

# ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

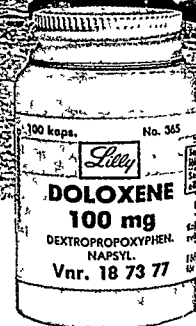
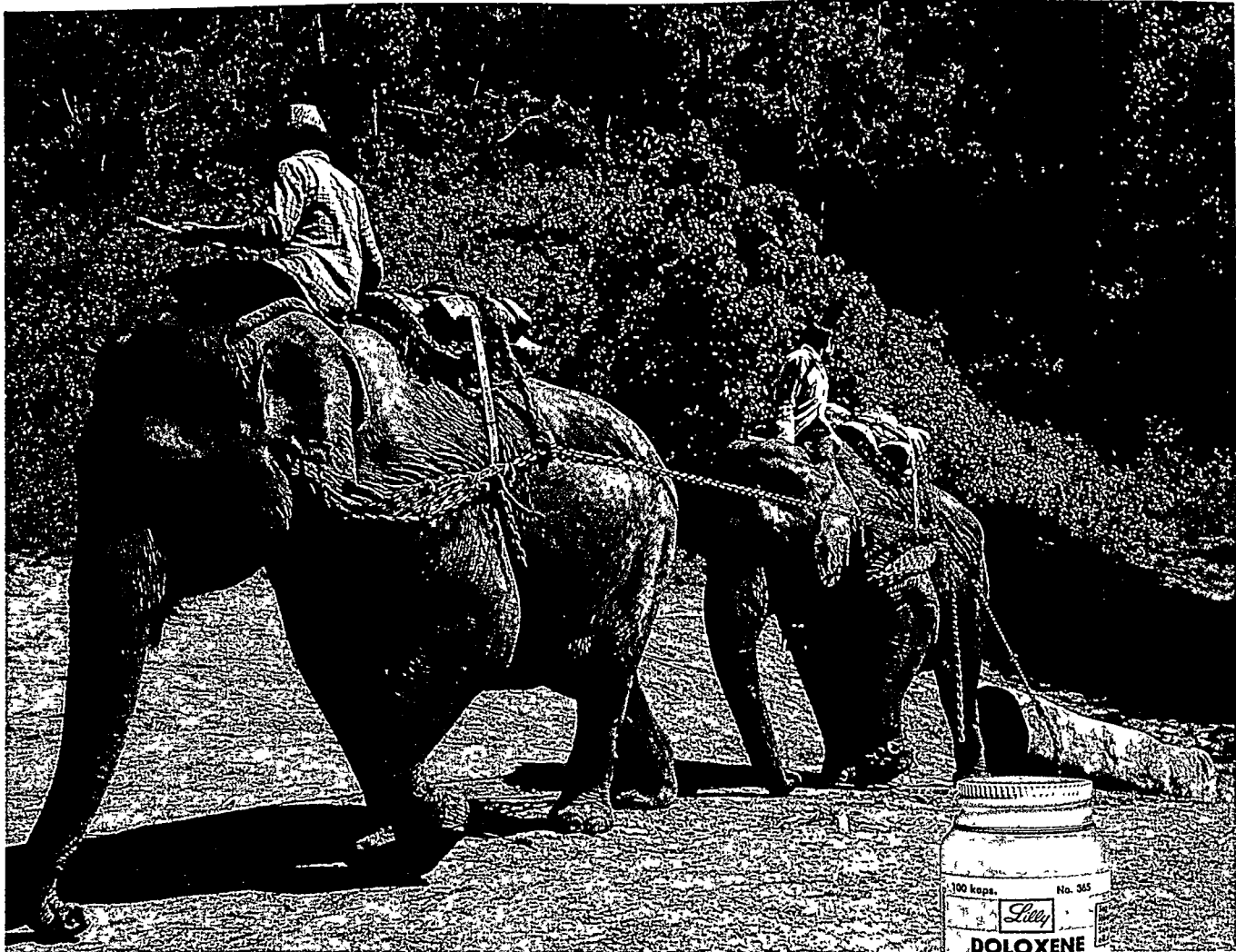


Utvärdering av  
fysioterapi

6  
1990

Kombinationen  
insulin- och tablett-  
behandling

# Tillsammans blir vi starkare.



## DOLOXENE®

Rent dextropropoxifen.

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

Dosera 100 mg×2-3.

# Lilly

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

▲ **Doloxene. Deklaration:** 1 kapsel innehåller; Dextropropoxyphen. napsyl. 50 gm aut 100 mg. **Egenskaper:** Dextropropoxifen napsylat är ett centralt verkande analgetikum. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Försiktighet:** Nedsatt njur- eller leverfunktion. Preparatet bör ej förskrivas till patienter som missbrukar alkohol eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxifenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Förpackningar:** Kapslar 50 mg. 50 st. 100 st. Kapslar 100 mg. 20 st, 50 st, 100 st.

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

## Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1991. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsa, rättas och korrekturläsa på nytt. Om proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

**Tabell:** Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin* 1991.

| Nummer | Manus-stopp | Planerad utgivningsvecka |
|--------|-------------|--------------------------|
| 1/91   | 12/11-90    | 6                        |
| 2/91   | 14/1-91     | 14                       |
| 3/91   | 11/3-91     | 23                       |
| 4/91   | 3/6-91      | 37                       |
| 5/91   | 12/8-91     | 42                       |
| 6/91   | 16/9-91     | 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)

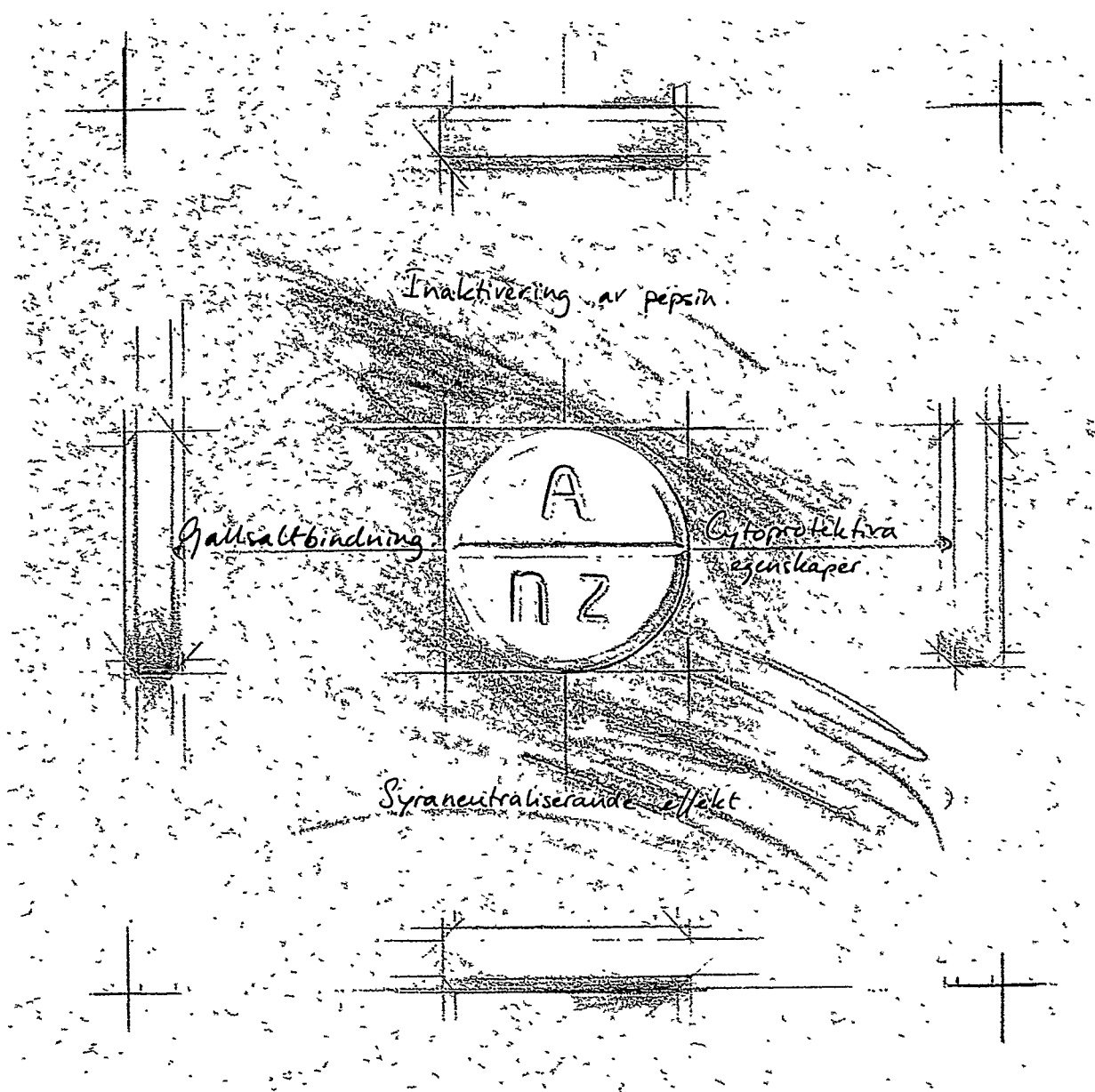
**Annonser:**  
YH Annonserförmedling,  
Alströmergatan 18, n b, 112 47 Stockholm  
Tel: 08/51 67 60

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

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

Tryckt på miljövänligt papper hos  
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1990  
ISSN 0281-3513

|   |         |
|---|---------|
| <b>Kalendariet</b>  | 223     |
| <b>Ledare</b>   |         |
| Epidemiologi och allmänmedicin<br><i>Kurt Svärdsudd</i>   | 225     |
| <b>Nytt från SFAM</b>   |         |
| SFAMs rådgivande organ för läkemedelsstudier i primärvård<br><i>Mats Ribacke</i>  | 227     |
| <b>Kurser och Konferenser</b>   |         |
| Rapport från en workshop i London, 30 maj–3 juni 1990<br><i>Christina Nerbrand, Margareta Trøein</i>  | 227     |
| Från vårdcentral till kvartersakut – en studie i produktivitet och kostnader<br><i>Göran Sjönell</i>  | 230     |
| <b>Fallbeskrivning</b>  |         |
| Sen diagnos av Lues<br><i>Annica Larsson</i>  | 234     |
| Examinandernas syn på deltagande i examen<br><i>Birgitta Olsson</i>   | 235     |
| <b>Apoteksbolaget</b>   | 239–242 |
| Framtida ADB-verksamhet för socialförsäkringen<br><i>Christer Olofsson</i>  | 245     |
| Kombination av insulin och sulfonureid vid behandlingssvikt med perorala diabetesmedel<br><i>Anders Gamstedt, Margareta Nilsson</i>           | 246     |
| Frågade distriktsläkaren sin blivande hjärtinfarkt- eller lungcancerpatient om han/hon rökte?<br><i>Inga-Karin Ivarsson, Håkan Thimansson</i> | 250     |
| Medicinsk träningsterapi – en utvärdering av behandlingsmodellen på patienter med axelbesvär<br><i>Peter Wallén</i>                           | 253     |
| <b>Recensioner</b>  |         |
| Köhler L (red). Barn och barnfamiljer i Norden<br><i>Anders Håkansson</i>   | 254     |
| Armstrong D, Calnan M, Grace J. Research methods for general practitioners<br><i>Christer Petersson</i>                                       | 254     |
| Alho A, Benum P, Langeland N. Skadekirurgi<br><i>Bengt Nordling</i>   | 256     |
| Ihse I, Sjö Dahl R, Bodemar G. Gastrointestinal diagnostik – en symtombaserad lärobok<br><i>Johannes Jokumsen</i>                             | 256     |
| Aquilonius S-M, Fagius J (red). Neurologi<br><i>Anders Håkansson</i>  | 258     |
| Fagrell B (red). Lärobok i medicinsk angiologi<br><i>Rolf G Jönsson</i>   | 258     |
| Hulter-Åsberg K. ADL-trappan<br><i>C M Mölsted</i>  | 258     |
| Lewit K. Manipulationsbehandling vid rehabilitering av rörelseapparaten<br><i>Lars Englund</i>  | 260     |



# Novaluzid<sup>®</sup> Mint. En mångsidig klassiker vid "ont i magen".

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

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

Novaluzid<sup>®</sup> är ett antacidum som innehåller en kombination av aluminium- och magnesiumföreningar. Finns som mixtur vilken binder 85 mmol HCl/10 ml, samt tugg-tabletter som binder 25 mmol HCl/tablett.

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

1990

## 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 medicinsk kvinneforskning.

*Information:* Sekr för kvinneforskning, NAVF, Sandakeren 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

□ **27-31 maj.** Forskarutbildningskurs i pediatrik epidemiologi genomförs vid Institutionen för pediatrik, Uppsala universitet. Forskarstuderande eller blivande forskarstuderande, vilkas projekt har inriktning mot barn och ungdom är målgruppen.

*Information:* Claes Sundelin, tel 018-66 59 64 eller Finn Rasmussen, tel 018-66 59 63. Sista ansökningsdag 15 januari 1991.

□ **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 Allmenmedisin.

*Information:* Inst f Allmänmedisin, 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 Hägersten. Tel 08-46 58 57 eller 46 58 88.

### Apotekarsocieteten erbjuder följande kurser:

28 januari-1 februari och 8-12 april. I samarbete med Karolinska institutet. 5-poängskurs i Toxikologisk bedömning. Scandic Hotel Roslagen, Norrtälje.

Kursen vänder sig till kemister, ingenjörer, farmaceuter, läkare, veterinärer m fl som har till uppgift att bedöma toxikologiska effekter och risker.

Sista ansökningsdag 1 december 1990.

28 januari-1 februari och 8-12 april. Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning. Sigtuna.

En kurs för personer som inom läkemedelsföretag, sjukvård eller myndighet planerar, administrerar eller genomför kliniska läkemedelsprövningar.

Sista ansökningsdag 30 november 1990 respektive 8 februari 1991.

5-8 februari (block I) och 19-22 mars (block II). Utbildning i Biofarmaci/Farmakokinetik i Sigtuna.

Utbildningen är avsedd för farmaceuter, läkare m fl involverade i läkemedelsutveckling, -värdering eller -information.

Sista ansökningsdag 3 december 1990 (block I) respektive 21 januari 1991 (block II).

19-20 februari i Sigtuna och 30-31 maj i Lerum. Orienterande kurs i Klinisk läkemedelsprövning.

Kursens syfte är att ge en översikt av arbetet med kliniska prövningar. Den riktar sig till personer som på olika sätt deltar i eller planerar att delta i kliniska läkemedelsprövningar t ex läkare, sjuksköterskor, laboratoriepersonal, apoteksfarmaceuter, sekreterare/assistenter, produktspecialister och läkemedelskonsulenter.

Sista ansökningsdag 7 december 1990 respektive 2 april 1991.

24-26 april. Det kliniska prövningsprojektet - planering och genomförande. Aspenäs, Lerum.

Syftet med denna kurs är att ge fördjupad kunskap om planering och genomförande av klinisk läkemedelsvärdering.

Sista ansökningsdag 25 februari 1991.

### Upplysningar, kursbeskrivning med anmälningsblankett:

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

22-25 april. Kurs i Epidemiologi. Högberga Kursgård, Lidingö.

Kursinnehåll

- Mått på sjukdomsförekomst
- mått vid jämförelse av sjukdomsförekomst
- orsaksbegreppet inom epidemiologisk forskning
- olika undersökningsuppläggningar
- slumpmässiga och systematiska fel.

*Information:* Kurssekreterare Annette Lindberg eller utbildningsledare Monica Östberg Rosell, tel 08-24 50 85.

