använde oss av utgick

från Frankel och Beckmans (17), men har modifierats för våra ändamål. Patienternas respektive läkarnas kommentarer har bearbetats med kvalitativa metoder (18).

Metodik

Vi har använt följande tre tillvägagångssätt att jämföra patienters och läkares kommentarer:

- jämförelser av *innebörden* i patienters respektive läkares kommentarer (20–21).
- bedömningar av *överensstämmelsen för varje läkarbesök* utifrån ett *helt perspektiv* mellan patienters respektive läkares kommentarer.
- bedömningar av *överensstämmelsen av innehållet vid samma tidpunkt* mellan patienters respektive läkares kommentarer.

Resultat

Jämförelser av patienters och läkares kommentarer i respektive begreppskategorier

Kontakten med patienten respektive kontakten med läkaren

Denna kategori skiljer sig såväl till kvalité som kvantitet mellan patienternas och läkares kommentarer. För patienterna är kontakten med läkaren det som kommenteras allra mest (2/3 av kommentarerna), medan samma typ av kommentarer endast till ringa del framhålls av läkarna. När patienter talar om kontakt med läkaren handlar det om ett stort och viktigt behov av mänsklig kontakt, att läkaren "bryr sig", och engagerar sig personligt i patienten. Parallellt uttrycks ibland också en önskan att kontakten skall vara sådan med läkaren som med bästa vännen.

När läkaren talar om kontakten med patienten är ett genomgående tema patientens förmåga att ge bra och adekvat information till läkaren. Sådana patienter upplever sig läkaren ha bra kontakt med, "patienten ger bra kontakt, hon är så lätt, ger tydlig och bra information".

Men när läkarna talar om sådant de upplever kan vara svårt för patienten, nämns "att känna sig avvisad" och att "uppleva sig inte få tillräckligt med tid".

Den information patienter ger

Fler olika begreppskategorier går in under detta begrepp. För läkarens del: svårigheter att förstå patienten, att sortera den information som patienten

ger, att samtalet går trögt och tar tid och upplevda brister och svårigheter i samtalsmetodiken. Kontentan av läkarnas kommentarer är känslan av att inte förstå sig på patienten; att inte förstå vad patienten menar. Det är troligt att läkarnas upplevda svårigheter i samtalsmetodiken och att samtalet går trögt och tar tid är en följd av att man inte förstår vad patienten egentligen är "ute efter".

Patienterna själva kommenterar sina svårigheter att ge korrekt information som att det är svårt att förklara hur man känner, svårt att svara korrekt på läkarens frågor, svårt att hitta de rätta orden, att man lätt blir ställd etc.

Den information läkaren ger

Patienterna kommenterar både exempel på när läkaren ger bra information och när han inte gör det. I sistnämnda fall handlar det vanligen om bristande information. När läkarna kommenterar samma ämne handlar det om samma saker, dvs läkarna talar om egna brister i kommunikationen dvs att de själva förklarar dåligt, inte svarar på frågor etc. De visar också insikt i att patienter kan uppleva deras information som oklar.

När det gäller den information som läkaren ger tycks således patienternas och läkarnas kommentarer vara i överensstämmelse med varandra.

Patientens respektive läkarens agerande

Patienterna kommenterar betydelsen av att läkaren utgår från just patienten och ger flera exempel på hur läkaren agerar från en sorts överläge med patienten. Läkarna å sin sida kommenterar ett fåtal fall då de upplevt patientens beteende som ett störningsmoment; patienten är lite nonchalant eller förvirrar läkaren i sitt sätt i samtalet. Det är emellertid tydligt att dessa "störningar" inte inger känslan av att patienten agerar från ett överläge gentemot läkaren alternativt nedvärderar läkaren utan snarare ger upphov till en viss irritation.

Tidigare kännedom om patienten respektive läkaren

Den patient som berättar att hon har en negativ förhållning till läkaren tenderar i sina kommentarer att se alla läkarens beteenden i svart. Hon säger emellertid i slutkommentaren: "Jag upplevde doktorn som bättre på filmen här än jag upplevde honom i verkligheten". Förhandsinformationen försvårade uppenbarligen kommunikationen mellan patienten och läkaren. Läkaren upplevde emellertid inga problem.

Läkarna ger flera exempel på tidigare kännedom om patienten. I ett av fallen har läkaren privat kännedom om patienten av ett sådant slag att

konsultationen – för läkarens del – känns mer komplicerad. I ett annat fall väcker patienten till liv ett trauma läkaren upplevt hos nära vänner, vilket i viss mån påverkar hans agerande mot patienten under konsultationen. I dessa båda fall är det en klar inkongruens mellan läkaren och patienten; patienten är nöjd med konsultationen men inte läkaren. Förhandsinformationen synes ha försvårat kontakten.

Vilka kommentarer saknar ömsesidighet?

Beträffande patienternas kommentarer finns några begreppskategorier, som inte har någon motsvarighet i läkarnas kommentarer:

- Medicinsk osäkerhet
- Läkaren tar för lite ansvar
- Oro att inte få det man vill
- Föreställningar om hälsa, sjukdom och behandling

Det ligger nära till hands att sammanfatta dessa kategorier som tillhörande läkarens medicinska kunnande. Man kan göra tolkningen att patienterna är utelämnade till läkarens medicinska kunnande och därmed sammanhängande makt.

En viss motsvarighet i läkarnas kommentarer kan man se i den medicinska osäkerhet som kommer till uttryck som "informationsdilemmor", beskrivna i särskilda studier (22–23).

I läkarnas kommentarer finns en enda kategori utan motsvarighet hos patienterna: svårigheterna att skriva/bläddra i papper under patientens besök. I den påståendelista där patienterna kryssar för påståenden de instämmer i, finns påståendet "jag stöddes av att doktorn bläddrade i papper under vårt samtal". Inte en enda patient kryssade för detta.

Överensstämmelsen för varje läkarbesök mellan patientens respektive läkarens kommentarer

Enligt kommentarerna är patienter och läkare överens i sina tolkningar av hur konsultationen avlöpt i 4 fall av 5 (Tabell 1).

Flera frapperande exempel på överensstämmelse beträffande metakommunikationen kan noteras: Patienten irriterar sig på läkarens (som representant för gruppen läkare) bristande kunskaper beträffande ryggar och

ryggont; läkaren irriterar sig på patientens (patienten som representant för gruppen patienter) beteende att söka för just denna typ av symptom. Ett annat exempel gäller en patient som fäller många kritiska kommentarer och allmänt negativa påståenden om konsultationen. Läkaren å sin sida kommenterar flera yttre störningsmoment under konsultationen, irriterar sig på sin långsamma takt samt associerar plötsligt till en litterär skildring av ett barn som skrämde vid ett läkarbesök.

Ett typexempel:

Patienten: "Ja, jag vet inte vad jag tycker ... Det är klart att det är ju värst första anblicken och ... rösterna är ju värst! Men ... om du menar vad jag tycker om doktorn så ... jag tycker att ja, ja jag ... Jag har väl egentligen aldrig träffat några läkare som jag liksom inte har kommit överens med kan jag inte komma ihåg utan att ... Sedan träffar man ju nån som är fantastiskt underbar som man minns särskilt mycket och det är precis som man träffar någon bekant första gången man ser dom och ... Jag minns det var en i Östersund." ... (en detaljerad beskrivning fortsätter kring kontakten med denna läkare).

Läkaren: "Nej. Jag kan väl säga något om hela projektet så att säga. Det här kan kanske vara bra ... jag ser fram emot om det är något som ni ser som inte jag ser för man är ju hemmablind. Annars så tycker jag ju generellt att när man ställer upp på ett sånt här forskningsprojekt är det lite retfullt när man har mycket här och på mottagningen så här stjäld tid därför att när vi då bestämde oss för ... (detaljerad beskrivning fortsätter kring kritik mot inspelningarna och forskningsprojektet).

I detta fall väljer både patienten och läkaren att tala om något annat än den

Tabell 1. Överensstämmelse och icke-överensstämmelse, A resp D, (Agreement/Disagreement) i läkarens och patientens kommentarer för varje läkarbesök; N=46.

	Frekvens
A+ Båda parter har ett positivt intryck av läkarbesöket	12
A- Båda parter har ett negativt intryck av läkarbesöket	13
A° Båda parter har såväl ett positivt som ett negativt intryck av läkarbesöket	
alternativt ett mer neutralt förhållningssätt	8
D Parterna har olika intryck av konsultationen	9
? Endera partens kommentarer är så pass intetsägande eller artigt neutrala och därför inte möjliga att bedöma.	4

jußt pågående konsultationen. Denna typ av kommenterande säger naturligtvis något om kommunikationen mellan patienten och läkaren.

Överensstämmelse av innehållet vid samma tidpunkt mellan patienters respektive läkares kommentarer

Ett fåtal (14%) av alla kommentarer behandlar samma ämne och ligger inom samma tidsintervall (15 sek). Av dessa klustrade kommentarer visar det sig att i endast en femtedel av fallen har läkaren och patienten samma perspektiv och samma uppfattning om det de talar om. De klustrade kommentarerna är således i överensstämmelse (agreement) till 20% och i icke-överensstämmelse (disagreement) till 80%.

Exempel på överensstämmelse (agreement):

0.11.41 Pat: "Ja här, här säger han ju att med tanke på din far så tar vi det här och det där provet. Där skulle... där känner jag direkt en liten oro när jag hör honom säga det här för jag tänker då "vad är det nu" liksom, "är det ärftligt" och det skulle jag nog vilja ha en utförligare förklaring av va. Kan det här... Jag tror jag frågade honom någonting om det här efteråt, det kanske kommer nånting."

0.11.45 Dr: "Det var en oerhörd blunder jag gjorde att säga detta för att oroa honom, jag hade bara behövt ta provet men jag tänkte mig inte för..."
(Bedömning A-)

0.59.59 Pat: "Det är konstigt, man har inga kommentarer till det där egentligen, för att... Jag, jag vet inte – jag upplever det inte som att jag skulle behöva kommentera."

1.00.00 Dr: "Det är lite irriterande eller genant ibland, när man inte kommer på vad man ska säga härnäst. Då får man kallprata lite för att vinna tid."
(Bedömning: A-)

Diskussion

Vi har velat studera patienters och läkares upplevelser av läkarbesök genom att låta dem kommentera videoinspelade konsultationer. Vi har i tidigare studier inom detta projekt visat på att en mycket viktig nyckelfaktor för patienterna är den medmänskliga kontakten, medan det för läkarna är svårigheten att riktigt förstå patienten.