Sista ansökningsdag 10 december 1990.

### Välkommen till Balint-möte i Växjö 7-8 mars 1991

I vårmånaden mars hälsar vi er välkomna till det årliga Balint-mötet som Svensk förening för medicinsk psykologi brukar anordna. Föreläsare och handledare är Erich Franzke. Övriga handledare är Conny Svensson, Anita Häggmark och Kerstin Kaj.

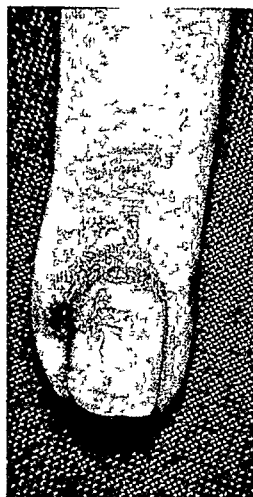
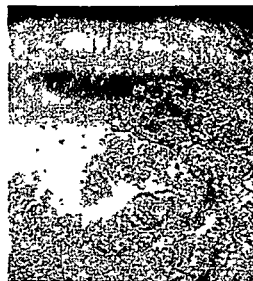
Starten blir kl 10.00 den 7 mars.

Vi håller till på hotell Carisma i Växjö Folkets park. Pris för de 2 dagarnas mat och logi i enkelrum blir 1000 kronor och i dubbelrum 800 kronor.

Kursavgift: 450 kronor.

Anmälan skickas till Utbildningssektionen, Berit Olausson, Centrallasarettet, 351 85 Växjö. Sista anmälningsdag 15 januari 1991.

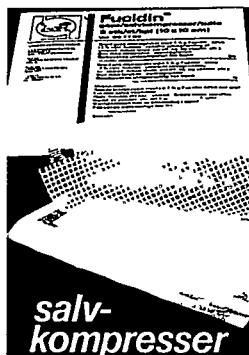
Förfrågningar kan göras till Nissa Årman, tel 0470-484 50 eller Per Andrén, tel 0470-225 00.



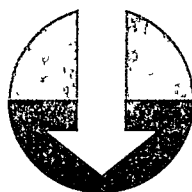
kräm



salva



salv-kompresser



# Lokal behandling med FUCIDIN<sup>®</sup>

fusid

**Indikationer:** Hudinfektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för fusidinsyra.

**Kontraindikationer:** Överkanslighet mot fusidinsyra.

**Biverkningar:** I enstaka fall har i början av behandlingen lätt irritation av huden förekommit hos patienter med fissurer och sår. Allergiska hudreaktioner i form av exantem och rash kan förekomma men är mycket sällsynta.

**Användning:** Fucidin kräm och salva appliceras 2-3 gånger dagligen på det infekterade hudområdet. Om ett skyddande förband anläggs är en applicering dagligen tillräcklig. Fucidin salvkompresser läggs på såret och täcks med lämpligt förband. På starkt vätskande sårytor bör kompressen bytas varje dag. Fucidin salva bör ej användas i ögonregionen pga viss lokalirriterande effekt av natriumsaltet.



LÖVENS LÄKEMEDEL  
Tel 040-756 30 • Box 404 • 201 24 Malmö

# Epidemiologi och allmänmedicin

KURT SVÄRDSUDD

"Epidemiologi is not perhaps a word which warms the heart of the average general practitioner". Citatet är hämtat från David Morrells bok "Epidemiology in general practice". Att denna situation inte bara gäller i Förenade Kungadömet kan illustreras med följande episod. Jag hade nyligen, vid en kurs för allmänläkare, en ung svensk allmänläkare som bordsgranne. Efter att ha förhört sig vad jag sysslar med, undrade hon om jag inte hade hamnat fel och i stället borde arbeta vid en socialmedicinsk klinik.

Epidemiologi och allmänmedicin har dock en stor gemensam kärna. Flera av epidemiologins pionjärer var allmänläkare. Epidemiologins fader, John Snow, var allmänpraktiker i Soho i London i mitten av 1800-talet och lyckades att med epidemiologisk teknik lokalisera orsaken till den 1854 grasserande koleraepidemin i området, och det tjuo år innan Pasteur upptäckte bakterierna.

Andra mera nitida exempel på betydelsefulla allmänläkarinsatser där epidemiologisk metodik kommit till användning är Pickles beskrivning av hepatitens spridningssätt och patogenicitet på 1930-talet, McBrides upptäckt av sambandet mellan thalidomidmedicinering och missbildningar på 1960-talet och Burkitts upptäckt och kartläggning av Burkittlymfomet i Östafrika vid samma tid, enligt honom själv till en kostnad av "twenty pounds sterling". Kostnaden bestod nästan uteslutande av brevporton, eftersom kartläggningen sköttes genom brev till kollegor i området, i vilka han bad dem att rapportera sina eventuella iakttagelser om sjukdomen. Hög kvalitet till låg kostnad har kännetecknat många av dessa allmänläkares insatser, även om Burkitt i det avseendet är extrem.

Episoden med bordsgrannen är ganska representativ för hur läkare i allmänhet ser på epidemiologi. Den uppfattas ofta som en socialmedicinsk angelägenhet, dels på grund av att registerepidemiologin tidigare dominerat verksamheten, dels på grund av att det vanligen varit socialmedicinare som undervisat i ämnet.

Under de senaste 20 åren har epidemiologin utvecklats mot två huvudgrenar, teoretisk epidemiologi och tillämpad eller klinisk epidemiologi. Inom den teoretiska epidemiologin, som domineras av icke-medicinare, arbetar man främst med teori- och metodut-

veckling, medan man inom klinisk epidemiologi, som domineras av medicinare, framför allt är ute efter att med epidemiologisk metod vinna ny medicinsk kunskap.

Ämnesområdet griper in i de flesta områden i medicinen. Epidemiologi är idag så mycket mer än enbart beskrivning av sjukdomsförekomst i befolkningen. Den ger en möjlighet att studera sjukdomars naturalhistoria. Ett exempel på det är den verksamhet inom kardiovaskulär epidemiologi som pågår i Göteborg sedan 1960-talet och där man kombinerat populationsstudier med kliniskt epidemiologiska studier av infarkt- och strokepatienter från det att de insjuknat, genom hela sjukhusperioden och den efterföljande uppföljningen i öppen vård, vilket gett oss detaljerad kunskap om hjärt-kärlsjukdomarnas orsaker, naturförlopp och därmed hur en effektiv prevention och behandling ska utformas.

Epidemiologin är också ett viktigt instrument för att utvärdera kliniska undersökningsmetoder. Som exempel kan nämnas det arbete, som under de senaste åren gjorts på många håll, bland annat inom primärvården i Kinda och Laxå, för att utvärdera metoderna för diabetesscreening och som lett till att blodsockermätning ersatt urintester. Ett annat exempel är den omvärdering av EKGs användbarhet vid hälsoundersökningar på 1970-talet, som ledde till att asymtomatiska "ischämiska" EKG-förändringar inte längre med automatik föranleder omfattande utredning. Ett annat viktigt område är utvärderingen av olika behandlingsmetoder. Sedan 1970-talet genomförs alla väsentligare kliniska prövningar med epidemiologisk teknik. Idag är det ett "måste" för att resultatet ska accepteras.

Epidemiologi är således en viktig klinisk arbetsmetod. Klinisk epidemiologi brukar ibland beskrivas som ett sätt att minska risken för att man ska dra felaktiga slutsatser av sina observationer och därmed minska risken för fel eller ineffektiva åtgärder. Den har därför sin givna plats inom alla medicinska discipliner, men kanske främst inom allmänmedicinen. Skälen till det är många. Allmänmedicinen är den största medicinska specialiteten, räknat som antal faktiska och potentiella patienter, och en ökad effektivitet i det medicinska handlandet får störst konsekvenser här. Det finns vidare en

historisk tradition inom allmänmedicinen att, medvetet eller omedvetet, använda epidemiologisk metodik, eftersom man ofta har att göra med en "totalpopulation", det vill säga man är ensam eller dominerande vårdgivare på orten. Vidare har de flesta företrädarna för den akademiska allmänmedicinen i Sverige en solid erfarenhet av klinisk epidemiologi och den allmänmedicinska epidemiologin präglar FoU-verksamheten i de flesta av regionerna.

Slutligen, om vi ska ha en epidemiologisk bevakning, eller i klartext kontinuerligt följa befolkningens hälsoläge, så är den allmänmedicinska epidemiologin den suveränt viktigaste informationskällan. Klinisk epidemiologi är därför i högsta grad "vårt bord" och något som borde värma allmänläkares hjärta.

## Ny professor i Uppsala

Till professor i epidemiologi vid Uppsala universitet tillika distriktsläkare i Uppsala kommun har förordnats docent Kurt Svärdsudd, Uppsala.

Under sin tid som medicinunderläkare i Boden, i början av 1970-talet, engagerades Svärdsudd i en epidemiologisk forskningsgrupp. Han har senare lett två stora epidemiologiska studier i Göteborg.

Svärdsudd var gästforskare i Minneapolis, USA, 1980-81. Han blev klinisk läkare vid Östra sjukhuset i Göteborg 1982 och innehar sedan 1987 motsvarande tjänst i allmänmedicin vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Som studierektor har han dels haft ansvar för grundutbildningen i medicin vid Uppsala universitet, dels hjälpt till att bygga upp en klinisk-epidemiologisk forskningsverksamhet inom Uppsala-Örebro-regionen.

# MAGSMÄRTOR.

Patienter med magsmärtor är ofta svåra att diagnostisera korrekt.  
Magkatarr? Gallsten?

# ALKOHOLISM?

För att kunna ställa en riktig diagnos är det viktigt att kontrollera patientens alkoholkonsumtion. Om det kan misstänkas att han eller hon missbrukar alkohol sedan länge, finns det goda grunder att undersöka pankreasfunktionen.

# PANKREATIT?

20% av alla alkoholister med mer än fem års missbruk drabbas av kronisk pankreatit med svåra magsmärtor till följd.

# PANKREON.

(pankreatin)

En första hjälp vid behandling av kronisk pankreatit är substitution med Pankreon-Enterokapslar eller Pankreon Enterogranulat.



Verksamma ämnen: Pankreasenzymmer. Indikation är sekretorisk pankreasinsufficiens med malabsorption, t ex kronisk pankreatit. Pankreon finns som enterogranulat (1,6 g pankreatin) och enterokapslar (0,3 g pankreatin).

Meda Kunskap Center erbjuder produkter, terapier, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi/IVA, Dermatologi, Diabetes, Egenvård, Exokrina Pankreassjukdomar, Hjärt- och Lungsjukdomar, Hörselvård, Kardiologi, Nutrition, Odontologi, Oftalmologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta.



## SFAMs rådgivande organ för läkemedelsstudier i primärvård

I ökad utsträckning sker studier av läkemedelseffekter på patienter utanför sjukhus, främst bland allmänläkarpatienter. Utbildning för intresserade allmänläkare, som avser delta i sådana studier, har genomförts av bland andra Apotekarsocieteten, och de kurserna återkommer. Många allmänläkare som deltar i läkemedelsprövningar saknar dock särskild utbildning för detta.

En del studier som planeras, har andra specialister än allmänläkare som ansvariga, även då patientmaterialet hämtas från primärvården (inklusive företagshälsovården). Detta kan förklaras av att erfarenheterna av och kunskaperna om hur läkemedelsstudier bedrivs finns inom andra specialiteter, men speglar ibland även ett förmyndartänkande från organspecialisten.

Till SFAMs styrelse har vid några tillfällen framförts behov av stöd inför ställningstagande till eventuell med-

verkan i läkemedelsprövningar. Stödet kan gälla värdering av frågeställning och uppläggning (protokoll) eller hjälp att värdera möjligheter att genomföra studien (tid, omfattning, ekonomisk ersättning). Därför har styrelsen beslutat inrätta ett "Rådgivande organ för läkemedelsstudier i primärvård"

### Syfte

Syftet med SFAMs "Rådgivande organ för läkemedelsstudier i primärvård" är att ge råd till allmänläkare som tillfrågas om medverkan i läkemedelsstudier och att ge råd till läkemedelsföretag inför studier bland allmänläkarpatienter. Ett mera övergripande mål är att bidra till att öka allmänläkarens kunskaper när det gäller att planera, genomföra och redovisa läkemedelsstudier.

### Öppet för alla

Det rådgivande organets existens annonseras på detta sätt. Information kommer också att tillställas LIF (läkemedelsindustriföreningen) och RUFU (representantföreningen för utländska farmaceutiska industrier). Avsikten är att i AllmänMedicin efterhand informera om planerade studier inom primärvården som kommit till gruppens kännedom.

Som medlemmar i detta rådgivande organ har SFAMs styrelse utsett professorerna Calle Bengtsson och Gösta Tibblin och distriktsläkarna Christina Nerbrand och Mats Ribacke. Beroende på frågeställningar och behov har gruppen möjlighet att adjungera kompetenser från andra relevanta områden.

Begäran om råd och hjälp kan kanaliseras till organet via samtliga gruppmedlemmar.

Mats Ribacke, ordförande i SFAM

## Rapport från en workshop i London, 30 maj – 3 juni 1990

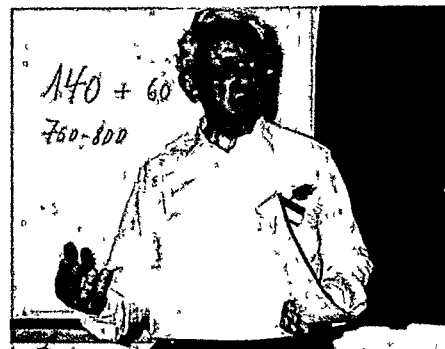
"Strategies, methods and assessment of vocational training and continuing education of general practitioners"

CHRISTINA NERBRAND · MARGARETA TROEIN

I samband med WONCA-kongressen i London 1986 diskuterade allmänläkare från Storbritannien och de nordiska länderna behovet av att utbyta erfarenheter av respektive länders system för utbildning av allmänläkare. Peter Pritchard, pensionerad general practitioner (GP) från Oxford, åtog sig att arrangera en workshop tillsammans med kolleger från Oxford

University. Peter Pritchard har ett stort kontaktnät bland nordiska allmänläkare, dels genom egna föreläsningar i Norden, dels genom att han under de senaste åren tillsammans med Gösta Tibblin ordnat kurser i Oxford om konsultation.

Nyckelord: Allmänmedicin, internationella jämförelser, kongressrapporter, London, utbildning.



Peter Pritchard, general practitioner från Oxford

Den 30 maj – 3 juni samlades drygt 60 deltagare på King's Fund College i London för några dagars intensivt arbete. Av deltagarna kom 25 från Storbritannien, tolv från vardera Finland och Sverige och sex från vardera Danmark och Norge. Island representerades av en allmänläkare. Alla deltagare var engagerade i utbildning i allmänmedicin för läkare på någon nivå – inom grundutbildning, AT-, specialistutbildning (vocational training) eller efterutbildning (continuing medical education). Ett par av deltagarna var pedagoger och hälften hade anknytning till universitetsinstitutioner. Trots stora organisatoriska olikheter mellan de sex länderna framkom att likheterna i grunden är mycket stora och att vi har mycket att ge varandra. Allmänmedicinen är en ung specialitet i alla länderna, men funktionen som husläkare och GP har en lång tradition.

De olika sjukvårdsorganisationerna präglar inte bara arbetsförhållanden, utan också specialistutbildning och efterutbildning, och detta diskuterades ingående under dagarna i London. Utvärdering av specialist- och vidareutbildning upptog stort intresse och diskuterades med stor inlevelse av alla deltagare, men någon perfekt modell för utvärdering finns inte.

#### Storbritannien

I värdlandet Storbritannien med 35 000 GP, och en lång tradition av primärvård, har under 1990 en stor omställning skett. Med syftet att förbättra sjukvårdskvaliteten i alla geografiska områden och främja preventivt arbete, arbetar nu de brittiska GPs med statliga och lokala kontrakt. Den lokala Family Practitioners Committee har fått utökad kontroll över verksamheten genom en dataregistrering av patienter, diagnoser och åtgärder. Royal College of General Practitioners (RCGP) har ställt sig bakom reformen då man anser att den innebär att en kvalitetssäkring blir nödvändig för alla läkare.

Den brittiska specialistutbildningen omfattar tre år, varav ett år inom allmänmedicin och två år på sjukhus. Handledaren, som godkänns efter intervju, inspektion och utbildning, arvoderas på årsbasis och åtnjuter hög status. En "regional advisor" har regelbunden kontakt med handledare och utbildningsläkare. Examination förekommer inte för erhållande av specialistkompetens, men medlemskap i RCGP grundas på ett inträdesprov.

Efterutbildningen finansieras genom att en ekonomisk garanti ställs till varje GPs förfogande under förutsättning att vederbörande deltar i fem dagars utbildning per år under en femårsperiod.



Deltagare i workshoppen

#### Danmark

I Danmark arbetar allmänmedicinerna som egna företagare och antalet allmänläkare bestäms genom en överenskommelse mellan sjukvårdshuvudmannen och läkarföreningen. Varje läkare har inskrivna patienter, cirka 1 500 per läkare.

Allmänmedicinen har ingen specialistutbildning, men det finns uppställda tjänstgöringskrav. Arbete pågår nu intensivt för att få en specialistutbildning som för övriga specialiteter.Handledning sker på läkarmottagningarna. Handledarna skall ha tre års erfarenheter samt minst 1 000 patienter inskrivna. Ingen utvärdering eller examen förekommer. Efterutbildningen garanteras ekonomiskt kontrakt och omfattar sex dagar per år då inkomstbortfallet ersätts.

#### Norge

I Norge kommunaliserades primärvården 1984. Allmänmedicin är sedan 1985 en egen specialitet. Ansvar för utbildningen har den norska läkarföreningen. Utbildningstiden är fem år, varav fyra år görs i allmänmedicin. Obligatoriska kurser, på sammanlagt 400 timmar, kompletterar tjänstgöringen. Handledning sker i grupp under hela utbildningstiden. Handledarna rekryteras bland erfarna allmänläkare och får en tre veckors utbildning. Specialistexamen förekommer inte.

Den norska efterutbildningen är obligatorisk sedan 1985 och skall under en femårsperiod omfatta 200 timmar kurser som godkänts av specialistföreningen (ej industrisponsrade kurser). Dessutom krävs tre månaders tjänstgöring på sjukhus eller en månads åskultation eller tre månaders forskning på allmänmedicinsk institution eller

100 timmars ytterligare godkända kurser. Finansiering av detta sker genom en efterutbildningsfond inom norska läkarförbundet.

#### Finland

I Finland är allmänmedicin specialitet sedan 1970. Sedan 1986 vilar ansvaret för specialistutbildningen på de allmänmedicinska institutionerna. Utbildningstiden är fem års tjänstgöring, varav två år inom allmänmedicin samt 120 timmars kurser. Slutexamen är obligatorisk.

#### Island

Islands primärvård är regionalt organiserad. Allmänmedicin är en specialitet sedan 1970. Specialistutbildningen sker i de skandinaviska länderna, i USA och Kanada enligt de där gällande specialistkraven, eller under fyra och ett halvt år, varav två år inom allmänmedicin. Efterutbildningen av de isländska allmänläkarna är också till stor del förlagd utomlands. Varje läkare får resa utomlands 15 dagar per år med full kostnadstäckning.

#### Hur går vi vidare?

Konferensen gav oss nya kunskaper om hur man i Storbritannien och våra nordiska grannländer organiserar utbildningar i allmänmedicin. Inför reformen av allmäntjänstgöring och specialiserings-tjänstgöring, som träder i kraft 1992, behöver vi inspiration för att utveckla en ändamålsenlig organisation med kompetenta handledare och studierektorer. Vi behöver utveckla innehållet i utbildningen, undervisningsmetoderna och metoderna att bedöma kompetensutvecklingen hos underläkarna. Vi har fått idéer, men vi behöver vidareutveckla, pröva och stämma av mot dem som prövat i andra länder. Därför är det glädjande att Paul Backer i Köpenhamn åtagit sig att arrangera en liknande workshop i Danmark om två år.

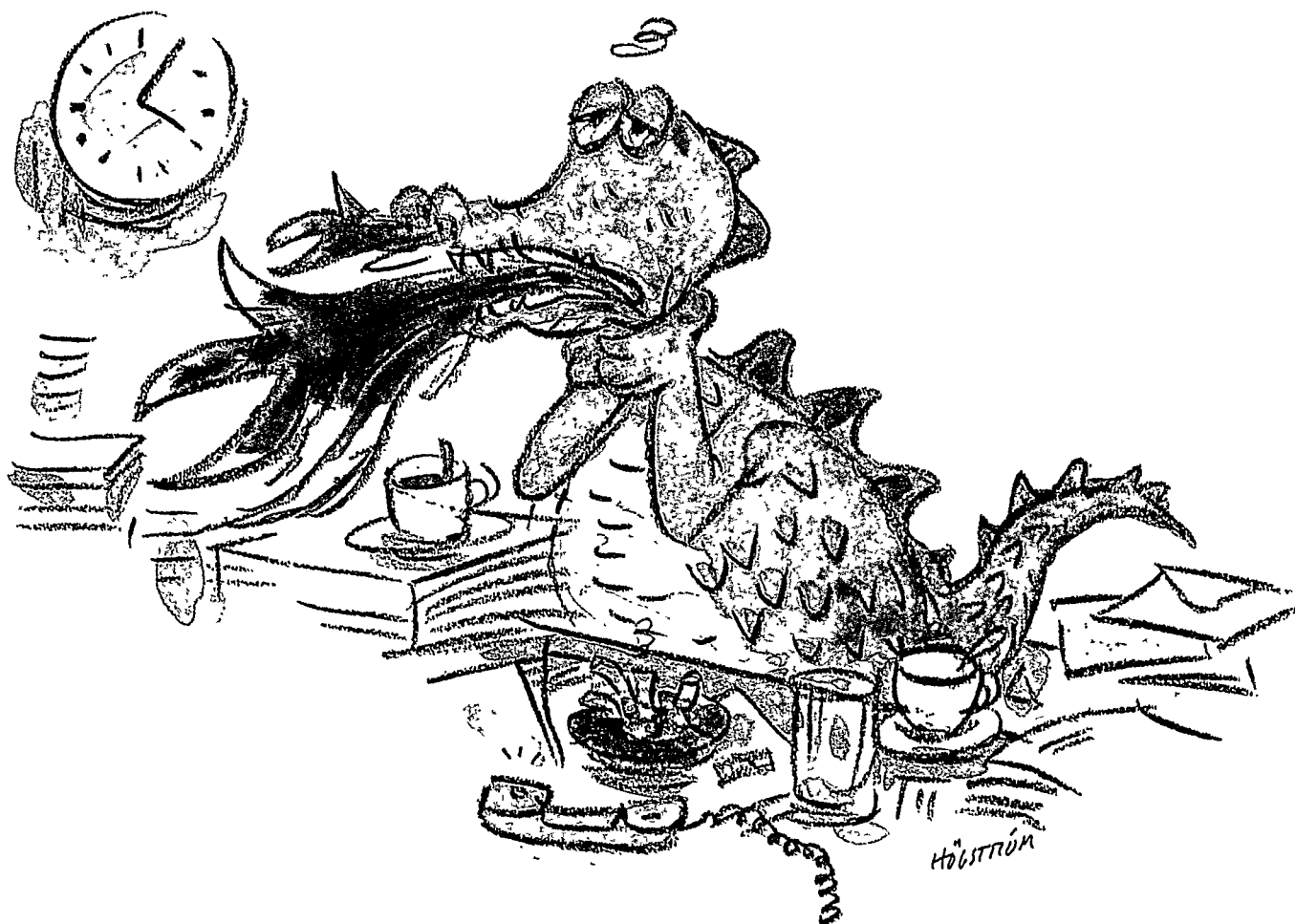


#### Författarpresentation

*Christina Nerbrand, distriktsläkare vid vårdcentralen Gripen i Karlstad och forskningsassistent vid allmänmedicinska institutionen i Uppsala.*

*Margareta Troein, distriktsläkare vid Gullviksborgs vårdcentral i Malmö och klinisk assistent vid institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö.*

# Link tabletter binder mer saltsyra!



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

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

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



En produkt från A.L. Läkemedel AB 08-7169265

# Från vårdcentral till kvartersakut

– en studie i produktivitet och kostnader

LB06523

GÖRAN SJÖNELL

*Inom ett primärvårdsområde har kostnader och produktivitet studerats. Den gamla organisationen med traditionell vårdcentral, där arbetet skett enligt vårdlagsprincipen, har jämförts med det nya sättet grupp praktik (i Stockholms läns landsting benämnt Kvartersakuten). Med oförändrat upptagningsområde men med utökad service, har antalet anställda minskats från 26 till 18. Kostnaderna har minskat med en miljon kronor per år, samtidigt som produktiviteten ökat med 18 procent. Inga väntetider till läkarbesök och inga klinikfärdiga patienter finns längre i distriktet.*

**Nyckelord:** Primärvård, kostnader, effektivitet, arbetsorganisation, grupp praktik, utvärdering, kvartersakut, Stockholm.

## Bakgrund

Efter att den svenska primärvården under 1950- och 60-talen dominerats av en-läkarstationer där provinsialläkare arbetade med enstaka övrigt anställda, började vårdcentralssystemet byggas ut. Vårdcentralerna i Dalby och Tierp kom i slutet av 1960-talet att bilda mönster (1). Med dessa vårdcentraler följde också ett fortsatt sjukhus-tänkande, det vill säga polikliniktänkande. Förhoppningarna om stordriftsfördelar med samordning av specialiserade funktioner dominerade tänkandet. Under 1970-talet kom många en-läkarstationer att läggas ner och successivt föras in i vårdcentralerna just för att stordriften och samordningen skulle kunna leda till förbättringar och utveckling. I slutet av 1970-talet och början av 1980-talet kom också distriktssköterskorna att inordnas i vårdcentralens verksamhet, distriktssköterskemottagningarna upphörde och många blev samordnade i vårdcentraler; så kallade vårdlag som att bli den nya modellen för svensk primärvård (2). Tanken var att vårdlaget, en grupp på sex till åtta anställda, sköterskor, undersköterskor, biträden, sekreterare samt en läkare, skulle ta ett gemensamt geografiskt ansvar för all primärvård inom ett distrikt, distriktsvård, förebyggande vård och hemsjukvård.

Vårdlaget, som från början var ett sätt att arbeta på vårdcentral med stor läkarbrist, kom snabbt att etableras som en organisationsmodell (3). Denna modell blev i stort sett tvingande i många landsting vid fortsatt utveckling av primärvården. Från distriktssköterskor och läkare på mindre mottagningar och även från befolkningen framfördes hela tiden protester mot denna centralisering av primärvården. De centralistiska krafterna var dock starkast och de flesta småmottagningar blev nedlagda.

Under mitten av 1980-talet började produktiviteten och effektiviteten inom primärvården att ifrågasättas. Effektiviteten har varit svår att beskriva, men produktiviteten har beskrivits. Allt mindre så kallade prestationer, det vill säga besök per satsad krona, blev utvecklingen under slutet av 1980-talet (4). Inom centrala Stockholms sjukvårdsområde, primärvårdsområde 1 - det vill säga Matteus, Johannes, Gustav Vasa, Adolf Fredrik och Storkyrkoförsamlingarna - har sedan 1979 ett aktivt utvecklingsarbete inom primärvården bedrivits. Matteus vårdcentral startades 1980 och resultaten har publicerats i ett antal rapporter (5-9) och i en akademisk avhandling (10). Brunkebergs vårdcentral med vårdlagsorganisation startades 1983.

Den 17 juni 1987 fattade Stockholms läns landsting beslut om ett nytt utvecklingsprojekt inom primärvårdsområde 1; så kallade kvartersakutmottagningar skulle etableras inom hela primärvårdsområdet och vårdcentralerna skulle upphöra att fungera enligt gamla rutiner (11). Avsikten med denna uppsats är att beskriva arbetsprocess och resultat (prestationer och kostnader) för Brunkebergs vårdcentral före och efter omorganisationen 1987.

## Studieområde

### Primärvårdsområde 1

Primärvårdsområde 1 består av 54 400 invånare, varav 4 300 är äldre än 80 år. Upp till 70 procent är rapporterade som ensamboende. En ökande andel barnfamiljer finns sedan fem år i området. Utvecklingen kännetecknas av att en- och tvårumslägenheter, som bebos av gamla, renoveras och slås ihop till tre-fyrrumslägenheter, där barnfamiljer flyttar in. Den socio-ekonomiska situationen i området liknar den i hela Stockholms kommun. Andelen socialhjälpstagare är 4 procent och andelen invandrare är 5 procent.

## Vårdcentral

Brunkebergs vårdcentral betjänar cirka 9 000 invånare inom Johannes församling. I området finns också två större servicehus med cirka 170 gamla boende (medelålder 89 år). Arbetet var innan omorganisationen upplagt enligt traditionell svensk vårdcentralmodell med vårdcentralledning och vårdlag. Inom primärvårdsområdet fanns en primärvårdsområdesledning med primärvårdsområdeschef och primärvårdsområdesförstärkt samt assistent. Vårdcentralledningen bestod av vårdcentralchef (0.25), vårdcentralsföreståndare och receptionist.

Verksamheten indelades i tre vårdlag och en barnvårdscentral. Varje vårdlag innehöll en distriktsläkartjänst, två till tre distriktsskötersketjänster, tre till fyra underskötersketjänster/biträdestjänster samt en läkarsekreterartjänst. Barnvårdscentralen bemannades med en barnsjuksköterska och ett vägbiträde. Den stora andelen undersköterskor berodde på ett stort behov av hemsjukvård inklusive de två servicehusen.

Efter omorganisationen 1987 försvann det traditionella vårdcentralarbetet och kvartersakut-team inrättades. Ledningen bestod inom primärvårdsområdet fortfarande av pvo-chef, pvo-föreståndare och assistent. Vårdcentralchef, vårdcentralsföreståndare och receptionist togs bort. Fyra självständiga kvartersakut-team inrättades med en distriktsläkare, en distriktssköterska, en undersköterska och 0.5 läkarsekreterare. En AT-läkare är knuten till ett av teamen.

Varje team utrustades också med en personator för journaler, recept, remisser och ekonomiadministration (kvitton, statistik etc). Varje team erhöll geografiskt ansvar för cirka 2 100 invånare inklusive barnhälsovård. På vart och ett av de två servicehusen inrättades en specialenhet med en distriktssköterska och en undersköterska, som enbart sköter hälso- och sjukvård vid servicehusen. Dessa två satellitenheter är kopplade till var sin kvartersakut. Inom den gamla vårdcentralen samarbetar två kvartersakuter med varandra i så kallade tvillingteam, vilket ger en basorganisation med en läkarsekreterare, två undersköterskor, två distriktssköterskor och två distriktsläkare, som med eget ansvar planerar för cirka 4 200 invånare.

Antalet tjänster var på Brunkebergs vårdcentral före omorganisationen 26 och har nu reducerats till 18 (Tabell I).