I denna studie har vi jämfört patienters och läkares kommentarer för att därigenom få underlag för att bättra

förstå kommunikationsbristerna i patient-läkare-relationen. Utgångspunkten i jämförelserna har varit vad vi uppfattat som skillnader i innebörden i kommentarerna.

Innebörden i kontakten mellan parterna synes vara diametralt olika. För patienten är den rent medmänskliga kontakten med läkaren mycket betydelsefull. För läkaren är kontakten med patienten relaterad till dennes förmåga att ge adekvat och tydlig information. Konkret kommer skillnaderna till uttryck i yttranden som: "kan prata om allt, han lyssnar verkligen" (patient) respektive "hon har lätt för kontakt och ger information som hon tror är relevant, och det var den verkligen" (läkare).

Största delen av patientens kommentarer berör just kontakten med läkaren. Men även i kommentarer som berör information eller läkares agerande finns ett relationsorienterat perspektiv. När det t ex gäller kommentarer med en medicinsk innebörd finns ofta också en innebörd av bristande förtroende, kan man verkligen lita på de besked doktorn ger etc. När patienten upplever läkares uppträdande negativt, är detta inte något som han kan distansera sig till. Istället synes patienten uppleva detta som personligt riktat mot honom själv, och i dessa fall kan läkares uppträdande få innebörden av något som förnedrar patienten eller känslan av att läkaren agerar utifrån ett överläge mot patienten.

Många gånger kan man i patientens kommentarer utläsa en känsla av beroende och utelämnande. Konkret kan det t ex komma till uttryck genom oro att inte få en viss medicin, eller att man måste försvara sig mot misstankarna att läkaren skall tro att man simulerar.

Assymetrien i situationen, patientens underläge och beroende gentemot läkaren, belyses i patientens kommentarer. Som framkommer av kommentarerna handlar det om en känsla patienterna upplever, men denna har också en reell motsvarighet. Läkaren är den enda person som besitter rätten – makten att skriva ut medicin, att sjukskriva etc.

Läkaren upplever sig inte utelämnad personligen på motsvarande sätt som patienten. Men som framgår av dennes kommentarer tycks emellertid läkaren uppleva något som man skulle kunna tolka som ett utelämnande till patienten på ett yrkesmässigt sätt. Läkaren är beroende av den information patienten ger honom om sina symptom för att kunna fylla den uppgift som förväntas av honom: att ställa diagnos och fatta beslut om eventuella åtgärder. Läkaren upplever svårigheter att förstå patienten; d v s förstå vad det patienten säger har för innebörd etc. Det försvårar sannolikt för läka-

ren att ställa diagnos och fatta beslut om eventuella åtgärder.

Flera kommentarer återspeglar den osäkerhet läkaren känner också om patienten synes ge honom adekvat information och inte undanhåller väsentliga fakta. Detta kan i sin tur leda till svårigheter för läkaren att sortera den information han får från patienten, att veta hur han ska hantera samtalet med patienten etc. I läkares kommentarer kan man indirekt utläsa en känsla av utelämnande eller maktlöshet. Det är tydligt att beroendeförhållandet är ömsesidigt, att läkaren också i sin tur är beroende av patienten, även om detta beroende inte har samma starka eller personliga innebörd som för patienten.

Jämförelsen av läkarnas och patienternas kommentarer kan sammanfattas så att patienterna under läkarbesöket är mer relationsorienterade, medan läkarna är mer instrumentellt orienterade. Denna tolkning är i överensstämmelse med en studie av Todd (9) som påpekar hur patientens indirekta sätt att tala om sociala frågor förvandlas till medicinska frågor hos läkaren. Man kan också uttrycka det så att läkarbesöket kanaliseras för patienten personliga och medmänskliga behov, medan det för läkaren kanaliseras yrkesmässiga behov. För patienten är det möjligt att kanalisera sådana behov under det fåtal läkarbesök han/hon årligen gör, medan det för läkaren skulle vara en omöjlighet att i varje enskild konsultation lägga ett verkligt personligt engagemang.

En nyckelfaktor för interaktionen mellan patient och läkare tycks vara förmågan att uppnå samstämmighet, att kommunicera utifrån samma våglängd. En distriktsläkare talar om att hitta samma melodi, en annan om att förstå en dikt, antingen förstår man den som en helhetsupplevelse eller förstår man den inte. Tannen (21) betonar att det är den delade upplevelsen i konversationsstrategier som skapar känslan av tillfredsställelse som följer av en lyckad konversation, känslan av att ha blivit förstådd, "att vara på samma våglängd". Matthew (7) menar att den ömsesidiga förståelsen påverkas av delad kunskap, förmåga att kommunicera om intressen samt hur väl parternas sociala värld är ömsesidigt kända för den andra parten. Enligt Matthews handlar socialt samförstånd mycket om att dela gemensamt språk och koder. Korsch och Negreto (3) fann att de tidsmässigt längsta konsultationerna verkade innebära att tiden gick åt till att komma över bristerna i den dåliga kommunikationen; läkaren och patienten ägnade tiden åt att försöka komma till samma våglängd. Aronsson och Säterlund-Larsson (22) har bl a använt dansen som symbolik för interak-

tionen mellan patient och läkare: "As in dance, medical decisions are very much the joint products of mutual moves and actions. Immobility or heavy-footed moves by one party result in a poor joint performance. Conversely, not only a skilful dancer but also an agile and perceptive follower is necessary for a good performance".

Avslutande kommentar

När vi jämför läkares och patienters kommentarer finner vi att för patienterna tycks en nyckelfaktor vara den medmänskliga kontakten med läkaren, medan motsvarande nyckelfaktor för läkarna tycks vara svårigheter att riktigt förstå patienten. Patienterna förefaller ha ett relationsorienterat perspektiv, medan läkarna har ett mer instrumentellt. Det finns ett maktförhållande mellan parterna som medför ett beroende-förhållande. Patienten är beroende av läkaren för att få viktiga behov uppfyllda: allt från en viss medicin till ett medmänskligt bemötande. Läkaren är beroende av patienten för att kunna utföra sin uppgift som läkare: ställa diagnos och fatta beslut. I detta fall är han helt beroende av patienten som är den enda som kan ge honom information. Men för läkaren har detta beroende-förhållande inte lika stark och personlig innebörd som för patienten – det ligger på ett mer yrkesmässigt plan.

Vi kommer att följa upp dessa studier om patienters och läkares kommentarer och relatera dessa till förlopp som vi kan studera i videospelningarna.

Referenser

1. Bateson G. Steps to an Ecology of Mind. New York: Ballantine books edition, 1972.
2. Korsch B, Gozzi E, Francis V. Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 1968;42:855-71.
3. Korsch B, Negrete V. Doctor-patient communication. *Sci Am* 1972;227:66-74.
4. Bain D. Doctor-patient communication in general practice consultations. *Med Educ* 1976;10:125-31.
5. Bain D. Patient knowledge and the content of the consultation in general practice. *Med Educ* 1977;11:347-50.
6. Ley P. Satisfaction, compliance and communication. *Br J Clin Psych* 1982;21:241-54.
7. Matthews J. The communication process in clinical settings. *Soc Sci Med* 1983;17:1371-8.
8. Fisher S. Institutional authority and the structure of discourse. *Discourse Processes* 1984;7:201-24.
9. Todd A. The prescriptions of contractions: negotiations between doctors and patients. *Discourse Processes* 1984;7:171-200.
10. Waitzkin H. The micropolitics of medicine: a contextual analysis. *Int J Health Serv* 1984;14:339-78.
11. West C. Medical misfires: mishearings, misgivings and misunderstandings in physician-patient dialogues. *Discourse Processes* 1984;7:107-33.
12. Duffy D, Haberman D, Cohen M. Communication skills of house officers. *Ann Intern Med* 1980;93:354-7.
13. Freidin R, Goldman L, Rosellen C. Patient-physician concordance in problem identification in the primary care setting. *Ann Intern Med* 1980;93:490-3.
14. Wolraich M, Albanese M, Reiter-Thayer, Barratt W. The effects of medical information and extent of training on the interviewing skills of medical students. *Annu Conf Res Med Educ* 1981;20:9-15.

15. Epstein A, Taylor W, Seage G. Effects of patients' socioeconomic status and physicians' training and practice on patient-doctor communication. *Am J Med* 1985;78:101-6.
16. Holm U. Empati i läkar-patientrelationen. En teoretisk och empirisk analys. Uppsala: 1985. Uppsala studies in education. (Dissertation 24.)
17. Frankel R och Beckman H. Impact: An interaction-based method for preserving and analyzing clinical transactions. In Pettigrew L (Ed) *Straight Talk: Explorations in Provider and Patient Interactions*. Nashville, Tennessee, 1982.
18. Patton M. Qualitative evaluation methods. London: Sage Publ, 1980.
19. Timpka T, Arborelius E. Study of the practitioner's knowledge need and use during health care consultations. Theory and method. Insänd till *Medical Informatics* 1989.
20. Timpka T, Arborelius E. The dilemma spectrum of the GP. *Methods of Information in Medicine* 1989 (in press).
21. Tannen D. Indirectness in discourse: Ethnicity as conversational style. *Discourse Processes* 1984;7:221-38.
22. Aronsson K, Sätterlund-Larsson U. Politeness strategies and doctor-patient communication. On the social choreography of collaborative thinking. *J of Language and Social Psychology* 1987;6:1-27.

Författarpresentation

Elisabeth Arborelius* är docent i psykologi och forskare vid Institutionen för Samhällsmedicin.

Thomas Timpka är med dr och läkare.

* Postadress: Hälsouniversitetet, 581 85 Linköping.



Dagboken

4/11

Söndag morgon. Vaknar genomförd med ett huvud som känns som en stor pumpa. Det blir något bättre när maken serverar frukost på sängen. Han har väl dåligt samvete för att ha smittat mig efter att ha varit bortrest i två veckor!

Förmiddagen går som i dvala, men jag ställer naturligtvis inte in min jourtjänstgöring på kvällen på akutmottagningen på Uddevalla sjukhus. Där upplever jag mig vara mer sjuk än många av de patienter som söker. Under kvällen diskussioner med personalen om att allmänläkarna får gå hem klockan 23.00, för att sedan resten av natten ha beredskap i hemmet. Personalen anser att vi bör finnas på sjukhuset för att förbereda de patienter som kommer in under natten till specialister. Mycket få av de patienterna kan dock färdigbehandlas av oss. Då

vi är alltför få distriktsläkare redan under dagtid i området, tycker jag att detta är ett orimligt krav.