Den nya kvartersakutverksamheten

kom att bli målstyrd jämfört med tidigare. Befattningsbeskrivningarna är inte längre vägledande för arbetet, utan hälso- och sjukvårdsmålen inom det egna distriktet styr verksamheten.

#### Projektets mål

- Alla invånare inom primärvårdsområdet, som insjuknar akut och vilkas sjukdom ej kräver sjukhusets resurser, skall skyndsamt behandlas dygnet runt på mottagningen eller i hemmet.
- Alla invånare inom primärvårdsområdet med kronisk sjukdom eller befarad sjukdom, som inte kräver sjukhusets resurser, skall behandlas på mottagningen eller i hemmet under vardagar mellan kl 08.00–17.00.
- Vid alla läkar-, sköterske- eller undersköterskekontakter skall kontinuitet eftersträvas.
- De som önskar sjukvård i hemmet skall erbjudas sådan dygnet runt, både planerad och tillfällig.
- Förutom mödra- och barnhälsovård skall hälsoundersökningar och förebyggande insatser erbjudas invånarna i området. Program för förebyggande insatser skall genomföras, dels för den medelålders befolkningen med ett hälsovårdsprogram, dels för den äldre befolkningen, där distriktssköterskorna gör hembesök hos samtliga 75-åringar.
- Ge stöd till anhöriga och se till att den som vårdar sjuk anhörig i hemmet ges möjlighet till avlösning.

#### Metod

En analys av arbetsprocess, produktion och kostnad har gjorts vid Brunkebergs vårdcentral. För produktion har redovisade besök i Stockholms läns landstings öppenvårdsregister använts. En jämförelse mellan 1987 och 1989 har sammanställts. För beräkning av kostnader har löner och driftskostnader i 1988 års priser använts för beräkning såväl 1987 som 1989. För beräkning av kostnad för läkarbesök har förutom läkarlön och driftskostnad (exklusive hyra) även kostnader för tjänstgörande kringpersonal på läkarmottagningen inräknats.

#### Resultat

##### Vårdprocess

*Patientens kontakter med vårdcentralen 1987:* Om patienten ville ringa och fråga läkaren till råds eller besöka läkaren, var patienten tvungen att passera via patientmottagarfunktionen, det vill säga ringa till distriktssköterskan i vårdlaget, som bestämde hurvida patienten fick tala med, respektive träffa läkaren.

Tabell I. Jämförelse mellan åren 1987 och 1989 vad beträffar tjänster och besök.

|                    | Antal tjänster |           |             | Antal besök   |               |             |
|--------------------|----------------|-----------|-------------|---------------|---------------|-------------|
|                    | 1987           | 1989      | Förändring  | 1987          | 1989          | Förändring  |
| Distriktsläkare    | 3              | 4         | +25%        | 6 600         | 10 200        | +35%        |
| Distriktssköterska | 8              | 6         | -25%        | 10 800        | 14 000        | +35%        |
| Undersköterska     | 11             | 6         | -45%        | 13 000        | 11 800        | - 8%        |
| Sekreterare        | 4              | 2         | -50%        | -             | -             | -           |
| <b>Totalt</b>      | <b>26</b>      | <b>18</b> | <b>-31%</b> | <b>30 400</b> | <b>36 000</b> | <b>+18%</b> |

*Patientkontakt 1989:* Vid kontakt med kvartersakuten ringer patienten själv på läkarens telefontid, alternativt söker patienten läkaren direkt på öppen mottagning två timmar om dagen. I bägge fallen sker kontakten direkt mellan patient och läkare.

*Arbetsorganisation på mottagningen 1987:* Patienter, som kom till mottagningen, gick först till receptionen och betalade, därefter till väntrummet där undersköterska/bitråde tog emot, för att sedan komma in till läkaren.

*Arbetsorganisation 1989:* Patienten går direkt till läkaren. På förmiddagen arbetar läkaren tillsammans med läkarsekreteraren, som dessutom bistår läkaren i tvillingteamet. Ett par timmar mitt på dagen finns undersköterska/bitråde inne på mottagningen för att assistera läkaren. På eftermiddagen är läkaren ofta på hembesök, alternativt har mottagning utan assistent.

##### Barnhälsovård/BVC-organisation

*1987:* Ett vägbiträde och en barnsjuksköterska tjänstgjorde heltid och en barnläkare fyra timmar per vecka.

*BVC-organisationen 1989:* Distriktssköterska och distriktsläkare sköter barnhälsovård inom respektive distrikt med sköterskemottagning, telefontid och läkarmottagning regelbundet under veckan.

*Organisation på servicehus 1987:* Servicehusens hemsjukvård och andra vårdinsatser ingick i respektive vårdlags arbetsuppgifter.

*Organisation på servicehus 1989:* I den nya organisationen tjänstgör en distriktssköterska och en undersköterska på respektive servicehus. En läkare i respektive kvartersakutteam är ansvarig för läkarinsatsen, ofta genom mottagning på servicehuset ett par timmar per vecka.

#### Produktion

Distriktsläkartjänsterna har ökat med 25 procent och produktionen, det vill säga besöken med 35 procent (Tabell I). Totalt har antalet tjänster inom

samma upptagningsområde minskat med 31 procent medan produktionen har ökat med 18 procent. Den totala kostnaden för driften av Brunkebergs vårdcentral 1987 var 6.6 miljoner, medan driften av fyra kvartersakuter med samma upptagningsområde och samma arbetsuppgifter 1989, kostade 5.6 miljoner. Beräknad kostnad per besök (alla besök inräknade) blir 217 kronor jämfört med 156 kronor 1989. Vid beräkning av läkarbesökskostnaden har hänsyn tagits, dels till personalkostnaderna dels till driftskostnaderna exklusive hyran (inklusive kostnader för inköp och drift av ADB-systemet). I den gamla organisationen blev kostnaden 513 kronor per läkarbesök mot 287 kronor per läkarbesök i den nya organisationen, det vill säga en minskning med 44 procent.

För att få en jämförelse med Cityakuten, vars läkarbesökskostnad 1988 var beräknad till 245 kronor, har en kostnadsberäkning gjorts för den öppna mottagningen, där läkaren arbetar med samma patientklientel och under samma förutsättningar som på Cityakuten. Denna kostnad blir 201 kronor per läkarbesök (18 procent lägre).

I den nya kvartersakutorganisationen integreras BVC med verksamheten så att distriktsläkare och distriktssköterska ansvarar för barnhälsovården inom respektive distrikt. En särskild BVC-lokal har organiserats inom den gamla vårdcentralens väggar.

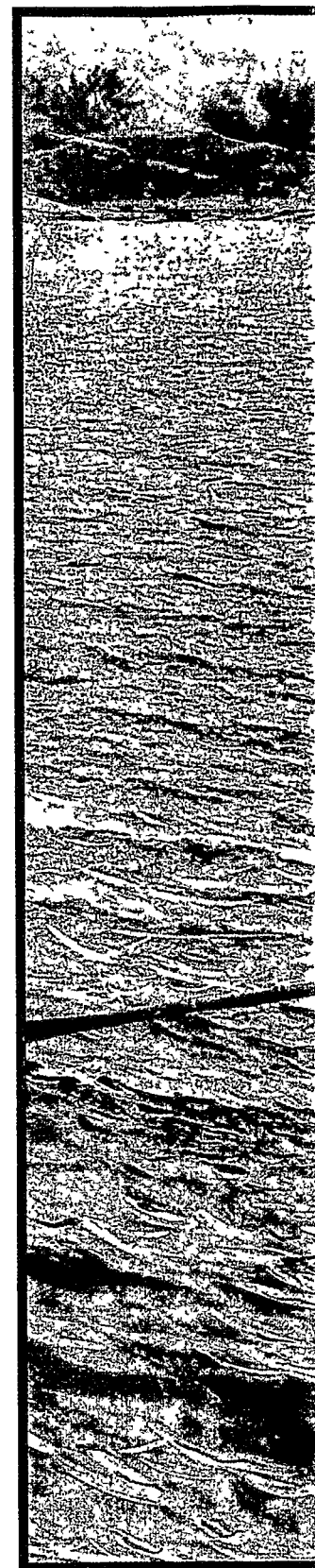
#### Effektmått

Att bedöma effekten av primärvårdens verksamhet är svår. Några mått går dock att bestämma. År 1987 var antalet "klinikfärdiga" patienter från Johannes församling på sjukhus i Stockholms läns landsting genomsnittligt 8–10 per dag; år 1989 var siffran 0–1. Väntetiden för oprioriterat läkarbesök var år 1987 10–14 dagar; år 1989 fanns ingen väntetid. Vidare har öppettiderna ökat. Tidigare fanns ej allmänläkare i tjänst på kvällar och nätter. I den nya organisationen delar alla 25 allmänläkarna vid kvartersakuten på jour med hem- och mottagningsbesök dygnet runt.

# Nytt antihypertensivum med tilltalande metabol profil.

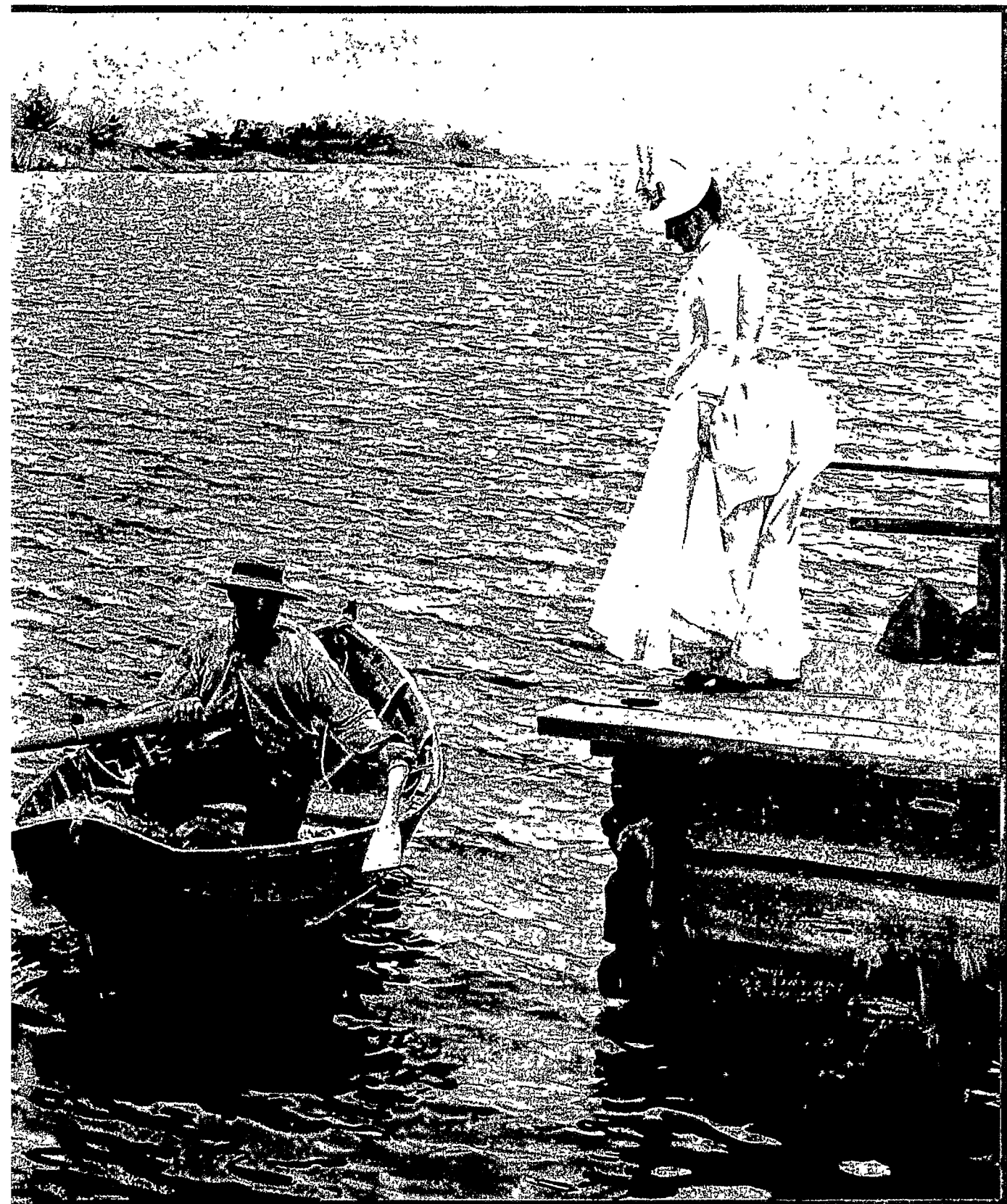
- Fördelaktig effekt på lipidmönstret
- Ingen negativ påverkan på glukosmetabolismen
- Fysiologiskt tilltalande verkningsmekanism med bibehållen fysisk prestationsförmåga
- En tablett om dagen

**Alfadil**   
(doxazosin)



#### Katalogtext

ALFADIL R. *Tabletter 1 mg, 2 mg och 4 mg C02C A04.* Blodtryckssänkande medel. Deklaration. 1 tablett à 1 mg innehåller: Doxazosin mesyl. res pond. doxazosin. 1 mg. lactos. 40 mg et constit. q.s. 1 tablett à 2 mg innehåller: Doxazosin. mesyl. res pond. doxazosin. 2 mg. lactos. 40 mg et constit. q.s. 1 tablett à 4 mg innehåller: Doxazosin. mesyl. res pond. doxazosin. 4 mg. lactos. 80 mg et constit. q.s. Egenskaper. Den verksamma substansen i ALFADIL tabletter har den generiska beteckningen doxazosin och är ett kinazolinderivat. Doxazosin utövar sin vasodilaterande effekt genom selektiv och kompetitiv blockad av postsynaptiska alfa-1-receptorer. Doxazosin absorberas så gott som fullständigt efter oral administrering. Biotillgängligheten är ca 63%. Maximal plasmakoncentration uppträder efter ca 2 timmar. Den maximala blodtryckssänkningen ses normalt efter 2-6 timmar. Proteinbindningen är hög (98%). Distributionsvolym: 1 l/kg. Clearance: 1,3 ml/min/kg. Doxazosin metaboliseras i stor utsträckning i levern och mindre än 5% utsöndras oförändrat. Den effektiva halveringstiden vid steady state är ca 10 timmar. Studier på äldre har ej visat några större farmakokineriska skillnader. I kliniska studier har visats att den blodtryckssänkande effekten kvarstår 24 timmar efter intag av ALFADIL tabletter. Toleransutveckling har ej observerats vid långtidsbehandling med doxazosin. Förhöjd plasmareninaktivitet liksom takykardi är sällsynt vid underhållsterapi. Doxazosin har visat effekter på blodlipiderna med en signifikant ökning av kvoten HDL/total kolesterol även vid långtidsbehandling. Inga negativa metaboliska effekter har visats. Indikationer. Hypertoni. ALFADIL tabletter kan användas som monoterapi eller i kombination med en tiazid eller beta-blockerande substans då behandling med diuretika eller betareceptorblockerare ej givit önskad effekt eller är olämplig. Kontraindikationer. ALFADIL rekommenderas tillsvidare inte till barn under 12 år. Försiktighet. tills ytterligare erfarenhet erhållits bör patienter med nedsatt leverfunktion kontrolleras noggrant. Graviditet. Kategori B3. Se speciellt avsnitt märkt (g). Erfarenheter från människa är begränsade men hitintills har ej någon form av säkerställd störning i reproduktionsprocessen kunnat