5/11

Helledig dag, som inbegriper en tur i skogen med vår relativt nyinköpta häst. Det är avslappnande när man väl kommer ut, men innebär också ytterligare något som måste tas om hand och något som man måste organisera skötseln av. Tyvärr tröttnade mina tonårstvillingar på ridning i samband med att vi köpte hästen, men maken har dock satt igång att rida, vilket är desto mer positivt. På kvällen förberedelser för klinkmötet nästa dag som jag och min kollega på vårdcentralen skall hålla i.

6/11

Mottagning hela dagen med avbrott för lunch med läkemedelsrepresentant. På kvällen klinikmöte om hur vi handskas med riskfaktorer för hjärt-

kärlsjukdomar. Efter att ha varit på ett föredrag som hypertoni-föreningen hållit, fick jag genast dåligt samvete för hur illa vi tar hand om våra hypertoniker, diabetiker och andra hjärt-kärlsjuka patienter. Vi planerar nu att i första hand göra en ordentlig riskfaktortanalys. Mötet avslutas med en trevlig supé, då man också får tillfälle att avslappat tala med sina kolleger, vilket vi sällan hinner med under arbetsveckan.

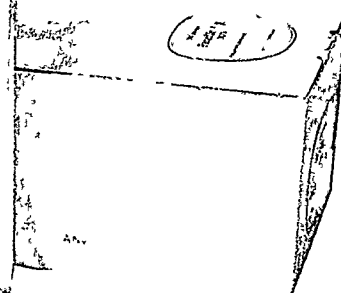
7/11

Mottagning på förmiddagen. På eftermiddagen först handledning för en psykolog. Jag och fem andra allmänläkare i Uddevalla får sedan tre år tillbaka utbildning och handledning i psykoterapi. De patienter det gäller är ryggsjuka, långvarigt sjukskrivna. Resultaten har varit fantastiska. Gruppträffarna har också inneburit stora för-

Vi känner till **TVÅ**
bra sätt att hålla
läkemedelskostnaderna
nerre....



...och vi kan
erbjuda båda.



SVENSKA

LÄKEMEDEL AB

Skeppsbron 24, 111 30 Stockholm. 08-24 12 12

ändringar i hur vi hanterar av andra patientgrupper och för oss själva. Bland annat har jag lärt mig att lite mer kunna säga nej. Mitt besök hos handledaren blir dock kort idag – jag skall till tandläkaren och återigen försöka åtgärda en av de många tänder jag bitit sönder på grund av allt för mycket spänningar i käkmuskulerna. Nästa vecka ska jag göra något verkligt radikalt, nämligen börja i avslappningsgrupp och lära mig autogen träning. Bättre sent än aldrig!

Efter tandläkaren snabbt till arbetsförmedlingen, där jag är förtroendeläkare sedan tre år tillbaka. Mycket lärorikt, men det är ibland frustrerande att se hur ensidigt patienterna hantaras, utan helhetssyn, i sjukvården.

Klockan 18.00 skall tvillingarna hämtas från sin dramagrupp och skjutas till ridlektion. Jag har tid (efter att i smyg ha inhandlat lite fast food, kebab) sitta med och se på deras teaterträning. Naturligtvis under tiden flitigt stickande på julklappen till min nittonåriga son.

8/11

Läkemedelsinformation på morgonen, hyperkolesterolemi ånyo. Därefter mottagning under större delen av dagen. Flera positiva förtroenden och tacksamhet från patienterna för kontinuiteten. Jag har ju snart jobbat tio år på samma vårdcentral, med ett upptagningsområde på 6500 invånare. Men förtroenden kan också skapa problem. Vad gör man när hustrun varit och berättat om makens missbruk ("men du får inte säga att jag har sagt något") och sedan kommer maken och förnekar å det bestämdaste att han ens dricker en lättöl eller cider?

På eftermiddagen besök på den nyöppnade flyktingförläggningen i distriktet. Den har vållat oss mycket bekymmer de sista veckorna. 150 flyktingar från huvudsakligen Iran, Öst-

europa och Turkiet, som alla mår dåligt. Det finns bara en föreståndare och en vaktmästare som kan stötta och ta hand om dem. Kanske vår huvudsakliga uppgift är att stötta föreståndaren?

Hemma klockan 17 och får tid för en pratstund med sonen, innan döttrarna dyker upp från musikundervisningen, hemforslade av sin pappa. Kvällsmat och läxförhör innan jag ger mig av till min ridlektion. Det känns motigt att ge sig av, jag är alltid så trött på onsdagar, men efteråt återigen full av entusiasm när ridgruppen dricker kaffe och diskuterar hur bra eller dåligt vi ridit och annat som inte har med sjukvård att göra.

9/11

Mottagning på förmiddagen. Flera samtalspatienter och ett parsamtal. Min manliga kollega påpekar att jag har många samtalspatienter. Kanske blir mina patienter samtalspatienter, även om de från början sökt för somatiska besvär? Jag ser andra problem bakom. Är det jag som vinklar alltför mycket mot psykosomatik?

Lunch tillsammans med dagsjukvårdspatienterna, vilket är ett utmärkt tillfälle för diskussioner kring kost, smärta, sömnsvårigheter och livet i allmänhet. Jag får många bra tips av patienterna. Därefter ytterligare kontakt med två kvinnor med smärtor och trötthet, symptom som till stor del beror på alltför stor psykosocial belastning. Jag kan i alla fall hjälpa dem med sjukskrivning, att lyssna och att försöka få kommunen att ställa upp mer.

10/11

Första patienten har en tung journal med många kontakter på grund av somatiska problem, trots att hon bara är 22 år gammal. Det senaste året har hon gått i samtalsterapi hos mig (och jag har haft förmånen av handledning

även här) och samtidigt har hon gått i psykiatrisk dagvård. Man ser nu stora förändringar. Det är mycket spännande att få vara med och följa henne. Skolmottagning för låg- och mellanstadiet är alltid stimulerande och för det mesta roligt, men också tungt med barn som far illa, till exempel i samband med skilsmässor.

Läkarmöte på vårdcentralen för att diskutera våra arbetsformer, bland annat en rehabgrupp lokalt på vårdcentralen. Varför kan vi avsluta arbetet i tid när vi ska med en buss, men inte när vi ska ha ett möte mitt i förmiddagsarbetet?

Tidigare har vi nästan uteslutande varit kvinnlig personal och ofta korttidsanställda läkare på vårdcentralen. Nu finns plötsligt tre män med mig som chef på läkarsidan. Jag har aldrig tidigare tyckt att det varit något problem att vara kvinnlig läkare eller chef. Men varför ringer föreståndaren på flyktingförläggningen till min manliga kollega och inte till mig, när han har problem?

Fredagsluncherna äts tillsammans med övrig personal på mottagningen. Mycket trivsamt. Därefter har jag planerat ledig eftermiddag, men högarna har växt och eftersom jag inte längre tål stressen att veta att jag har många patienter som väntar på att bli uppringda, stannar jag ytterligare en timme innan jag ger mig av hem för en ridtur ut i den härliga naturen.

Fredagskväll – familjekväll – med god mat och prat. Arbetsveckan är över, eller borde vara det. På natten drömmer jag mardrömmar om en familj, som bekymrar mig. De behöver parsamtal, men var få tid för detta? I drömmen jagar de mig och vill bara prata ...

Susanne Londré, distriktsläkare

Postadress: Ljungskile vårdcentral, Arendalsvägen 4, 459 00 Ljungskile.

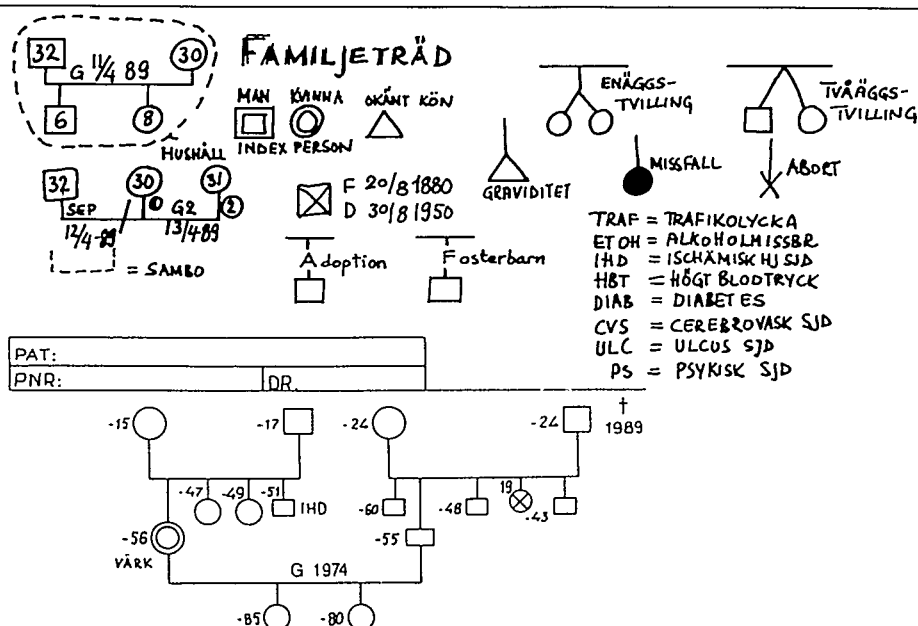
LBO 8789

Familjeträdet – än en gång!

I min artikel om familjemedicin i AllmänMedicin nr 3/1990, hade tyvärr den korrekta illustrationen till familjeträdet förkommit. Här kommer den i korrekt skick.

Kom ihåg att rita trädet i minst tre generationsnivåer, så att du inte gör patientens tolkning till din egen och att samtalet kring trädet relateras till patientens problem eller bekymmer.

Hans Thörn



Att förhindra sjukdom eller att befrämja hälsa

– två olika utgångspunkter för förebyggande arbete

GÖRAN WESTMAN

Ämnet allmänmedicin introducerades relativt sent i Sverige jämfört med de andra nordiska länderna. Först under 1980-talet blev ämnet självständigt vid de medicinska fakulteterna. Under samma tid fick Sverige också en ny hälso- och sjukvårdslag som antogs av riksdagen 1983. Både lagen och det nya ämnet omfattas av tankar kring medicinskt förebyggande arbete. Praktiska erfarenheter av förebyggande verksamhet inom svensk allmänmedicin. Teoriutvecklingen har emellertid bara börjat. I artikeln presenteras en modell för undervisning i ämnet allmänmedicin som inte bara tar upp prevention som förhindrande av sjukdom (disease prevention) utan också befrämjande av hälsa (health promotion).

Nyckelord: Allmänmedicin, utbildning, prevention

Bakgrund

Den hälsopolitiska debatten under 1980-talet påverkades av bland annat manifest och uttalanden av världshälsoorganisationen. Dessa har sedan fått effekt på sjukvårdslagstiftningen i många länder. I vårt land kom en ny hälso- och sjukvårdslag 1983, där förebyggande vård togs upp som ett ansvarsområde. Några år har gått och viss praktisk erfarenhet har vunnits. Teoriutbildningen kring förebyggande arbete har emellertid varit svag.

Under 1980-talet introducerades ämnet allmänmedicin i grundutbildningen av läkare. På samtliga universitetstyper finns i dag en kurs i ämnet, där de studerande får möjlighet att under handledning sammansmälta tidigare förvärvade kunskaper i mötet med människor i öppen vård. En integration av tidigare prekliniska och kliniska kunskaper eftersträvas och de sätts in i ett yttre sammanhang bestående av patienters närmiljö, familj och samhälle.

För att ge stöd åt de studerandes tankar och idéer och för att avgränsa ämnesinnehållet, utvecklades en modell för undervisningen i ämnet allmänmedicin vid Umeå universitet. Modellen måste vara total-fullständig,

det vill säga ta med allt som omfattas av ämnet utan att därför hävda, att man som student behöver kunna allt. Att allt är möjligt i mötet med människor är däremot en realitet.

Modellen bör också vara sammanhållen så att såväl kurativa som preventiva inslag integreras. Den sammanhållna funktionen medför, att ämnesområdet inte blir en summa av olika delspecialiteter utan ett ämne i sig. Framför allt tillämpningen av biomedicinska kunskaper i mötet med människor gör ämnet unikt. Ursprunget för modellen ligger i de problem och den ohälsa som kan vara upptakten till en sjukdomsutveckling och inte dess ändpunkt, det vill säga manifesta sjukdomar.

Syftet med denna framställning är att presentera en modell för undervisning i ämnet allmänmedicin i läkarutbildningen, som lyfter fram det preventiva inslaget i allmänläkarnas praktik.

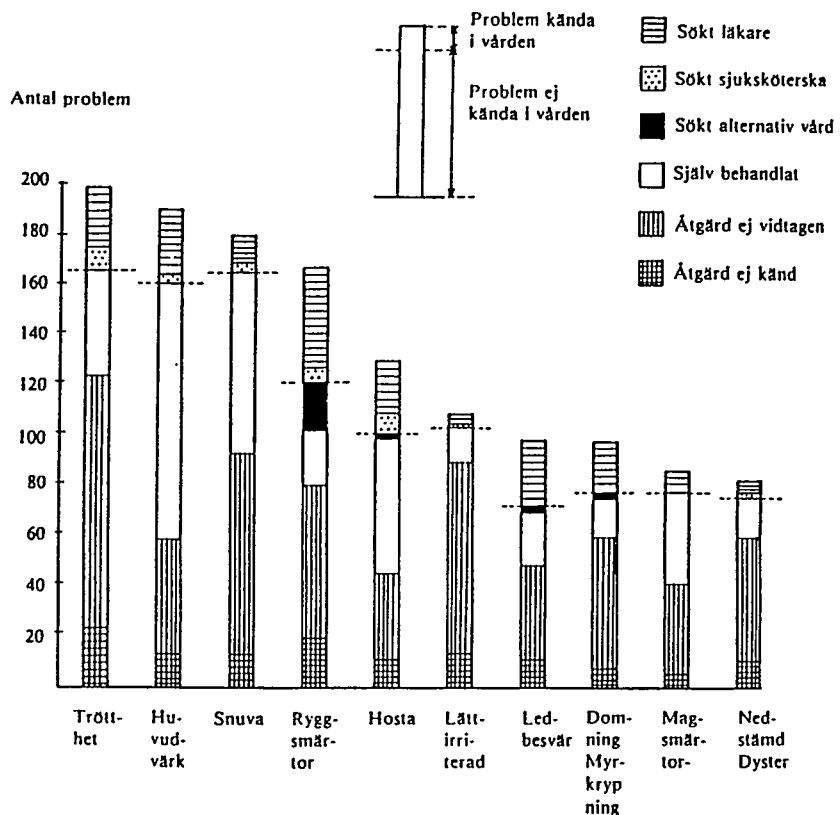
Allmänläkarvårdens vad och hur

Allmänläkarnas verksamhetsfält kan beskrivas utifrån vad det består av och hur det tillämpas. Frågan vad kan be-

svaras med att knyta nya kontakter och att kontinuerligt medverka i vården av kroniskt sjuka och handikappade människor. Det finns således inslag av det som är nytt och oväntat, och det som är välkänt och beprövat. Frågan hur handlar om att utveckla patienters deltagande och självständighet i vård och behandling. Allmänläkarens åtgärder och handläggning får ett sjukdomsförebyggande inslag som syftar till att utveckla patienters förmåga att välja hälsosamma lösningar på sina problem. Svaren på frågorna vad och hur måste ses som en integrerad enhet. De kan inte betraktas fristående eller behandlas var för sig.

Ohälsans handläggning

Allmänläkaren möter många typer av hälsoproblem. En del av dessa kan av en sjukhusspecialist uppfattas som banaliteter eller frånvaro av sjukdom. Tvärsnittsundersökningar har visat, att många människor upplevt ett flertal symptom och besvär under en begränsad tidsperiod [1]. Dessa besvär har ofta föranlett ett flertal olika åtgärder (Figur 1). Eftersom sådana undersökningar är ögonblicksbilder, kan



Figur 1. Åtgärder vid de vanligaste förekommande hälsoproblemen under en 3-månadersperiod.

man bara ana den process som ligger bakom det faktum att etablerad vård kontaktas i mycket ringa omfattning.

Två perspektiv

Många av kontakterna i allmänläkarvård är ett konglomerat av symtom som magsmärtor, bröstsmärtor, huvudvärk, domningar eller myrkrypningar förenade med besvär av typen sömnproblem, håglöshet, trötthet, ångslan eller kraftlöshet. Dessa symtom och besvär betraktas ur olika synvinklar av patienter och allmänläkare, när det gäller möjligheten till förebyggande åtgärder. Patienten söker i först hand frånvaro från sjukdom. Allmänläkaren kan medverka i en sådan strävan men ser dessutom en möjlighet till tidig diagnos av sjukdom. Det görs i förhoppning om en bättre prognos om sjukdom eventuellt skulle föreligga. Dessa två utgångspunkter är olika och kan leda till besvikelse hos läkarstuderande, som i första hand söker framgång och belöning i ett medicinskt dektivarbete. Jämför till exempel betydelsen av ett positivt prov för en läkare och en patient.

Ur förebyggande synpunkt är patienter många gånger intresserade av att förhindra sjukdom. Människors medverkan i olika hälsokontroller har som sin största drivkraft att få bekräftelse på "att allt är som det ska". Ju större provtagningsapparat desto säkrare tycks man känna sig. Intresse för avvikelser eller identifikation av sjukdomsmarkörer eller riskfaktorer är mindre. Det blir speciellt troligt om fynden ställer krav på förändring av bruk och vanor. Läkarens intresse ligger i stället många gånger på att identifiera just speciella riskgrupper [2]. Därefter vidtar olika åtgärder för att informera, utbilda eller stödja människor till förändring. Grad och former för åtgärder är i allt avhängigt läkarens tilltro till den egna förmågan att stimulera andra men framför allt till andra människors förmåga att själva förändra. Även här finns en motsättning, som vid en första anblick inte är uppenbar, när förebyggande arbete diskuteras.

Två levnadsförlopp

I allmänläkarvård journalförs läkar-kontakter på olika sätt. På många ställen görs en systematisk registrering av problem eller så finns ett försättsblad av kontaktorsaker eller preliminära bedömningar. För allmänläkare kan följande fallillustrationer lätt kännas igen från öppenvårdsjournalers försättsblad. Fall 1 är en typisk 70-talspatient med den medicinska problematiken koncentrerad till mag/tarmkanalen och Fall 2, en 80-talspatient med problem hörande till rörelseapparat och cirkulationsorgan.

Fall 1

Lättirriterad ... Sömnproblem ... Knipsmärtor ... Övervikt ... Mat-smältningsbesvär ... Magkatarr ... Dyspepsi ... Magsår ... Nytt magsår ... Op enligt Billroth II ... Dumpingbesvär ... Cancer i magsäcken ... Avlider.

Fall 2

Sårskada ... Stukning ... Ryggskott ... Tennisarmbåge ... Fraktur ... Högt blodtryck ... Hjälp med rökstopp ... Kärlkramp ... Hjärtinfarkt ... Angina Pectoris ... Kärlkramp ... Hjärtinfarkt ... Avlider.

I många fall finns utifrån en öppenvårdsregistrering en utveckling från ohälsa till mer eller mindre väl avgränsade medicinska sjukdomar. Några säkerställda statistiska samband rör det sig inte om utan i stället en processartad utveckling för olika sjukdomstillstånd. I mötet med människor i livets olika faser får allmänläkaren unika möjligheter till att verka förebyggande. Genom att upprepade gånger möta människor innan sjukdomar blivit manifesta ges flera möjligheter till att påverka den utveckling som kan leda till sjukdom och för tidig död. Förhållningssättet måste emellertid vara genomtänkt och anpassat till den våldsökandes situation och förutsättningar ("opportunistic but organized") [3].

Man kan också se, att ohälsan har trender. Det kan vara så att trender finns i patienters beskrivningar eller hur vi som vårdgivare uppfattar beskrivningarna.

Modell

Följande modell är en utveckling av en planeringsstrategi för hälso- och sjukvård [4] och visar på hur socialmedicinsk teori kan omsättas i kliniskt praktiskt arbete med enskilda människor i primärvården [5]. Blivande läkare måste beredas på att möta allt som finns mellan livets goda och livets onda (Figur 2). De olika stadierna i en eventuell sjukdomsprocess måste kunna identifieras – från otrivsel och problem till symptom och manifesta sjukdomar.