Anders Zorn. SOMMARNÖJE 1886. Akvarell på papper, 76 x 56. (beskuren)

taktigas. Fertilitets-studier på råttor som erhållit höga doser doxazosin har visat reversibla effekter på hanarnas fertilitet (fördröjd ejakulation). Amning. Kategori IV. Uppgift saknas om doxazosin passerar över i modersmjölk. Biverkningar. Forekommande biverkningar harrör huvudsakligen från preparatets farmakologiska egenskaper. Merparten av biverkningarna har varit övergående eller har tolererats vid fortsatt behandling. Vanliga (>1/100). **Allmänna:** Trötthet/illamående, kraftlöshet. **Cirk:** yrsel, postural yrsel, svindel, ödem. **CNS:** Huvudvärk, muskelkramp. **GI:** Förstoppning, dyspepsi. **Luftvägar:** Andnod, nästappa. **Psyk:** Fördröjd ejakulation, apati. **Urinvägar:** Tata trängningar, ökad urinutsöndring. **Ögon:** Ackommodationsstörningar. Mindre vanliga. **Allmänna:** Ansikts/genereellt ödem, synkope, ansiktsrodnad, feber/frossbrytningar, blekhet. **Cirk:** Postural hypotension, arytm, perifer ischemi, angina pectoris. **CNS:** Darrningar, muskelstelhet. **GI:** Anorexi, aptitökning. **Hud:** Alopeci. **Luftvägar:** Näsblood, bronkospasm, hosta, faryngit. **Metabol:** Torst, hypokalemi, gikt. **Muskuloskel:** Muskelsmärta, ledsvullnad/ledvärk, muskelsvaghet. **Neuro:** Smakförändringar. **Psyk:** Mardrömmar, minnesförlost, känslolabilitet. **Urinvägar:** Inkontinens, urineringsstörningar, dysuri. **Ögon:** Onormalt tårflöde, fotofobi. **Öron:** Susningar. Sällsynta (<1/1000) **Cirk:** Cerebrovaskular störning. **Metabol:** Hypoglykemi. **Luftvägar:** Siruphuvudödem. **Dosering.** ALFADIL tabletter ges en gång dagligen. Initialdosen är 1 mg. Dosen kan beroende på terapivar ökas till 2 mg efter 1-2 veckor. Om nödvändigt kan dosen sedan fördubblas. Doser på upp till 16 mg har använts men dygnsdoser över 8 mg ger sällan ytterligare blodtryckreduktion. Förpackningar och priser. Tabletter 1 mg (vita, runda, prägling CN-1). 28 st (dagmärki, tryckpack) 131:70, vnr 157370. 98 st (dagmärki, tryckpack) 418:70, vnr 130120. Tabletter 2 mg (vita, avlånga, välvada med skåra, prägling CN-2). 98 st (dagmärki, tryckpack) 481:70, vnr 157396. 100 st (glas) 491:20, vnr 157388. Tabletter 4 mg (vita, rombiska, gravyr CN-4). 98 st (dagmärki, tryckpack) 557:30, vnr 157784. 100 st (glas) 568:40, vnr 157578.



## Diskussion

Den utveckling av svensk primärvård, som ledde till byggandet av stora vårdcentraler och centraliserade enheter, har vid det redovisade försöket vänts mot den utveckling, som mer går tillbaka till den gamla organisationen med självständiga provinsialläkare och distriktssköterskor. Samordningsfördelar inom vårdcentralorganisationen har dock bibehållits så att dessa självständiga, mindre enheter kan samverka med varandra, framför allt vid semester och annan planerad frånvaro. Vid plötslig sjukfrånvaro finns också en möjlighet att få hjälp och stöd från medarbetare i tvillingteamet och möjligen också i syskonteamet, det vill säga det andra dubbelteamet som finns inom vårdcentralen.

Verksamheten har inriktats på målstyrning och därmed har arbetsinnehållet klart förbättrats. Allmänläkarna har fått möjlighet att verka inom hela det allmänmedicinska fältet och med ett befolkningsunderlag som är rimligt. "Vårdcentralbyråkratien" som etablerats under 1970- och 1980-talen har många gånger kommit till beroende på allmänläkarbrist. Patientmottagarfunktion, reception etc, är ju till för att effektivisera organisationen avseende medicinsk angelägenhetsgrad. De mest sjuka patienterna skall gå till läkare, de andra behöver inte gå till läkare. Detta leder dock till dubbelarbete och begränsad frihet för patienterna att själv välja vårdnivå, samt skapar ett osjälvständigt, styrt och stressat arbete för allmänläkarna. Detta gamla synsätt har nu ersatts. Patienten bestämmer om sin egen hälsa och vem han/hon vill konsultera.

Tidigare hade läkaren en sköterska, som hela tiden svarade i telefon och planerade mottagningen och bokade in patienter, en undersköterska, som hela tiden assisterade och hjälpte till, samt en heltidssekreterare som skrev ner alla de långa journaldiktaten.

I den nya organisationen arbetar läkaren ensam på öppen mottagning utan någon assistans alls. Två timmar om dagen finns en undersköterska till hjälp vid planerade undersökningar där assistans behövs. Läkaren har också endast en halvtids läkarsekreterare till hjälp, detta beroende på att datorisering och effektiv ADB-behandling av journaler, laboratoriervar etc. minskat behovet av sekreterarhjälp.

Den miljon kronor, som har kunnat sparas på Brunkebergs vårdcentral genom omorganisationen, har använts till att starta ett kvartersakutteam i Gamla Stan, där tidigare i stort sett ingen primärvård existerade.

Försöket visar sålunda, att inom en primärvårdsbudget, finns stora rationaliseringsmöjligheter. Medel kan friställas för att utveckla verksamheten i områden, där god primärvård saknas.

Medel kan också friställas för att förändra kompetensen i vårdteamet och skapa utrymme för en tillräckligt stor allmänläkarkår. Minst hälften av de allmänläkare, som svenskarna efterfrågar och önskar, fattas idag. Där emot finns det gott om vårdcentraler, journalarkiv, undersökningsrum, vårdplaneringspärmar, RP-blanketter, mottagningsköterskor och övrig personal ute i svensk primärvård.

Förändringen vid före detta Brunkebergs vårdcentral visar, att stora potentialer för utveckling av allmänläkarvården finns inne i systemet. Dessutom har produktionen ökat, kostnaden starkt minskat och väntetiden försvunnit. Primärvården i Johannes församling i Stockholm har givits bättre möjligheter att uppnå sin målsättning, det vill säga helhetssyn, kvalitet, närhet, lättillgänglighet och kontinuitet.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Förslag till ett principprogram. Stockholm: Socialstyrelsen, 1973.
2. Svanström L, Boström G. Vårdlag i svensk primärvård. Läkartidningen 1984;81:737-8.
3. Primärvårdens organisation. SPRIRapport 147. 1983.
4. Läkartidningens förslag till vårdcentraler - en dyrbar felsatsning. Dagens Nyheter 1983-09-07.
5. Edgren A, Mårtensson L, Nyström E, Sjönell G. Distriktssköterskearbetet vid Matteus vårdcentral. AllmänMedicin 1984;1 suppl 6.
6. Aldenbro M, Dannefalk C, Degerman B et al. Matteusbor på sjukhus - kan några vårdas hemma? AllmänMedicin 1984;1 suppl 7.
7. Boström G, Nordin E, Sjönell G, Öhmark M. Enkätundersökning angående föräldrars attityder till barnvårdscentral typ I-II i Stockholms innerstad. AllmänMedicin 1984;1 suppl 8.
8. Larsson S, Sjönell G. Akutbesök vid vårdcentral i Stockholms innerstad. AllmänMedicin 1984;1 suppl 9.
9. Boström G, Sjönell G. Matteus vårdcentral. IV Befolkningens åsikter. AllmänMedicin 1984;1 suppl 10.
10. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area. Stockholm: Karolinska institutet, 1984.
11. Tjänsteutlåtande: Detaljförslag för försök med ny organisation inom primärvårdsområde 1, Centrala Staden - Norrmalm. Dnr 142/689-86.

## Författarpresentation

*Göran Sjönell, med dr, distriktsoverläkare*

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.



## FALLBESKRIVNING

# Sen diagnos av Lues

ANNICA LARSSON

Denne man sökte, för några år sedan, vårdcentralen på grund av sår på vänster fot. Han var då 65 år gammal, ogift, inga barn, ensamboende, icke-rökare och i övrigt skötsam. Han hade tidigare arbetat på kontor.

På 1950-talet opererades han för åderbräck och reopererades på 1980-talet. Patienten sökte först distriktssköterskan för 2 centimeterstora sår på vänster fottrygg. Dessa hade vallartad kant och smetig botten. Arteriae dorsalis pedis palperades bilateralt utan anmärkning. Han promenerade flera timmar dagligen och kände sig helt frisk och hade ej magrat. Såren omlades av distriktssköterskan initialt tre gånger och blev bättre, varför patienten fortsatta omläggningen själv hemma. Han återkom till distriktssköterskan efter några månader, då såren förvärrats senaste månaden. Han hade då, på vänster fottrygg, ett område på cirka 5x5 cm i storlek med vallartad kant runt. Inom området fanns flera 1/2-1 cm stora smetiga sår med mellanliggande hud upphöjd över en gemensam smetig botten. Området var helt oömt och fotpulsarna palperades utan anmärkning.

Laboriostatistatus och sårodling togs. Patienten sattes på Heracillin. Hb 150, SR 28 mm, fastebloodsocker 4.7, vita utan anmärkning liksom leverstatus. Sårodling visade rikligt difteroida stavar. WR var positiv 1/7680. Patienten blev oerhört förvånad över diagnosen. Han hade haft ett 20-årigt stadigt förhållande med en manlig vän, vilken hade avlidit 15 år tidigare. Därefter hade patienten inte haft några sexuella kontakter. Han uppgav, att han aldrig haft några genitala sår.

Patienten remitterades till Hudklinik och behandlades för lues typ 3 med Intencillin 4 ml intramuskulärt i 15 dagar. LP visade inga tecken på CNS engagemang, men röntgen thorax visade tecken på en aneurysmatisk vidgning av aorta ascendens med viss förkalkning, som kan ses vid lues typ 3. Patienten följs tills vidare från Hudklinik för serologiska kontroller.

## Författarpresentation

*Annica Larsson, distriktsläkare*

Postadress: Råsunda vårdcentral, Stråkvägen 7, 171 38 Solna.



# Examinandernas syn på deltagande i examen

BIRGITTA OLSSON

*För att belysa examinandernas upplevelser, av och syn på examinationen, det praktiska genomförandet, vad som var positivt respektive negativt, har intervjuer genomförts med de elva blivande eller nyblivna allmänläkare som deltagit i examen cirka tre veckor efter examenstillfället. Från att ha varit tveksamma till examen kom man under processens gång att känna det värdefullt att delta, att man fick bekräftat att man lärt sig en hel del under utbildningen och att deltagande i examen medfört att man fått bättre insikter i sina egna förutsättningar.*

**Nyckelord:** Examination, allmänläkare.

## Synpunkter på idén med examination

När examinanderna först blev tillfrågade om de ville delta, tyckte de att det var svårt att få grepp om vad examen handlade om, vad syftet var och vad examen skulle innehålla. Man tyckte att systemet med examen verkade kunna ge utrymme för godtycke genom att utlämnas åt enstaka personers omdöme. Någon hade reagerat mot just benämningen examen och menade att det förde tankarna till utvecklandet av ett individuellt kontrollsystem, prövning av enskilda individer eller ytterligare påbud från samhällets sida. De var i stort sett överens om att idén var god, att det finns brister i nuvarande system och därmed behov av utvecklandet av ett styrsystem för utbildningen, framför allt för att ge riktlinjer för handledningens innehåll. Trots att man tyckte att deltagandet verkade arbetsamt och att förberedelse tiden var kort, blev man ändå intresserad av att delta på grund av möjligheten att få vara med och påverka utformningen av examinationen, målen för den framtida utbildningen och, på sikt, allmänmedicinens status.

## Levnadsbeskrivning

De som var positiva till detta moment menade, att det kan vara bra att beredas tillfälle att reflektera över sig själv som person och yrkesutövare och samspillet däremellan. Framför allt för att examinand och examinator gavs tillfälle att lära känna varandra. De som var

AllmänMedicin, 1990;3:115.

## EXAMEN I ALLMÄNMEICIN

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

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

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

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

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

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

Ulf Måwe

tveksamma till detta moment, tyckte att det inte tillförde något. De ställde sig också frågande till den personliga delen med t ex make/makas arbete. Detta var också ett av de moment som de, som avböjt deltagande, varit mest negativa till.

## Litteraturlista

Examinanderna menade, att detta moment kanske hade kunnat fungera, om man vetat om det redan från början av FV-tiden och regelbundet kunnat göra noteringar. Att i efterhand konstruera en lista på både fack- och skönlitteratur som betytt mycket, menade man var i stort sett omöjligt. Intresseinriktning och utvecklingsstadier avlöser varandra och det som under en period är viktigt och givande, kanske förefaller mindre viktigt under senare perioder. Dessutom menade man att man inte bara påverkas av litteratur i sin yrkesutveckling. Olika konstarter, som t ex musik, möten med människor, patientrelationer, kurser och naturupplevelser, påverkar på olika sätt och att det därför känns mycket fyrtkantigt att isolera just litteratur ur mångfalden av faktorer som tillsammans påverkar.

## Utbildningssammanställning

Detta moment, menade man, hade gett tillfälle att reflektera över handledningens utformning och att man nu i efterhand förstått vad man hade kunnat förvänta sig under utbildningen. De flesta hade under FV-tiden uppfattat sig som en extra arbetskraft och bara frågat i akuta situationer. Man hade nu insett att det skulle ha varit värdefullt med kontinuerlig kontakt med handledare från primärvården för att behålla det allmänmedicinska perspektivet. Handledningen skulle inte

bara innebära att man har någon att fråga när det kniper, utan också plan och målsättning med handledningen.

## Eget skriftligt arbete

Nästan alla var överens om att detta moment var viktigt och har en självklar plats i examinationen. Några menade att det var just detta moment som avskräckte mest, beroende på den knappa tiden som stått till förfogande. Man menade att det skriftliga arbetet måste påbörjas i och med att man börjar sin FV-utbildning så att man har en chans att komma med något mer genomtänkt. Man får då också vetenskaplig handledning, riktlinjer för hur arbetet ska utföras och vilka krav som ställs på artikel respektive vetenskapligt arbete vid publicering.