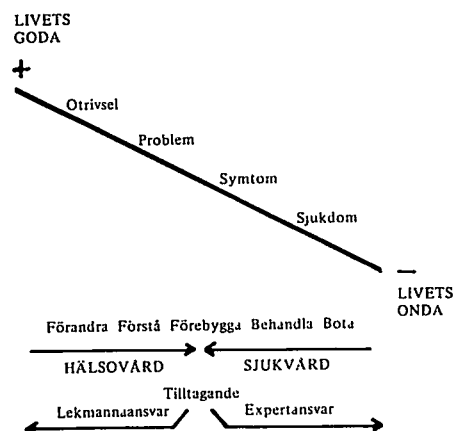
I läkarutbildningen har fram till idag tyngdpunkten legat på sjukvård med bot och behandling av sjukdomar och symptom. Utgångspunkten har varit negativ i betydelsen av att man lärt sig identifiera brister, defekter och skada. Med en sådan utgångspunkt förväntas läkaren vara expert, kunskapsökning medför specialisering och ansvaret regleras i detalj. Förebyggande ur ett sjukvårdsperspektiv medför ett betraktelsesätt som utmärks av *befrielse från sjukdom eller tidig diagnos av sjukdom för bättre prognos*.

Inom allmänläkarvården möter man lika ofta ohälsa i form av otrivsel och

problem som manifesta sjukdomar. Någon bot eller behandling för otrivsel och problem är inte möjlig. Förståelse för problemens uppkomst, upprättande av för den våldsökande meningsfulla samband eller medverkan till förändring är i stället det som allmänläkaren får ägna sig åt. Den våldsökandes eget ansvar är större och vårdgivarens blir som följd mindre. Allmänläkarens roll kan närmast beskrivas mer som en inspiratör än som expert. Ett sjukvårdande förhållningssätt skulle vid problem och otrivsel snarast bli destruktivt. Rollen skulle då få ett konspiratoriskt inslag, som mycket väl kan slå tillbaka i form av besvikelse på medicinsk behandling eller än värre leda till medikalisering där den medicinska lösningen uppfattas som adekvat fast den inte är det. Förebyggande ur ett hälsovårdande perspektiv innebär att skapa förutsättningar för mognad och utveckling (att närma sig livets goda) snarare än att förhindra dess motsats – en sjukdomsutveckling. Allmänläkaren söker således inte bara förhindra att människor glider utför ("hämning") mot "livets onda" utan söker också stödja människor att sträva mot "livets goda" ("frigörning") var de än befinner sig på spannet mellan de två ytterligheterna. Spannet utgör således ett kontinuum som omöjliggör att avgränsade mänskliga problem kategoriskt och dikotomiskt kan hänföras till antingen sjukt eller friskt. Svikt kan emellertid uppkomma var man än befinner sig mellan ytterligheterna och då uppkommer också behovet av att konsultera (6).

Två dimensioner av förebyggande

Läkarstuderande kommer under sin handledda praktik att möta både friska och sjuka människor. I varje enskild konsultation finns det möjlighet att verka preventivt utifrån två olika utgångspunkter: ett hälsovårdande eller ett sjukvårdande perspektiv. Det förstnämnda avser att befrämja hälsa



(health promotion) genom att stimulera människor till att utveckla sina goda levnadsvanor, att stärka den personliga identiteten och att stödja dem till att utveckla sin problemlösningsförmåga. Ett problembaserat inlärningssätt är fullt möjligt att lära ut redan i grundutbildningen av läkare. Det går sedan för den utbildade läkaren att omsätta metoden i mötet med patienter [5, 7]. Den sjukvårdande strategin är mer bekant. Här är syftet i stället att förhindra sjukdom (disease prevention). Som exempel på det senare kan nämnas; att öka sjukdomsresistensen (olika vaccinationsprogram), undvikande av skadliga agens (epidemisk isolering och gränsvårdessättningar) samt uppmanande till sunda levnadsvanor (information och rådgivning).

Markörer eller riskfaktorer?

Många av dagens förebyggande program tar sin utgångspunkt från sjukdomar och deras förebyggande. Inom allmänmedicinen är det lika självklart att utgå ifrån de tidiga tecknen på ohälsa (markörer eller riskfaktorer) och sedan se vilka effekter en påverkan kan få på en människas personliga mognad och utveckling. Fokuseringen ligger mer på individens inställning till kända markörer och möjligheter att påverka dem (rökning till exempel) än vilka eventuella sjukdomar de kan ge upphov till i lungor, hjärta eller kärl.

Olika riskfaktors betydelse för enskilda människor måste klarläggas innan denna kunskap kan tillämpas i direkt arbete med människor som söker vård. Den vårdökandes inställning, rädsla, förhoppningar och farhågor är det som blir helt avgörande för vad

som kan göras och dessa förhållanden måste vägas in i den gemensamma problemavgränsning som görs av patient och läkare. Än viktigare blir det om vården erbjuder hälsokontroller till vissa grupper av människor. Då om någonsin måste kravet på en delad uppfattning om problemets natur och handläggning vara tillgodosett. Vid samtal kring livsstil och levnadsvanor hos friska människor måste vårdgivares respekt och ödmjukhet vara näst intill total. Kraft och energi får istället läggas på att försöka förstå vad som lett fram till den undersöktes sätt att leva framför att ödsla energi på meningslös information utan betydelse och relevans för den man samtalar med [8].

Det finns inget direkt enkelt samband (en orsak en verkan) mellan förekomst av en riskfaktor hos enskilda människor och utfallet i en bestämd sjukdom. Än mindre vet vi om man genom påverkan av en riskfaktor kan reducera antalet sjuka. Personen kan mycket väl ha kvar sin ökade risk även om indikatorn/markören är borta. Tidsåtgången för att sprida denna kunskap överstiger vida den tid det tar att kontrollera några blodparametrar och att relatera dessa värden till ett framtaget normalvärde. Om inte budskapet formas efter vad vi faktiskt vet kan många få ett ökat beroende av vården i stället för vad som kanske först avsågs, nämligen ett ökat personligt ansvar och frihet från beroende. Sjukdomsförebyggande kan inte göras på bekostnad av de hälsobefrämjande insatserna människor själva kan göra. Båda perspektiven måste beaktas om ett förebyggande program skall få framgång i allmänläkarvård. Dessa

grundläggande förhållanden i patient/läkararbetet måste praktiskt övas under grundutbildningen annars kanske de aldrig kommer att förstås.

Referenser

1. Westman G. Postenkät som metod för att värdera vårdutnyttjande och ohälsa i en lokalbefolkning. Är vårdutnyttjande ett mått på ohälsa. Stockholm: Spri, 1984:189-213 (Spri rapport 158).
2. Siem H. Helsekontroller – till nytte eller bekymring? Oslo: Lie & Co Boktryckeri, 1982.
3. Fowler G. Health education in primary health care. In Prevention; primärvården, Wedel H (ed). Lund: Studentlitteratur, 1988:115-27.
4. Westman G. Hälso- och sjukdomsbegreppet i allmänläkarvården. Psykisk hälsa (3). Stockholm: Norstedt Tryckeri, 1982.
5. Nystrup J, Karle H, Mårtensson D, Harlem DK, Ström G. Et globalt reformprogram for laegeuddannelsen. Norsk Medicin 1988;103:364-76.
6. Norrby K. Att möta människor och mänskliga problem i livets olika faser. AllmänMedicin 1988;9(3):6-9 (Supplement nr 12).
7. Westman G.Handledning – en klinisk undervisningsform. Läkartidningen 1988(17):1562-7.
8. Westman G. Problem – en utgångspunkt för handledning; klinisk praktik. Läkartidningen 1989; 86(18): 1664-6.

Författarpresentation

Göran Westman, dr med sc, Institutionen för Allmänmedicin.

Postadress: Umeå universitet, 901 85 UMEÅ

Samhällsdiagnos, hälsoprogram och folkligt deltagande

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer nr 5-6/90

Folkhälsoarbetet är i grunden ett socialt förändringsarbete. Tre frågeställningar av stor betydelse för framtida folkhälsa diskuteras i detta temanummer; samhällsdiagnosens roll, betydelsen av att utgå från människors egenförmåga och aktiva deltagande i program som avser att åstadkomma bättre hälsa samt forskningens villkor och inriktning inom folkhälsoarbetet.

Ur innehållet

Haglund BJA

Granvik M

Romelsjö A m fl

Andrén P, Håkansson A

Haglund BJA, Jansson B

Svanström L, Schelp L

Bjärås G, Haglund BJA

Björkelund C m fl

Tillgren P, Haglund BJA

Bjärås G, Haglund BJA

Haglund BJA

Samhällsdiagnosens roll i preventivt arbete – en teoretisk ram

Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat eller kunna men inte vilja?

Primärvårdspersonalens medverkan i den kommundiagnostiska processen

Kommundiagnosen – en samhällsscreening av intresse för primärvården

Samhällsdiagnos – ett hjälpmedel även i arbetsmiljöarbetet?

Att förebygga olycksfallsskador på lokal samhällsnivå – Falköping

Samhällsdiagnosens roll i planeringen av ett samhällsinriktat olycksfallsförebyggande arbete

Överdödlighet i slaganfall – en granskning av journaler och dödsbevis i ett primärvårdsområde

Focusgrupper – kvalitativ metod i samhällsdiagnostiskt och förebyggande arbete

Att mäta medborgardeltagandet i ett samhällsinriktat program

Folkhälsoarbetets framtida forskningsfrågor

Kan beställas hos: **Socialmedicinsk tidskrift, Färjestadsvägen 18, 161 54 Bromma**

Handkirurgi – en introduktion

GÖRAN LUNDBORG

Lund: Studentlitteratur, 1988.

Pris: 253 kronor. 226 sidor.

ISBN 91-44-27351-7

En introduktion i handkirurgi, kan det vara något för en distriktsläkare? Knappast, trodde jag först. Men efter att ha läst boken ändrade jag uppfattning. Självklart blir den inte någon av dina viktigaste uppslagsböcker, men den försvarar väl en plats i din bokhylla.

Bokens författare är sedan några år professor i handkirurgi i Malmö. Han skriver sakligt och kortfattat. Efter varje kapitel ger han ett flertal aktuella referenser. Boken är rikligt illustrerad med enkla men mycket instruktiva svart-vita figurer.

I de inledande kapitlen behandlas bland annat blodtomhet och anestesi. Du kan läsa om hur man lägger fingerbasblockad, medianusblockad, radialisridå och ulnarisblockad. Därefter följer bokens två huvuddelar.

Den akuta delen handlar om alla tänkbara handskador från subungualt hematoma till traumatisk amputation. Vikten av att snabbt diagnostisera en perifer nerv- eller senskada poängteras (distal-status). Som distriktsläkare har du naturligtvis ingen glädje av att de mer avancerade handkirurgiska teknikerna genomgås, men en hel del av de smärre ingreppen kan du göra själv.