## Genomgång av insänt material

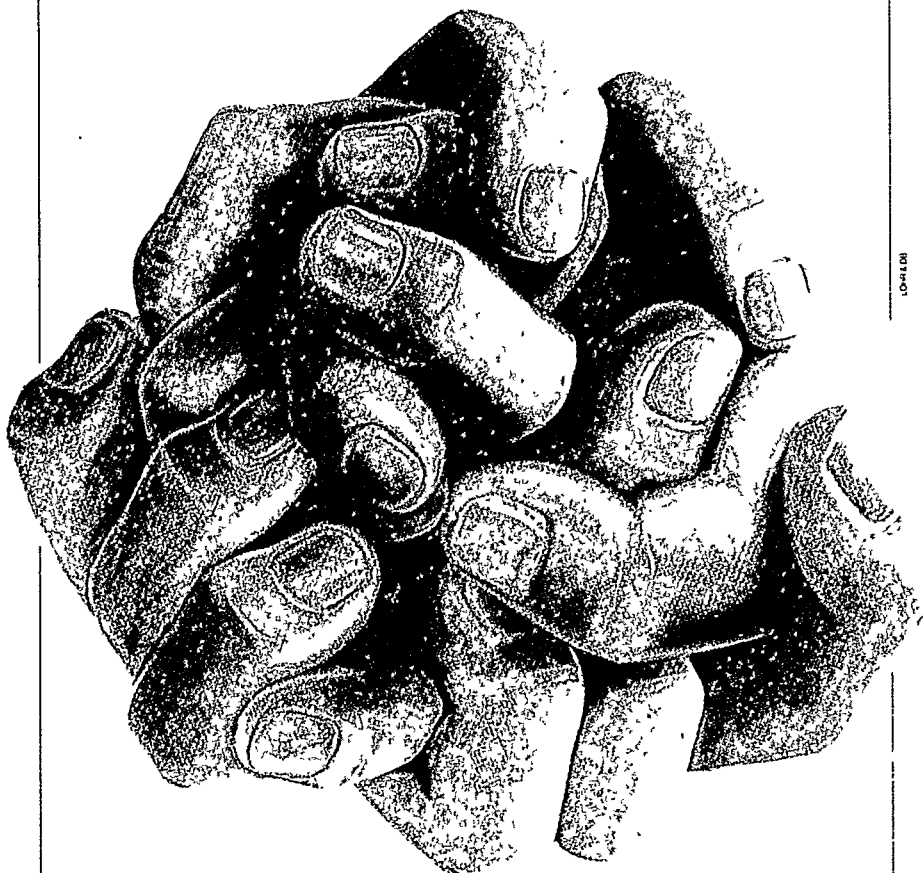
Detta moment upplevdes också som värdefullt. Man uppskattade möjligheten att få redovisa muntligt, vilket uppfattas som lika viktigt som den skriftliga redovisningen. Man menade också att diskussionerna kanske hade gett mer om examinatorerna fått tid att ordentligt granska materialet i förväg och att också de övriga examinanderna hade beretts tillfälle att läsa igenom varandras arbeten för att på så sätt få ut mer av genomgången.

## Handledaryttrande

Här var man överens om att bedömningen krävde kontinuerlig och god kontakt med handledare, vilket alla inte haft. Yttrandet som sådant, med de punkter som ingick, upplevdes dock relevant och borde, enligt de flesta, återkomma fortlöpande under utbildningen som en dialog mellan underläkare och handledare. Man bör

# När ångest slår knut på livet.

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



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

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

## Sobril®

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

**KABI**  
Pharma

Tel 08-705 40 00

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

få veta var man själv står och upptäcka eventuella brister, men också kunna ge riktlinjer för vad som förväntas av handledaren. Som det nu var upplevde man att handledaren inte kände till vad som skulle bedömas och att man därför, för säkerhets skull, gav ett "genant högt betyg".

Man kom också med förslag på tillägg, som t ex förmågan att samverka med andra samhällsliga instanser, hur man sköter MVC och BVC, hur man utnyttjar det kursutbud och andra möjligheter till vidareutveckling som står till förfogande.

#### Yttrande om handledningstiden

De frågor som här skulle besvaras uppfattades som vettiga, men även här förutsätts fungerande handledning. Man undrade över vad som är målsättningen med handledningen och hur frågorna är relaterade till den? Vad kan man som FV-läkare förvänta sig av en handledare?

Någon påpekade att frågan om möjlighet funnits att delta i Balint-grupper saknades, liksom kontinuitet i handledningen och någon slags övergripande värdering om vad man fått lära sig. Även bedömning av hur aktiv handledare varit, t ex förmåga att finnas till hands, stödja och tipsa om kurser med mera.

#### Konsultation genom auskultation

Detta moment upplevdes som mycket bra, men borde enligt examinanderna ingå fortlöpande under utbildningen. Det skulle ge ett utmärkt tillfälle till feedback och egen utveckling av förmågan att handskas med patientkontakter. Man tyckte på det hela taget att momentet gett en rättvis bild av hur man fungerar i en patientkontakt, även om några tyckte att situationen kändes lite speciell och att man var lite spänd då man inte var van vid denna situation.

#### Konsultation genom video

En del hade tidigare varit med och gjort videospelningar. De andra tyckte det var roligt att konfronteras med ett hjälpmedel som ger så stora möjligheter till utveckling. Flertalet var också inställda på att använda sig av video även i fortsättningen, men att man då måste lära sig behärska tekniken.

#### Skriftligt prov

Alla var överens om att någon form av kunskapsprov bör ingå i examen. De flesta tyckte att skrivningsfrågorna var bra, att de väl speglade en distriktsläkares vardag och att de testade problemlösningsförmåga, omdöme och förmåga till överblick. Några tyckte att skrivningen var väl lätt och att några mer invecklade frågor också kunnat ingå liksom frågor som även

mäter medicinsk kunskap. Här såg några en risk i att kunskap inom allmänmedicinen annars kan komma att uppfattas som alltför allmän eller "flummig".

#### Genomgång av skriftligt prov

Möjligheten att diskutera skrivningen uppskattades, eftersom formuleringen av frågorna gjorde att svaren fick en diskuterande karaktär. Man tyckte att man fått gehör för sina synpunkter och hade möjlighet att rätta till eventuella missförstånd, även om några upplevde att tiden för genomgången var alltför knapp.

#### Skriftlig dokumentation

##### – journalgenomgång

Samtliga tyckte att detta moment var värdefullt, och att det borde återkomma regelbundet med handledaren under utbildningen. Några var lite missbelåtna och tyckte att de inte fått kommentarer och kritisk värdering av sin journalföring som de hade önskat.

#### Gruppdiskussioner

Man upplevde det värdefullt med denna sammanfattning av hela processen och kände sig rättvist bedömda av examinators. De flesta uppfattade "sin" examinator som kunnig och omdömesgill men påpekade att det är viktigt att personkemin stämmer.

I detta pilotförsök var alla entusiastiska och positiva, både examinander och examinators, men hur blir det när examen genomförs rutinmässigt och mer motvilligt och man tilldelas en examinator man inte kommer överens med? Någon större fara såg man dock inte i att utlämnas åt en enda examinators bedömning. Man menade att handledarens roll kommer att förstärkas och blir då viktigare och mer central än examinators. Några föreslog en "kvalitetskontroll" av examinators - betygssättning ("examen"). Någon tyckte att man måste betona vikten av att examinators själva är kliniskt verksamma inom primärvården.

#### Quo vadis

Detta moment var annorlunda än vad man väntat sig och syftet var oklart. Några tyckte att de fick klart för sig att det är viktigt att ställa krav på sin arbetsituation.

#### Middag

Den avslutande middagen uppfattades som en värdig avslutning på examinationsprocessen. Det kändes högtidligt men kanske lite väl dyrt och vråktigt.

#### Sammanfattande omdömen

Från att ha varit tveksamma eller till och med negativa till deltagande i examen, tyckte nu samtliga att det kändes bra och nyttigt att ha deltagit. Det var

värdefullt att på detta sätt få en sammanfattning av vad man gjort och att få bekräftat att man lärt sig en hel del under alla år av utbildning - "man har ju faktiskt en hel del att komma med".

Man tyckte också att det väsentligaste som en allmänläkare bör behärska kommit med, även om några tyckte det var för få kunskapsmoment. Att man t ex kan ha luckor somatiskt utan att det kom fram i examen. Någon påpekade också att den samhällsliga aspekten försummas - vad man som distriktsläkare betyder för en befolkning. Någon tyckte att den administrativa delen av arbetet försummas, att det blivit för allmänt och att för mycket tonvikt lagts på relationen till enskilda patienter. Någon menade också att man bortsett från relationen till grupper av patienter. Man var dock på det klara med, att ambitionsnivån sänkts just vid detta tillfälle och förutsatte att fortsatt examen måste förberedas redan när man påbörjar sin FV-utbildning. T ex måste det skriftliga arbetet planeras och utföras under vetenskaplig handledning. Man tyckte också att vissa moment har en självklar plats under hela FV-tiden - att man regelbundet sitter med vid konsultationer, att man regelmässigt använder sig av video och att handledaryttrandet utgör en kontinuerlig dialog mellan underläkare och handledare.

Sammanfattningsvis kan man, utifrån de synpunkter examinanderna framfört, dra slutsatsen att examinationen väl överensstämmer med arbetsgruppens intentioner:

- att man genom deltagande fått bättre insikter i sina egna förutsättningar och var man själv står och därmed också bättre förutsättningar att fortsättningsvis styra sin kunskaps- och färdighetsutveckling;
- att examen kan fungera som en utvärdering av utbildningssystemet och även ge riktlinjer för och bättre styrning av utbildningen och framför allt handledningens utformning.

#### Författarpresentation

*Birgitta Olsson, samhällsvetare*

Postadress: Samhällsmedicinska enheten, Köpmargatan 36 B, 951 32 Luleå.

NY FÖRENING BILDAD!

# SVENSK FÖRENING FÖR FÖREBYGGANDE MEDICIN

bildades i samband med tvådagarskonferens om förebyggande av hjärtkärlsjukdomar som hölls i Mullsjö den 14—15 maj 1990.

Föreningens ändamål och målsättning är att:

- \* Uppmuntra, underlätta och stödja praktiskt förebyggande arbete i Sverige.
- \* Sprida information mellan medlemmarna om bland annat bra metoder och arbetssätt för att lyckas med förebyggande arbete.
- \* Verka för att det bildas aktiva lokalföreningar där utbildning, erfarenhetsutbyte m m kan ske.
- \* Medvetandegöra och påverka samhälle, makthavare, organisationer m fl i hälsofrågor.

Föreningen är till för sjuksköterskor, dietister, undersköterskor, hälsoplanerare, läkare, sjukgymnaster med flera som arbetar aktivt med förebyggande verksamhet eller som har ett intresse att starta förebyggande verksamhet.

Föreningens styrelse består av: Calle Bengtsson (professor, Göteborg, ordförande), Cecilia Björkelund (studentläkare, Uppsala), Gideon Hellsten (distriktsläkare Norsjö), Lars Jerdén (distriktsläkare, Falun), Ulla Lindström (hälsoplanerare, Jönköping, kassör), Kjell Lindström (distriktsläkare, Habo), Lena Sahlstedt (apoteksbolaget, Stockholm), Kerstin Wikmar (dietist, Stockholm).

Medlemsavgiften är 50 kronor per år.

Alla medlemmar erhåller inbjudan till årlig konferens och får informationsmaterial minst två gånger per år.

VILL DU/NI VARA MED?

Anmäl i så fall namn och adress till Kjell Lindström, Vårdcentralen, Box 204, 566 00 Habo, tel 036-410 00 vx så får Du ytterligare information samt inbetalningskort.

## Läkemedelsfortbildning för distriktsläkare

**BARN OCH ASTMA** är ett nytt utbildningsmaterial som kommit ut "av distriktsläkare för distriktsläkare".

Materialet omfattar två häften om 26 respektive 28 sidor, sammanställt av distriktsläkarna Christer Merck och Lars E Nilsson tillsammans med Ian Mac Dowall, pediatriker, samt Anders Carlsten, informationsapotekare. Om Du är intresserad och

inte redan har en kontaktperson för den här fortbildningsverksamheten på Din vårdcentral, så anmäl Dig till

Kristina Otterskog, Avd Läkemedelsval, Apoteksbolaget AB, 105 14 Stockholm, (tel 08/666 73 95).

# Frågor och svar

LARS-OLOF HENSJÖ



APOTEKSBOLAGET

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

För att ge ökad spridning av frågor/svar som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna, kommer jag att publicera några frågor som kan intressera läsekretsen i tidskriften Allmän-Medicin. Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna spalt, skriv eller ring till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/38500.

Denna gång presenteras frågor från LIC Huddinge.

## FRÅGA

Är Lepheton (etylmorfin och efedrin) och kodein lämpliga preparat under graviditet?

## SVAR

**KODEIN:** Varierande uppgifter om teratogena effekter i djurförsök föreligger. Ingen dokumentation om fosterskadande effekt på människa. Vid kodeinbehandling i graviditetens slutskede kan det finnas risk för abstinenssymtom hos det nyfödda barnet.

**ETYLMORFIN.** För etylmorfin saknas modern dokumentation och den internationella erfarenheten är liten. Vid aktuell litteraturgenomgång har vi inte funnit någon dokumentation om etylmorfin under graviditet. Det är sannolikt att de risker som är involverade vid kodeinbehandling även gäller etylmorfin.

**EFEDRIN.** Teratogena effekter har iakttagits i vissa djurstudier, i vissa fall också lättare hemodynamisk påverkan på moder och foster. Resultat av eventuell CNS-påverkan på fostret har inte närmare diskuterats. En tendens till ökad frekvens av mindre missbildningar, som ljumskbräck och klumpfot, har associerats till hela gruppen av sympatomimetika.

Både Lepheton och olika kodeininnehållande preparat är kategoriserade i FASS som grupp A vid graviditet. Det vill säga att läkemedlen kan förmodas ha intagits av ett betydande antal gravida kvinnor utan att någon säkerställd ökad missbildningsfrekvens, eller annan direkt eller indirekt ogynnsam påverkan på fostret, har iakttagits. Även om all läkemedelsbehandling under graviditet är förenad med en viss risk för fosterskada, torde risken inte vara uttalad för något av ovanstående preparat.

Noskapin har en i jämförelse med etylmorfin och kodein likvärdig hostdämpande effekt men färre biverkningar. Bland annat har missbruk ej rapporterats för noskapin. Sympatomimetika har bronkrelaxerande effekt, ökar mukociliär clearance och kan hämma rehosta. Dessa effekter är bäst dokumenterade för beta-2-stimulerare som terbutalin (Bricanyl), salbutamol (Ventoline) och fenoterol (Berotec). Efedrin ger vid sidan om beta-stimulering även upphov till systemisk alfastimulering. För efedrin utvecklas också snabbt tolerans.

## FRÅGA

En 68-årig man med angina pectoris, hjärtsvikt, arteriell insufficiens i båda benen samt tidigare genomgången cerebral insult i anamnesen lider också av restless legs. Han behandlas sedan 2 år tillbaka med tablett Sinemet mite (levodopa och karbidopa) för sina besvär med restless legs och har under senare tid tagit upp till 24 tabletter dagligen. Övriga läkemedel är digoxin, furosemid, kaliumklorid, metolazon, enalapril, allopurinol samt warfarin.

Finns det någon dokumentation om så höga doser levodopa (2.4 g/d) vid behandling av restless legs? Finns dokumenterade interaktioner mellan levodopa och de övriga läkemedlen?

## SVAR

Positiv effekt av levodopa i kombination med perifer dekarboxylshämmare på restless legs har rapporterats i två okontrollerade och tre placebokontrollerade studier. Dosen av levodopa varierade i dessa studier mellan 50 och 750 mg per dygn, alltid i kombination med perifer dekarboxylshämmare. De kontrollerade studierna är relativt små (13, 20 och 6 patienter) och effekten registrerades under två veckors behandlingsperioder med levodopa eller placebo. Några kontrollerade långtidsstudier med levodopa vid restless legs föreligger inte. I öppna uppföljningsstudier har dock god effekt rapporterats under 6-18 månaders och 1/2-5 års uppföljningsstudier. Någon toleransökning för levodopas effekter vid denna indikation har inte rapporterats i dessa studier. Inga uppgifter om interaktioner mellan levodopa och digoxin, furosemid, metolazon, enalapril, allopurinol eller warfarin har kunnat påträffas i litteraturen.

## FRÅGA

På många förtryckta receptblanketter står det att V-penicillin skall intagas "ej i samband med måltid". Diskussion kring den kliniska relevansen av detta önskas, då frågeställaren på senare år lärt sig, att den absorptionsminskning som blir följden av samtidigt födointag, uppvägs av förbättrad compliance och minskade magbesvär.

## SVAR

Enligt flera översiktsartiklar som vi gått igenom fördröjs och minskas absorptionsmönstret av V-penicillin om det ges tillsammans med föda. Detta påstående baserar sig på ett arbete av Cronk och medarbetare (1960) där man rapporterade lägre serumnivåer en halv och en timme efter dosintag av penicillin om man intog läkemedlet i samband med eller efter måltid jämfört med en timme före måltid. Även i två svenska studier har man rapporterat sämre absorption av V-penicillin när intaget skett i samband med måltid jämfört med en halv till en timme före måltid.

Den praktiska betydelsen av den av föda betingade absorptionsminskningen av V-penicillin är oklar. De serumkoncentrationer som uppnås när V-penicillin ges tillsammans med föda är dock troligen tillräckliga för behandling av infektioner med streptokocker, stafylokocker och pneumokocker, i alla fall då infektionen sitter i halsen. Det är däremot möjligt att otiter och sinuiter, särskilt de som orsakas av Haemophilus influenzae, skulle kunna bli otillräckligt behandlade på grund av för låga vävnads-koncentrationer. Några kliniska studier som skulle visa detta föreligger dock inte. Man kan således inte dra några allmängiltiga slutsatser om den kliniska relevansen av absorptionsnedsättning- en av V-penicillin när intaget sker i samband med föda. Rekommendationerna kan därför variera beroende på vilken typ av infektion som behandlas.



# Läkemedelsförsäljningen vid hypertoni – jämförelse mellan 1984 och 1988

ANN NILSSON · INGRID NORDENSTAM · MATS WENNERBERG

Läkemedelsbehandling vid hypertoni har förändrats påtagligt under de senaste fem åren visar Apoteksbolagets läkemedelsstatistik. Andelen läkemedelsbehandlade patienter synes minska men framför allt har valet av läkemedel förändrats. Förskrivningen av kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare ökade under perioden medan förskrivningen av betablockerare, tiaziddiuretika och hydralazin minskade. Förändringen i läkemedelsurval innebär en förskjutning mot dyrare preparat och årskostnader för läkemedelsförskrivningen vid hypertoni ökade med 103 mkr (24 procent) i fasta priser. Den ökade läkemedelskostnaden har troligen inneburit en förbättrad livskvalitet för patienterna i form av färre biverkningar. En jämförelse mellan vad läkarna förskrev enligt Diagnos-Receptundersökningen och vad som hämtades ut på apoteken (försäljning) visar en skillnad på 20 procent.

## Inledning

Hypertoni är en av våra folksjukdomar. Prevalensen av hypertoni som klinisk diagnos har uppskattats till cirka 15 procent av befolkningen 25 år och äldre (1), vilket för Sveriges del innebär 870 000 personer (15 procent av 5.8 miljoner).

I Sverige började hypertoni behandlas på 1950-talet. Då använde man ganglieblockerande medel som trimetafan, Rauwolfia-alkaloider (t ex reserpin), hydralazin och tiaziddiuretika. Läkemedelsforskningen har sedan dess givit oss betablockerare, alfa-blockerare och under 1970- och 80-talen även kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare. Vi har en livlig debatt om vem som ska behandlas, vid vilka blodtrycksnivåer behandling bör sättas in och hur behandlingen ska ske. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning (numera Läkemedelsverket) har nyligen genomfört ett expertmöte varvid nya rekommendationer för behandling av hypertoni utarbetades (2).

Förändringar i behandlingsmönster kan följas med hjälp av Apoteksbolagets läkemedelsstatistik. Vi har valt att jämföra utvecklingen av hypertonibehandlingen mellan åren 1984 och 1988 och därvid försökt besvara två frågor:

–"Har det skett någon förändring i behandlingsmönstret mellan 1984 och 1988?"

–"Hur mycket kostar läkemedelsbehandlingen av hypertoni?"

## Metod

Artikeln är grundad på den statistik Apoteksbolaget producerar över läkemedelsförskrivning och läkemedelsförsäljning. Uppgifterna om läkemedelsförskrivning kommer från Diagnos-Receptundersökningen (3). Det är den enda rikstäckande källan till uppgifter om läkemedelsförskrivning kopplad till diagnos.

För att skatta den del av läkemedelsförsäljningen som avser hypertoni, har vi för åren 1984–88 antagit att man kan multiplicera försäljningssiffrorna med den andel av läkemedelsgruppen som förskrivs på indikationen hypertoni enligt Diagnos-Receptundersökningen. Från 1987 är det möjligt att direkt från Diagnos-Receptundersökningen få uppgift om kostnad för hypertoni-behandling.

I artikeln används måttenheten DDD – definierade dygnsdoser – för att kunna jämföra användningen mellan olika läkemedel. En DDD är definierad som den genomsnittliga dygnsdosen för en vuxen vid ett preparats huvudindikation. Exempelvis är en DDD för metoprolol 200 mg och motsvarande för atenolol 100 mg. För att kunna beräkna användningen i befolkningen, används måttet DDD/1000 invånare och dag. Detta mått ger en uppfattning om hur många promille av befolkningen som kan använda läkemedlen varje dag.

## Resultat

### Bakgrund

Enligt Diagnos-Receptundersökningen minskade antalet läkarbesök med diagnosen hypertoni något i öppen vård mellan åren 1984 och 1988. Andelen läkarbesök, som ej ledde till läkemedelsbehandling, ökade från 2 till 6 procent (Tabell 1).

Tabell 1. Diagnosen hypertoni – antal läkarbesök.

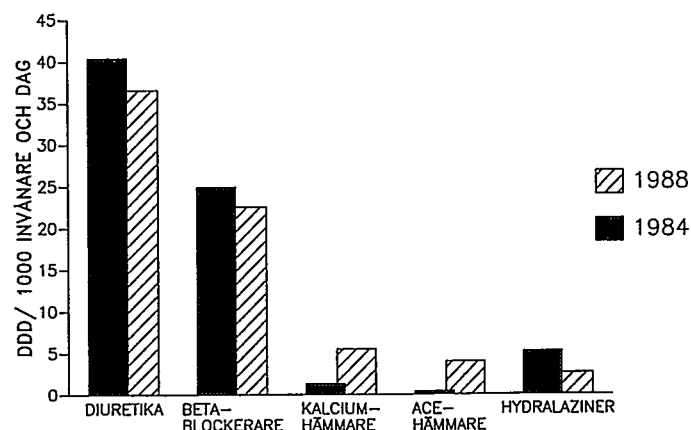
| Årtal | Antal patientbesök tusental | Andel läkemedelsbehandlade patienter, procent |
|-------|-----------------------------|---|
| 1984  | 1172                        | 98  |
| 1985  | 1027                        | 96  |
| 1986  | 992                         | 97  |
| 1987  | 1025                        | 96  |
| 1988  | 1019                        | 94  |

### Dagsläge

Diuretika och betablockerare är de dominerande läkemedelsgrupperna vid hypertoni-behandling (Figur 1). Tillsammans svarade de 1988 för 83 procent av läkemedelsförsäljningen vid hypertoni mätt i antal DDD/1000 invånare och dag. Kalciumflödeshämmare, ACE-hämmare och hydralazin svarade för knappt 8, 6 respektive 4 procent av försäljningen.

### Förändringar sedan 1984

Försäljningen av kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare ökade medan betablockerande medel, diuretika och hydralazin minskade mellan 1984 och 1988 (Figur 1).

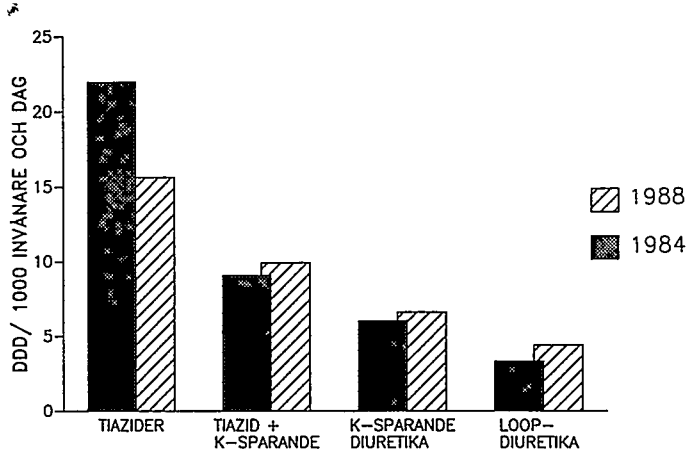


Figur 1. Läkemedelsförsäljning vid hypertoni 1984 och 1988.

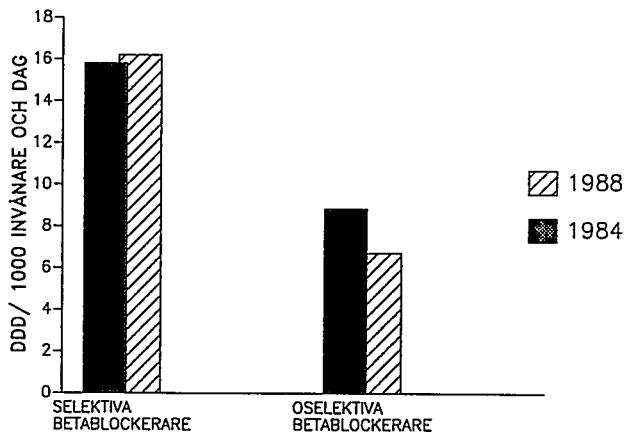
### Förändringar inom enskilda läkemedelsgrupper

#### Diuretika

Försäljningen av diuretika minskade mellan åren 1984 och 1988 från drygt 42 till drygt 36 DDD/1000 invånare och dag. Tiazid-diuretika minskade från 22 till 16 DDD/1000 invånare och dag medan loop-diuretika (furosemid) ökade från 3.3 till 4.4 DDD/invånare och dag. Även försäljningen av kaliumsparande diuretika och kombinationspreparat med tiazider och kaliumsparande diuretika ökade (Figur 2).



Figur 2. Läkemedelsförsäljning vid hypertoni – diuretika 1984 och 1988.



Figur 3. Läkemedelsförsäljning vid hypertoni – betablockerande medel 1984 och 1988.

#### Betablockerande medel

Försäljningen av betablockerande medel vid indikationen hypertoni minskade något under perioden, från 24 till 22 DDD/1000 invånare och dag. Icke-selektiva betablockerare minskade medan de selektiva betablockerarna ökade något (Figur 3). Försäljningen av de icke-selektiva betablockerarna på diagnosen hypertoni var stabil under perioden, cirka 65 procent, medan motsvarande andel för de icke selektiva betablockerarna minskade från 79 till 72 procent.

#### Kalciumflödeshämmare

Försäljningen av kalciumflödeshämmare fyrdubblades under perioden, från 1.4 till 5.5 DDD/1000 invånare och dag.

1984 fanns bara verapamil och nifedipin på marknaden. Diltiazem och felodipin registrerades 1985 respektive 1988 (Figur 4). Diltiazem fick dock indikationen hypertoni registrerad först 1989. Tjugosex procent av verapamil, 55 procent av nifedipin, 7 procent av diltiazem och 100 procent av felodipin förskrevs 1988 på indikationen hypertoni.

#### ACE-hämmare

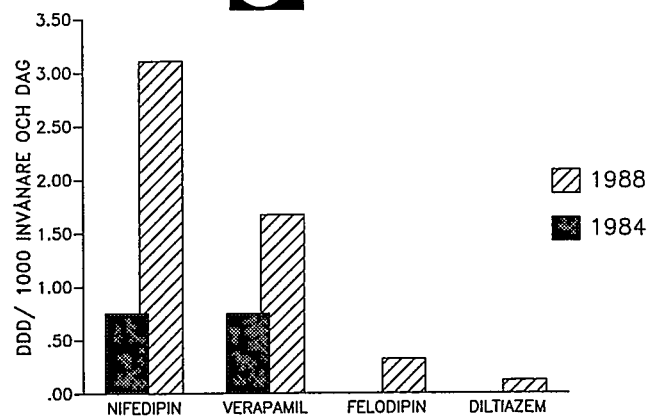
Försäljningen av ACE-hämmare tiodubblades under perioden från 0.4 till 4.0 DDD/invånare och dag. Kaptopril var registrerad 1984. Enalapril och lisinopril registrerades 1985 respektive 1988. Åttionio procent av kaptopril och 88 procent av enalapril förskrevs 1988 på indikationen hypertoni. Lisinopril förskrevs obetydligt.

#### Kostnaden för läkemedelsbehandling av hypertoni

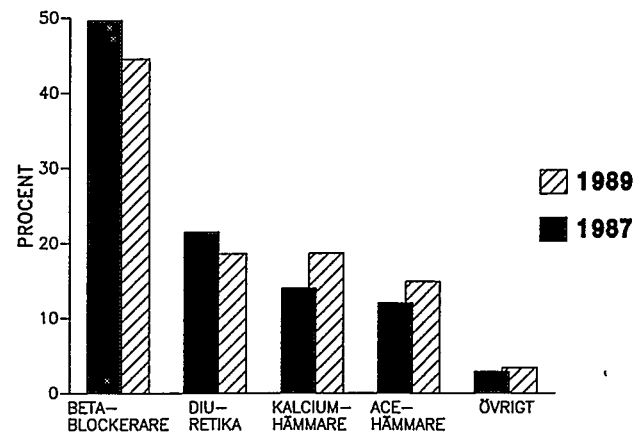
Den totala läkemedelskostnaden för hypertoni behandling ökade i fasta priser från 434 miljoner kronor 1984 till 537 miljoner 1988, en ökning med 24 procent. Siffrorna baseras på statistik över försålda läkemedel. Eftersom antalet läkemedelsbehandlade patienter inte ökade, utan snarare minskade (Tabell I), beror



APOTEKSBOLAGET



Figur 4. Läkemedelsförsäljning vid hypertoni – kalciumflödeshämmare 1984 och 1988.



Figur 5. Läkemedelsgruppernas andel av totala läkemedelskostnader vid hypertoni 1987 och 1989. Uppgifterna är hämtade från Diagnos-Receptundersökningen.

ökningen sannolikt på att förskrivningen förskjutits mot dyrare preparat. Att en förskjutning mot dyrare preparat skett avspeglar sig i utvecklingen av kostnaden per dygnsdos under perioden. Kostnaden ökade med 23 procent (Tabell II).

Tabell II. Kostnad för hypertoni behandling. Kronor/dygnsdos i fasta priser.

| År              | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|-----------------|------|------|------|------|------|
| Kronor/dygnsdos | 1,98 | 2,04 | 2,15 | 2,24 | 2,44 |

Av hela kostnaden för läkemedelsbehandling vid hypertoni 1989 svarade betablockerande medel för 45 procent, diuretika och kalciumflödeshämmare för vardera 19 procent och ACE-hämmare för 15 procent.

Läkemedelsgruppernas del av den totala läkemedelskostnaden vid behandling av hypertoni förändrades mellan 1987 och 1989 (Figur 5). Kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare svarade för en större del av kostnaden 1989 än 1987. Kostnaden för betablockerande medel och diuretika minskade.

#### Diskussion

Prevalensen av hypertoni har uppskattats till cirka 15 procent av den vuxna svenska befolkningen, vilket innebär 870 000 personer. Av dessa går cirka 600 000 till läkare varje år. Detta är sant om de siffror som uppmätts i Tierp kan översättas till hela riket.

Av Tierpundersökningen (4) framgår, att varje hypertoniker i Tierp i genomsnitt besöker läkare 1.7 gånger/år (antalet patientbesök enligt Tabell I:  $1.019000/1.7=600\ 000$ ).

Om även de 270 000 personer som inte söker läkare för sin



hypertoni skulle behandlas, blev läkemedelsnotan för hypertoni-behandlingen ännu mycket större än i dag.