Den elektiva delen behandlar många relativt vanliga diagnoser, som tendovaginitis stenosans, morbus de Quervain, ganglion, carpaltunnelsyndrom, CMC-I-ledsartros och Dupuytren's kontraktur. Också kapitel om handproblem vid reumatoid artrit och om missbildningar ingår. Särskilt kapitlet om kroniska nervkompressioner kan rekommenderas. Där ingår ett översiktligt "felsökningsschema", tidigare presenterat i Läkartidningen.

Sammanfattningsvis är detta en väl skriven bok om akuta och elektiva problem inom det handkirurgiska området. Dess värde förhöjes ytterligare av de många fina illustrationerna.

Anders Håkansson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö

Hälsoarbete

MARGARETHA LÖÖF-JOHANSON

Stockholm: Esselte Studium, 1989

Pris: 245 kronor. 154 sidor.

ISBN 91-24-35662-X

I boken "Hälsoarbete" ger författaren, som är läkare och arbetar på Socialstyrelsens byrå för hälsouppllysning, en översiktlig beskrivning av flertalet av de hälsoproblem och hälsorisker, som för närvarande diskuteras mest. Målgruppen för boken definieras inte klart, men kan kanske tänkas bestå av elever vid vård- och omsorgsinriktade linjer på gymnasieskolan eller rentav av den bildningstörstande allmänheten.

Dispositionen är klar och tydlig och många av rubrikerna, som "Hälsouppllysning som arbetsmetod", "Arbetsliv och hälsa", "Cancer – den stora folksjukdomen" är intresseväckande och känns väsentliga.

Innehållet i de metodologiskt inriktade kapitlen, som inleder boken, är balanserat och faktarikt och lämnar uppllysningar om bland annat lagstiftning, aktuella register och myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet. Även flera av de upptagna hälsoproblemen behandlas sakligt och i god samklang med gängse uppfattningar inom det medicinska etablissemangen.

I några fall lyser ett lite mer glödande patos igenom, tyvärr ibland på saklighetens och trovärdighetens bekostnad. I kapitlet "Rökning – det gigantiska hälsoproblemet", illustreras till exempel förhållandet mellan cigarett-rökning och dödligheten i lungcancer av en skeletthand som håller i en cigarett och om den ökande rökningen bland kvinnor sägs bland annat: "Inför framtiden kan man förutspå att allt fler kvinnor drabbas av de typiska rök-sjukdomarna i andningsvägarna – kvinnor som började röka i tonåren och som efter cirka tjugo år, i sin bästa ålder, slits från familj och barn in i sjukdom, lidande och en för tidig död".

I kapitlet "Mat och hälsa" återges tydligt Livsmedelsverkets och Socialstyrelsens allmänt accepterade rekommendationer, men författaren tar stegget vidare och blir i påståenden som "För stora grupper av människor är det vegetariska sättet att äta att föredra ur moralisk synpunkt" mer dogmatisk än informativ. Mer som kuriosum kan nämnas några rader som speglar författarens syn på läkarens roll i hälsoarbetet:

- "Då (vid det förebyggande arbetet) blir inte diagnos och val av läkemedel arbetsinstrument. Nu skall i stället lyhördhet, egna värderingar och attity-

der forma budskapet och åtgärden. Det är lätt att förstå att läkare som själva röker ett paket cigaretter om dagen, intar en undanglidande och överslätande attityd när patienterna frågar om det är farligt att röka. Doktorn som tycker om god mat och själv har höga kolesterolvärden talar sannolikt inte heller så gärna om att ändra matvanorna med sina patienter".

Jag röker inte, jag tycker om god (och gärna nyttig) mat och jag föredrar läroböcker som drar rimliga slutsatser av förefintliga data och överlämnar värderingarna till läsaren. Dessamma unnar jag alla blivande vapenbröder och systrar i den gemensamma kampen för en bättre hälsa.

Håkan Cars, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö.

Gynekologi i öppen vård

BO VON SCHULTZ (red)

Stockholm: Norstedts Förlag AB, 1989

Pris: 440 kronor. 240 sidor.

ISBN 91-20-09009-9

Detta är fortfarande en utmärkt bok, outhärlig för distriktsläkaren i det dagliga arbetet. Den handlar, som titeln anger, om gynekologi i öppen vård och vänder sig i första hand till läkarstuderande och allmänmedicinare. Boken utkom första gången 1982 och kommer nu redan 1989 i sin tredje upplaga. Detta om något bör tala för att boken är populär och säljer bra. Redaktören har nu flyttat från Umeå till Stockholm och professuren vid Karolinska sjukhusets kvinnoklinik. Annars är författarlistan väsentligen oförändrad jämfört med föregående upplaga. I kapitel 4 har det tillkommit ett avsnitt om omhändertagande av patienter med genitala papillomvirusinfektioner. Även i övrigt har boken uppdaterats. Dock kan jag vid en hastig genomläsning inte finna några särskilt väsentliga förändringar jämfört med andra upplagan. Mitt råd blir således: Om Du inte redan har boken – köp den! Om Du har boken i sin andra upplaga – behåll den!

Anders Håkansson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö

Vid halsbränna och sur mage...



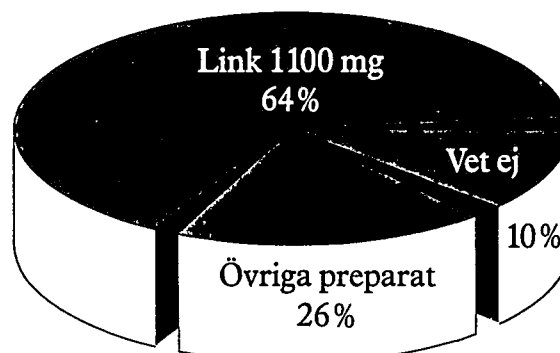
... tycker patienterna bäst om Link.

Av 6 testade antacida, däribland Link, Novalucol och Novaluzid, föredrogs smaken på Link av hela 64%.

Smaktestet utfördes 1988 av ett danskt undersökningsinstitut – AIM – på 375 personer i Köpenhamn och Århusområdet.

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

När livet var som bäst – kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn

KAJSA SUNDSTRÖM-FEIGENBERG

Lund: Studentlitteratur, 1987
Pris: 284 kronor, 357 sidor.
ISBN: 91-44-27791-1

Författaren har lång klinisk erfarenhet som gynekolog. Under 1970- och början av 1980-talet var hon dessutom knuten till Socialstyrelsen som expert på frågor rörande preventivmedel och abort, mödrahälsovård, föräldrautbildning samt sex- och samlevnadsundervisning. Numera innehar författaren tjänst som överläkare vid Karolinska sjukhuset, men har sin arbetsplats förlagd till vårdcentralen Kronan i Sundbyberg.

Från arbetet på vårdcentralen hämtas materialet till den undersökning som ligger till grund för boken och som framlades som doktorsavhandling 1987 vid Statens Institut för Psykosocial Miljömedicin, Karolinska institutet och Kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset. Boken beskriver förändringar i fruktsamhetsmönster, mot bakgrund av sociala förhållanden i ett urbaniserat samhälle under en femtioårig tidsrymd.

Föräldraskapet är en central livsuppgift. Förmåga och möjlighet att genomföra SIN livsplanering, möta och hantera hinder, har stor betydelse för individens totala hälsa. Hur de yttre villkoren här förändrats, beskrivs med start i 1930-talets befolkningskris. Ett socialpolitiskt reformarbete påbörjades då med bland annat kontantbidrag, utbyggd förebyggande vård av barn och mödrar, fri förlossningsvård, förbud att avskeda kvinnor på grund av graviditet och upphävande av 1910 års förbud att informera om och sälja preventivmedel.

Huvudsyftet var då att vända befolkningsutvecklingen med dess starkt sjunkande födelsetal. Folkhemmets byggnad till modern välfärdsstat skildras via socialpolitikens ambition att primärt understödja barnfamiljernas allmänna levnadsvillkor. Lagstiftningen och socialförsäkringssystemet utvecklades för att underlätta kvinnors ökade utträde på arbetsmarknaden och anpassades successivt till dagens jämställdhetskrav.

Medicinsk forskning och utveckling förbättrade det förebyggande arbetet, förlossningsvården och barnsjukvården. Mödra- och barnadödligheten sjönk drastiskt. Ny abort- och steriliseringslag samt effektiva preventivme-

del gjorde det möjligt att skilja sexualitet och reproduktion.

Med resultat från intervjuer av 200 kvinnor i åldern 20-60 år, söker författaren belysa och förstå attityder till samlevnad, arbete och barn mot bakgrund av denna samhällsutveckling. Hon vill också beskriva de hinder av biologisk, social eller existentiell natur som kvinnorna mött i försöken att realisera sin livsplanering. Författaren vill också visa på samband mellan samhällsutvecklingen och individens fertilitet.

Intervjuerna har gjorts enligt strukturerat formulär med fasta svarsalternativ, kompletterade med öppna frågor, för att teckna livsförlopp med yttre händelser och rita en livslinje. Dessutom graderas vissa upplevelser och värderingar kring graviditet och förlossning. För varje åldersgrupp redovisas en tidstypisk livshistoria. Intervjuerna har utformats med ett vardagligt gynekologbesök som modell, där kvinnor berättat om sina levnadsförhållanden med tonvikt på samliv, graviditet, preventivmedel, bostad, arbete och barnomsorg. Metodiken knyter an till en lång tradition av levnadshistorieforskning inom socialantropologi och sociologi. Den motsvaras inom medicinen av fallbeskrivningen.

Komplicerade sammanhang redovisas. Skeenden över fem decennier beskrivs från ett tidigt industrialiserat storstadsområde, där utvecklingen av fertilitetsmönstret tycks ligga 10-20 år före den i resten av landet. Födelsetalen sjönk tidigt, preventivmedelsanvändningen har varit hög och aborttalen är bland de högsta i landet. Samlagsdebuten sker tidigt. De moderna preventivmedlen används som familjeplaneringsinstrument och aborttillgrip vid preventivmedelsmisslyckanden. Utbildningstiden förlängs kraftigt och barnafödandet senareläggs.

Varför föds då så få barn frågar sig författaren. Bland de intervjuade har i de äldre åldersgrupperna många fått färre barn än de önskat. Biologiska och sociala hinder borde sjukvård och socialpolitiska åtgärder kunna avhjälpa. De i alla åldrar vanligaste skälen till att man fått färre barn än önskat, är dock de författaren kallar existentiella - svårigheten att hitta rätt partner i rätt skede av livet, ändrade ställningstaganden under livets gång.

Till bokens referensram hämtas kunskap från aktuell demografisk och samhällsvetenskaplig forskning. En utförlig litteraturlista ger många lästips för den som är intresserad av kvinnomedicin och fertilitetsforskning från dessa perspektiv. Boken är väl strukturerad och mycket lättläst med i huvudsak löpande text. Tidstypiska levnadsmönster tecknas mot bakgrund av

stora sociala omvälvningar, där enskilda kvinnors röster och öden ger liv åt texten.

Eva Ahlén, distriktsläkare

Postadress: Distriktsläkarmottagningen. Borlänge sjukhus, 781 27 Borlänge.

Att skriva och läsa vetenskapliga rapporter

JARL BACKMAN

Lund: Studentlitteratur, 1985.
Pris: Cirka 150 kronor. 73 sidor
ISBN 91-44-21801-X

Det finns ett väl använt citat som säger att en vetenskaplig undersökning inte är färdig förrän den dokumenterats. Trots detta är väl publiceringen av det vetenskapliga arbetet den minst uppmärksammade delen av själva forskningsprocessen, fast den ofta omfattas av ganska distinkta regelverk och krav.

Jarl Backman är författare till en bok i detta ämne, publicerad i Studentlitteraturs serie "Teori, Forskning, Praktik". Han har "lång erfarenhet av forskning och undervisning i beteendevetenskapliga ämnen", enligt texten på baksidan. Målgruppen för denna bok är främst studerande inom beteende- och samhällsvetenskapliga ämnen, men den har också ambitionen att tjäna en större publik.

Boken kan indelas i tre huvuddelar varav den första beskriver i mycket korta ordalag, forskningsprocessen och den vetenskapliga rapportens uppgift. Här gör också författaren distinktionen mellan olika typer av dokument:

1. den vetenskapliga tidskriftsartikeln;
2. den mer begränsade forsknings- eller arbetsrapporten;
3. "utbildningsrapporten" typ uppsats, specialarbete, fältarbete;
4. den populärvetenskapliga framställningen.

Tyngdpunkten i boken ligger därefter vid de två första typerna, den vetenskapliga artikeln och forskningsrapporten med särskilda kommentarer till vad som kan tillämpas i den tredje typen, utbildningsrapporten.

Nästa del av boken består av det egentliga arbetet, en handledning i disposition och innehåll, utformning av tabeller och figurer samt användande av referenser. Här ger författaren en genomgång av såväl den tekniska som den stilistiska utformningen av en vetenskaplig artikel. Han använder begreppen logisk respektive kommunikativ precision för att beskriva detta.

Den i boken klart uttalade huvudinriktningen ligger i arbeten som är empiriskt orienterade och beskriver ett traditionellt upplagt experimentellt försök, medan icke-empiriska alster såsom litteraturoversikter, granskning av kunskapslägen, teoretiska analyser mm beskrivs mycket kortfattat och ligger huvudsakligen utanför dess målsättning.

Den avslutande delen handlar om hur man läser och granskar rapporter samt huvuddragen i "opposition" vid seminarier och disputationer. Denna del utgör en "spegelvänd" repris av bokens centrala del och fungerar alltså också som en sammanfattning av denna.

Författarens beteendevetenskapliga bakgrund märks ganska tydligt när man läser boken. Man känner inte riktigt igen huvudrubrikerna från mera naturvetenskapligt inriktade publikationer, det rekommenderade sättet att skriva referenslistor följer inte det så kallade Vancouversystemet osv.

En stor del upptas av det rent stilistiskt/språkliga; till exempel vilket tempus man bör använda i rapportens olika delar, den typografiska utformningen enligt Svensk maskinskrivningsstandard osv. När det gäller figurer och tabeller håller författaren sig till att beskriva "hur" och mycket sällan "när" eller "varför". Avsnittet om huvuddragen i forskningsprocessen är mycket kortfattat och långt ifrån fullständigt.

Bokens största förtjänster ligger just i dess översiktlighet. För handledare till arbeten av enklare karaktär, typ utbildningsrapporter, fungerar den säkert som en bra handbok och förtjänar en plats i bokhyllan på den vårdcentral där man driver projekt. För andra ändamål finns det troligen bättre alternativ.

För mera avancerad rådgivning i ämnet, finns ett antal engelskspråkiga alternativ, till exempel Robert A Day's "How to write and publish a scientific paper". För en bättre beskrivning av forskningsprocessen och rapportens roll i denna, finns Bertil Carlsson's "Grundläggande forskningsmetodik". För en mera njutbar beskrivning av konsten att forma ord, finns ju Olof Lagercrantz's sköna bok "Om konsten att läsa och skriva".

Ulf L Eriksson, FV-läkare i allmänmedicin

Postadress: Kronobergsgatan 12, 371 41 Karlskrona

Child Health: The Screening Tests

MACFARLANE A
SEFI S
CORDEIRO M

Oxford University Press, 1989

Pris: 130 kronor. 57 sidor.

ISBN: 0-19-261768-0

I förra numret av AllmänMedicin, recenserades en bok i *Oxford General Practice Series*. Den här boken ingår i serien *Practical Guides for General Practice*. Båda serierna utges av Oxford University Press och kan rekommenderas till läsning också för svenska allmänmedicinare.

Den här gången rör det sig om en praktisk handbok för dem som sköter barnhälsovården. Som titeln anger, behandlar den de screening-undersökningar som rekommenderas under förskoleåldern. För första gången någonsin, finns det förslag på ett "National Child Health Surveillance Programme" för England, Wales och möjligen Skottland. (Detta att jämföra med Sverige, där vi sedan länge har samma journal och nästan samma undersökningsschema på varenda barnavårdscentral i hela landet.) Programmet har framtagits under medverkan av bland andra Royal College of General Practitioners och British Paediatric Association. Man tar bara upp de screening-undersökningar som lever upp till vissa på förhand satta kriterier. Således rekommenderar man inte rutinmässig utvecklingsbedömning, till skillnad från vårt land. Inte heller rekommenderas screening för scolios, hypertoni, astma, hyperkolesterolemi, hemoglobinopati, psykiska störningar, proteinuri och bakterieuri, cystisk fibros eller Duchennes muskeldystrofi.

För varje rekommenderad screening-undersökning går man igenom: Hur vanligt det hälsoproblem man letar efter är; möjlig etiologi och riskfaktorer; detaljerad beskrivning hur man utför undersökningen och när man gör den; indikationer för remittering; vikten av uppföljning av vad som händer sedan.

Vilka hälsoproblem lönar det sig då att leta efter enligt de brittiska rekommendationerna? Ja, inte är det många jämfört med svenska förhållanden, och inte rekommenderas särskilt frekventa undersökningar. Den brittiska distriktsläkaren och distriktssköterskan förutsätts screena för medfödd höftledsluxation, synstörning, hörselnedsättning, hjärtsjukdom och kryptorksim. Dessutom rekommenderas man att mäta huvudomfånget före utskrivningen från förlossningsavdelningen och vid sex till åtta veckors ålder, att kontrollera vikten upp till

två års ålder, samt att mäta längden från två års ålder.

Som vanligt är jämförelser med andra länder spännande. Har man kanske från brittiskt håll studerat Sveriges innan man föreslog ett landsomfattande barnhälsovårdsprogram? Kan vi i Sverige lära oss något av de brittiska rekommendationerna? Mindre frekventa kontroller? Mera riktade undersökningar?

Nästa bok i serien skall handla om "Non-insulin-dependent diabetes". Vem vill recensera den?

Anders Håkansson

Postadress: Vårdcentralen Teleborg,
Box 5044, 350 05 Växjö

Lära läkare leda

BARBRO DAHLBOM-HALL

Stockholm: Natur och Kultur 1989.

Pris: 165 kronor. 111 sidor.

ISBN: 91-27-02173-4

Denna bok hamnade på min basenhetschef's bord. Det är sannolikt administrationen som sprider sitt budskap till högre befattningshavare. Själv känner jag stor tveksamhet till ideologi och geschäft kring ledarskapsfrågor. På något sätt känns kravet och behovet att starka ledare ska lösa våra problem och kriser obehagligt bekant från historien.

Författaren visar sig vara en oerhört skarp och känslig iakttagare av vårt slutna skrå. Många års erfarenhet presenteras som provocativa, svårsmälta sanningar. Hon beskriver en "kår med hög specialisering ..., men ofta låg emotionell mognad". Det är i första hand sådana formuleringar som gör boken läsvärd.

Argumentationen sker efter tre något oförenliga linjer: Kvinnan, Jung och Japan. Kvinnoperspektivet är bäst genomarbetat och relationen manligt/kvinnligt ger en dynamisk spänning åt texten. Psykoanalytisk teori kan användas till allt möjligt. Språket är onödigt mystifierande i sin skenbara enkelhet. Terminologin är för övrigt identisk med den som en av våra främsta ledare, biträdande statsministern, använder då han undviker att ge politiska besked. Svårast tycker jag det är att acceptera författarens vurmmande för japansk arbetsorganisation, som ju närmast har feodala rötter.

Det handlar om form och innehåll. Det går inte, menar jag, att isolera ledarskapet renodlat från vilka som ska ledas, till att göra vad, och i vilket samhälle detta sker. I inledningen påstår författaren att "om alla läkare insåg, accepterade och hanterade sitt ledarskap, så skulle sjukvårdskrisen gå mot sin lösning". Kanske är det precis tvärtom? Vi borde bättre förstå vår egen roll i en pågående demokratisering.

ningsprocess. Den som väntar sig finna argument i revirstriden mellan Läkarförbundet och SHSTF får leta förgäves.

Forskning som merit vid tillsättning av chefstjänster kritiserar, kanske med utgångspunkt från slutenvården. För primärvården gäller ju det omvända. Hur många forsknings- och utvecklingstalanger har inte drunknat i administrativa uppgifter till men för allmänmedicinens utveckling?

Arbetsgivarens fokusering på chefer är förödande. Författaren poängterar att alla läkare är ledare, inte minst av sig själva. Utbrändhet omöjliggör ledarskap. Det är avgörande för varje distriktsläkare att kunna styra och leda sitt eget arbete, med eller utan mottagningssköterska.

Jag vill avsluta med en av många tänkvärda aforismer som finns insmugna i texten: "De flesta läkare vill inte bli chefer, men vill inte heller ha någon chef."

Peter Olsson, FV Allmänmedicin

Postadress: Arkitektgatan 8, 371 38 Karlskrona.

Förnyat arbetsliv? Om personalinflytande i offentlig sektor

JAN WALLENBERG

Lund: Studentlitteratur, 1989

Pris: 140 kronor. 104 sidor.

Dagens lösning på problem inom offentlig verksamhet sammanfattas i begrepp som decentralisering, serviceföretag, självständig personal med meningsfulla arbetsuppgifter, karismatiska ledare som chefer. Den här boken diskuterar dessa begrepp. Forskning inom området presenteras översiktligt liksom historisk tillbakablick.

Författaren berättar om industrisamhällets övergång i det postindustriella kunskapssamhället. Här vill vi vara oberoende individer, ha meningsfulla uppgifter och fungera i små naturliga kollektiv. Personalens känslomässiga engagemang är den viktigaste enskilda faktorn till att nå framgång i verksamheten. För att erhålla det måste vardagskunskap och erfarenhet tas tillvara. Svagheter med denna fräslärlära diskuteras – om än försiktigt. Begränsade specialistresurser kräver samordning och planering av centrala administratörer, vilket innebär en begränsning av de enskilda klinikernas självständighet. Decentralisering innebär dessutom i sig en risk att professionella yrkesgruppers (=läkarnas) makt blir allt större medan politikernas och administratörernas inflytande försvagas. Däremot diskuteras inte alls de ekonomiska krafter som styr

bakom kulisserna i form av mäktiga medicintekniska läkemedelsindustriella intressen.

Författaren påpekar att ambitionerna i offentlig verksamhet alltid överstiger resurserna. De politiska målen blir därför till intet förpliktigande. Det innebär att dagens "målstyrning" blir ett lika verkningslöst styrningsinstrument som tidigare centrala påbud.

Det här är en tunn och lättläst om än lite tråkig bok, som ger översikt och sammanhang i alla dessa begrepp, som med konsulters hjälp singlar ner över oss distriktsläkare på vårdcentraler runt om i Sverige. För allmänläkare med administrativt ledande uppgifter är det en bra och användbar bok vid diskussioner med politiker och administratörer.

Malin André, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Högbö, 791 82 Falun.

Folkhälsovetenskap – ett nordiskt perspektiv

LENNART KÖHLER (red)

Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan, 1989.

Pris: 100 kronor. 267 sidor.

I samband med invigningen av Nordiska Hälsovårdshögskolans nya lokaler på Nya Varvet i Göteborg, hölls några högtidsföredrag som inleder "Folkhälsovetenskap – ett nordiskt perspektiv". De femton artiklar som följer, presenterar skolans verksamhetsfält på ett utmärkt sätt.

Halfdan Mahler, WHO, ser inledningsvis folkhälsoproblemen i ett globalt perspektiv. Gästforskaren Keith Barnard avslutar med att ta upp skolans internationella kontakter. Så får boken ett internationellt skal kring en nordisk kärna.

Välfärdsolitik

I en för 90-talet avgörande distinktion skiljer Erik Allardt på två olika modeller för välfärdsolitik:

- den marginella som begränsar sig till de marginella grupper som inte klarar sig själva
- den institutionella som beaktar hela befolkningen.

Skolans rektor, Lennart Köhler, går igenom olika former av skolor för "Public Health" i världen. Fyra målgrupper av elever betonas för den nordiska versionen:

- personal på samhällsmedicinska enheter (inrättandet av dessa enheter är väl förutsättningen för skolans expansion)
- centrala tjänstemän
- vårdläkare
- chefer inom primärvården.

Tillitssjukdomar

I en närmast filosofisk betraktelse över sjukdomsbegreppet presenterar Edgar Borgenhammar tillitssjukdomarnas epok. Dag Thelle diskuterar hur allmänmedicinarens diagnostiska test skiljer sig gentemot sjukhusspecialistens både vad gäller enskilda patienter och vid kommundiagnostik.

"Varför är arbetaren sjukare än direktören?", frågar CG Eriksson och beskriver väl underbyggt de ökande hälsoskillnaderna mellan olika klasser. "Vi borde hellre tala om ofärdssjukdomar".

Vivian Wahlberg, sjuksköterska och professor, beskriver "kängurumetoden" vid vård av prematura barn, ett exempel på internationellt utbyte där vi kan lära av mindre tekniskt utvecklade länder.

Revir

I en sociologisk och etnologisk begreppsram rapporterar Leif Berggren en undersökning om revir inom hälso- och sjukvården. Bland annat jämförs allmänläkarna på ett mycket fruktbart sätt med andra specialister. Det vore spännande att se hur en kommunalisering av primärvården skulle påverka allas våra revir. Friska vitala människor bygger livskraftiga revir.

"Blir man sjuk av kaffe?", frågar sig Hans Wedel och Dag Thelle. Svaret blir en komprimerad men utsökt pedagogisk genomgång av epidemiologins metoder och problem.

Socialpediatriken tas upp i två artiklar. Dessutom avhandlas AIDS, miljö, tandläkeri, sjukhusens interna organisation och modern strategisk planering.

Hälsoekonomin däremot, som ju nu för tiden är nödvändig i alla moderiktigt designade undersökningar, lyser med sin frånvaro. Saknas kompetensen eller föreligger det en grundläggande motsättning gentemot folkhälsovetenskapens grundtankar?

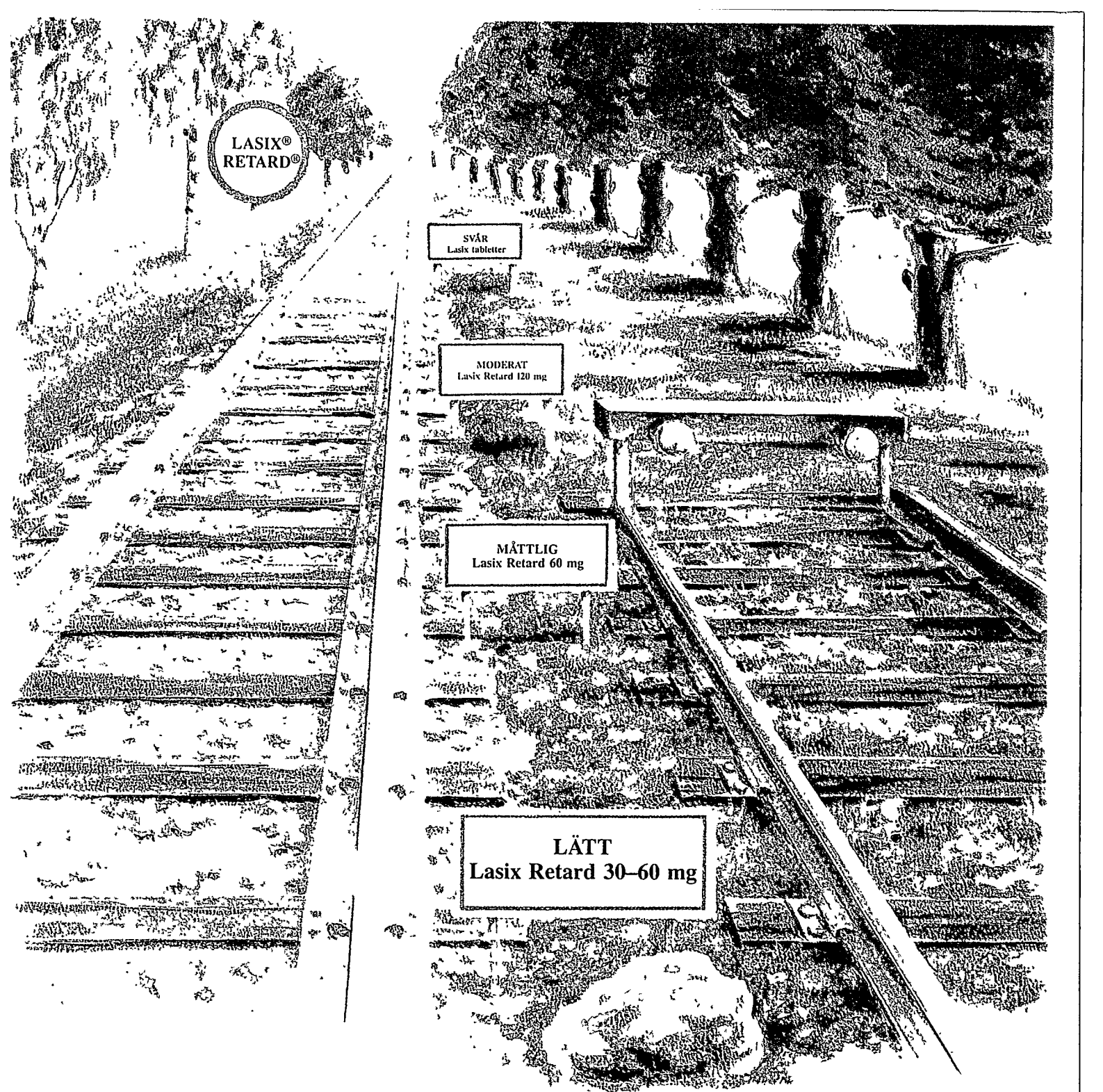
Vetenskap

Vetenskapligheten betonas i flera inlägg. Eventuell aktions- eller handlingsinriktad forskning blir beroende av elevunderlaget. Artiklarna rör sig oftast på en deskriptiv nivå och mera sällan analytisk.

Presentationen är en god reklam för skolan. Den Nordiska Hälsovårdshögskolan expanderar och blir ett viktigt alternativ för FoU-intresserade distriktsläkare. Klarar de allmänmedicinska institutionerna denna konkurrens?

Peter Olsson, distriktsläkare

Postadress: Arkitektgatan 8, 371 38 Karlskrona



LASIX®
RETARD®

SVÅR
Lasix tabletter

MODERAT
Lasix Retard 120 mg

MÅTTLIG
Lasix Retard 60 mg

LÄTT
Lasix Retard 30-60 mg

Lasix® Retard® eller tiazider (furosemid) vid behandling av hjärtsvikt?

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

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

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

Hoechst 

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

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

*Inaktivering av pepsin**Gallsaltbindning***Novaluzid***Cytoprotektiva
egenskaper***Hässle
Mölnadal***Syranutraliserande effekt*

Novaluzid[®] 1-dos. En mångsidig klassiker vid "ont i magen".

Antacidum som innehåller en kombination av aluminium och magnesiumföreningar.

Beredningsformer: Mixtur som binder 8,5 mmol HCl/10 ml. Tuggtablett som binder 2,5 mmol HCl/tablett.

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