Antalet patientbesök minskade något. Det är svårt att dra några slutsatser om detta. Även om siffrorna pekar på en nedåtgående trend, kan detta ligga inom felmarginalen.

Andelen läkemedelsbehandlade patienter minskade från 98 till 94 procent. Detta är troligen en reell minskning, då materialet som ligger till grund för siffrorna är stort. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning anordnade 1986 ett expertmöte över ämnet "Behandling av mild hypertoni" (5). I rekommendationerna från mötet framhölls vikten av att i första hand behandla mild hypertoni med icke-farmakologiska åtgärder.

Man har mer och mer kommit till insikt om att riskerna med läkemedelsbehandling vid mild hypertoni, i vissa fall, kan vara större än vinsterna. Det man främst tänker på är negativa effekter av behandlingen på t ex fett- och glukosmetabolism och patientens livskvalitet. Från att ha varit frisk får man en sjukdomsstämpel på sig, vilket av många upplevs negativt.

Samtidigt kan man ur statistiken utläsa, att antalet DDD/1000 invånare och dag för hela hypertonigruppen var stabil under perioden, cirka 70 DDD/1000 invånare och dag. Antalet läkemedel per läkemedelsbehandlad patient var konstant, 1.4. Dessa siffror stämmer inte med ovanstående resonemang. Om andelen läkemedelsbehandlade patienter och antalet patientbesök minskar, samtidigt som antalet läkemedel per patient är konstant, borde antalet DDD/1000 invånare och dag minska. Vad detta beror på vet vi inte. Fortsatt uppföljning av statistiken kan förhoppningsvis kasta ljus över detta förhållande.

Den minskade försäljningen av tiaziddiuretika beror förmodligen på att biverkningarna (påverkan på blodfetter och glukosmetabolismen, gikt, impotens) anses allvarligare alternativt mer frekventa än för andra hypertoniemedel liksom att den ökade diuresen timmarna efter intag av diuretika upplevs som besvärande. Möjligen kan också en trend mot behandling med lägre doser vara en bidragande orsak till minskningen.

Den ökade försäljningen av loop-diuretika beror på ökad förskrivning av Lasix Retard. Loop-diuretika är ett alternativ när tiazider av någon anledning ej är lämpliga, t ex vid diabetes. Depotberedningen av furosemid erbjuder fördelar, då det gäller att minska besvärande urinträngningar.

Den ökade försäljningen av kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare kan ha flera orsaker. Nya läkemedel tillkom i båda grupperna under perioden (diltiazem och felodipin, respektive enalapril och lisinopril). Kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare används även vid andra sjukdomstillstånd, som kärlkramp, hjärtinsufficiens och diabetes, vilka relativt ofta förekommer samtidigt med hypertoni (Tabell III). Kalciumflödeshämmare och ACE-hämmare har mindre påverkan på glukos-fettmetabolism än diuretika och betablockerare. Nedgången för hydralazin kan förklaras med, att nya rekommendationer införts för behandling av hypertoni. Den så kallade standardtrippel-behandlingen med betablockerare, diuretika och hydralazin rekommenderas inte längre.

En trend mot förskrivning av dyrare preparat kan urskiljas i statistiken. Läkemedelsnotan kommer med all säkerhet att fortsätta att stiga kraftigt om utvecklingen fortsätter.

Vid normaldosering är kostnaden för en ACE-hämmare eller en av de nyare kalciumflödeshämmarna 6-8 gånger så stor som för ett tiaziddiuretikum. En ökad kostnad för läkemedelsbehandling av hypertoni genom en förskjutning mot användning av dyrare preparat bör dock alltid ställas mot de vinster man gör, genom att patienterna drabbas av färre biverkningar, vilket troligen leder till ökad compliance och ökad livskvalitet. Patienterna som inte tar sin medicin kan, i ett senare skede av livet, drabbas av hypertoniens senkomplikationer slaganfall, hjärtinfarkt, njursvikt och hjärtsvikt. Användning av diuretika och betablockerare påverkar blodfetterna på ett negativt sätt, vilket på lång sikt kan innebära ökad risk för hjärtinfarkt. Tiaziddiuretika kan utlösa diabetes, som då i sin tur måste behandlas.

Tabell III. Diagnosen essentiell hypertoni + annan diagnos 1988.

| Diagnos förutom hypertoni                                      | Procent av antal läkarbesök |
|--|-----------------------------|
| Sömnstörningar   | 10.4                        |
| Kärlkramp  | 4.8                         |
| Ospecificerad värk   | 4.7                         |
| Diabetes   | 4.0                         |
| Ångestneuros   | 4.0                         |
| Obstipation  | 3.3                         |
| Nervositet   | 2.9                         |
| Hjärtinsufficiens  | 2.6                         |
| Artros/artrit  | 2.1                         |
| Eksem  | 2.1                         |
| Övriga kombinationer   | 46.7                        |
| Andel konsultationer med endast diagnosen essentiell hypertoni | 12.5                        |
| Summa  | 100                         |

I Diagnos-Receptundersökningen registreras en diagnos för varje läkemedel som förskrivs vid läkarbesöket. Tabellen visar vilka diagnoser som förekommer samtidigt med hypertoni.

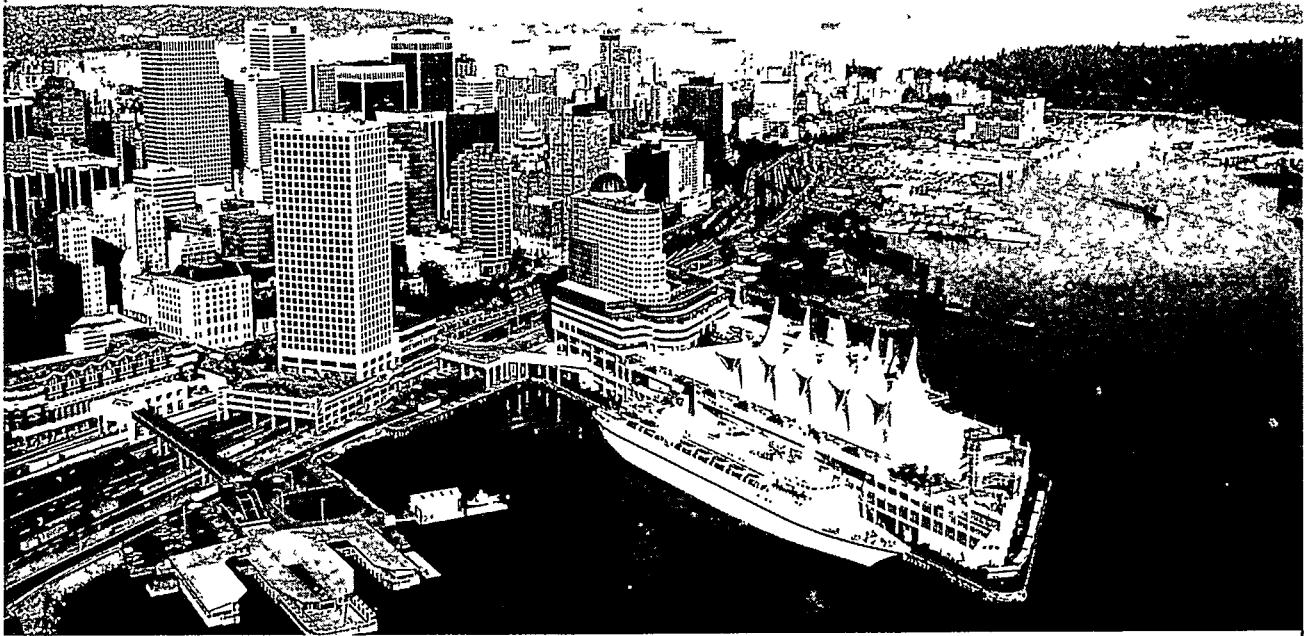
Från och med 1987 kan man direkt från Diagnos-Receptundersökningen, få uppgift om den mängd läkemedel som förskrivs vid en viss diagnos. Om man jämför denna mängd (=förskriven mängd) med den mängd som hämtas ut från apoteken (=försäld mängd) × andel av läkemedelsgruppen som förskrivs på hypertoni visar det sig, att mer än 20 procent av utskrivna läkemedel mot hypertoni inte hämtas ut på apoteken. Läkarna förskrev 1988 läkemedel mot hypertoni för en total kostnad av 698 miljoner, att jämföra med försäljningen på 537 miljoner kronor, fasta priser. Det betyder, att läkemedelsnotan 1988 skulle öka med 160 mkr om allt som förskrevs även hämtades ut. Som jämförelse kan nämnas, att för insulin överensstämmer siffrorna för förskrivet respektive uthämtat läkemedel. En av orsakerna till skillnaden mellan mängden förskrivna respektive uthämtad medicin kan vara, att läkarna skriver nya recept vid varje besök, trots att de gamla ännu gäller. En annan orsak kan vara dålig compliance. Vid hypertoni-behandling är detta ett känt problem. Bidragande orsaker är sjukdomens karaktär (man märker inte att man har högt blodtryck) och biverkningar av förskrivna läkemedel (6).

Kontinuerlig bevakning av läkemedelsstatistiken kan hjälpa oss att följa utvecklingen på läkemedelsområdet, om och när nya behandlingsrekommendationer får genomslag i praktiken, varför läkemedelsnotan stiger och även hjälpa till att bedöma, om en ökad läkemedelskostnad är samhällsekonomiskt motiverad eller inte. Behandlingen av hypertoni är på väg att förändras i och med att nya läkemedelsgrupper tillkommit. Förändringen kommer att innebära en ökad kostnad för samhället på kort sikt. Förändringen i läkemedelsterapi kan också innebära vinster, som inte går att mäta idag, men som på längre sikt kommer att visa sig vara samhällsekonomiskt lönsam.

#### Referenser

1. Ribacke M. Prevalence of hypertension in Sweden. Workshop: Treatment of mild hypertension. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1987;1.
2. Workshop - Individualiserad hypertoni-behandling. Information från SLA 1990;15(6):109-64.
3. Svensk Farmaceutisk Tidskrift 1980;84:313-33.
4. Smedby B, Korpela M. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst. Uppsala Universitet. Diagnosredovisning för läkarbesök år 1988 vid vårdcentralen i Tierp. Rapport 1989.
5. Workshop 1987;1. Treatment of Mild Hypertension. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning, Uppsala.
6. Haynes EB, Taylor W, Sackett D. Compliance in Health Care.





THE WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS



13TH WONCA WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

## FAMILY MEDICINE IN THE 21ST CENTURY

MAY 9 TO 14, 1992

VANCOUVER BRITISH COLUMBIA CANADA

Hosted by THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA AND THE BRITISH COLUMBIA CHAPTER

Keynote speakers will focus on the 1992 status of world health, the consequences in ten years if current trends continue, strategies that could change our behaviour in appropriate ways, and how we might contribute to the political will needed to meet the anticipated challenges.

Complementing the daily sessions will be a large commercial and scientific exhibit area open daily for delegates.

Family physicians, academics, colleges, university departments and research units are invited to submit specific proposals for presentations. Free-standing papers, poster sessions, symposia and workshops are all channels through which you or your organization can participate.

**YOUR HOST CITY - VANCOUVER**  
Vancouver, Canada's third largest city, is the jewel of North America's Pacific Coast. Set in the magnificent natural harbour surrounded by snow-capped mountains, lush forests and picturesque bays and coves, Vancouver is not only one of the most beautiful cities in the world, but also clean, orderly and safe. Vancouver is rich in the colour and life of ethnic variety and offers visitors an almost limitless choice of activities.

Blocks of bedrooms have been reserved for conference delegates in a wide variety of downtown hotels.

**CLIMATE**  
May is early summer with temperatures ranging from 15 degrees C to 20 degrees C (60 degrees F to 70 degrees F). Evening temperatures are rarely below 10 degrees C (50 degrees F).

**LANGUAGE**  
The official languages of the World Conference are English and French.

**THE VANCOUVER TRADE AND CONVENTION CENTRE**  
A spectacular venue for the conference. The Centre is located in the heart of the city, on the ocean, overlooking the coastal mountains. The state-of-the-art facility has spacious well equipped meeting rooms and is convenient to hotels, shops and restaurants.

**SOCIAL PROGRAMS**  
Spectacular Opening Ceremonies  
City Tours and Excursions  
International Banquet  
Day trip to historic Victoria  
Special Programs for children and young people

**PRE AND POST CONFERENCE TOURS**  
Banff, Jasper, Lake Louise  
Victoria, Whistler,  
British Columbia Interior,  
Salmon Fishing Excursion,  
Ranch Resort Vacations,  
Eastern Canada, Hawaii,  
Alaska Cruises

**TRANSPORTATION**  
Vancouver is a major international destination served by 18 major airlines.

Please send me further information  
I am interested in presenting a paper (please print)

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Province/State \_\_\_\_\_

Postal/Zip Code \_\_\_\_\_

Country \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

For further information contact:  
The College of Family Physicians of Canada  
4000 Leslie Street,  
Willowdale, Ontario  
Canada M2K 2R9  
Telephone 416.493.7513  
Facsimile 416.493.3224



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



... och vi kan  
erbjuda båda.



SVENSKA **BOTA**  LÄKEMEDEL AB

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

# Framtida ADB-verksamhet för socialförsäkringen – bakgrund, utveckling och framtid

CHRISTER OLOFSSON

*FAS 90, framtida ADB-verksamhet för socialförsäkringen på 1990-talet och därefter, är Riksförsäkringsverkets projekt för utveckling av lokala sjukfallsregister med registrering av yrke, arbetsplats och diagnos. Projektets bakgrund, utveckling och framtida möjligheter diskuteras. Sekretessproblematiken och datainspektionens synpunkter på projektet uppmärksammas.*

**Nyckelord:** Sjukförsäkring, FAS 90, basdata, ADB-system, statistik.

## Historik

Riksförsäkringsverket (RFV) fick 1983 i uppdrag av regeringen att genomföra ett utredningsarbete för att skapa underlag för ställningstagande i frågan om den långsiktiga ADB-verksamheten. Detta arbete har gått under beteckningen FAS 90 (framtidig ADB-verksamhet för socialförsäkringen på 1990-talet och därefter). En projektgrupp med representanter från RFV, Statskontoret, Försäkringskassorna och berörda fackliga organisationer presenterade 1988 sin slutrapport. I rapporten förordas att ADB-verksamheten decentraliseras genom att centrala och lokala dataregister får samverka. Alla lokal- och centralkontor får egna datorer och varje handläggare egen terminal.

## Tidsplan

Från starten sommaren 1990 skall hela projektet vara genomfört sommaren 1992. Arbetet börjar med utveckling av lokala sjukfallsregister och leder efterhand fram till fullt utvecklade data-rutiner och upparbetade kanaler för kontakter med sjukvård och arbetsmarknad.

## Bakgrund

Nuvarande databssystem är behäftat med en del begränsningar. Systemet utvecklades under 1970- och 1980-talen närmast för att fungera som ett effektivt administrativt stöd för landets försäkringskassor. Efter en mindre utredning beslöts att diagnoser inte skulle ingå i detta basdatasystem. Vid flera aktuella behovsinventeringar har dock framhållits, att registrering och klassificering av den försäkrades yrke, arbetsplats och diagnos, avsevärt skulle öka möjligheterna till analys av

sjukfrånvarons orsaker. För att prova om diagnosregistreringen ger möjligheter till förbättrad analys, har en rad projekt med utökad basdataregistrering genomförts bland annat i Dalby, Östergötland, Bankeryd och Tibro. En del av projekten pågår fortfarande.

## Utökad basdataregister

De dataregister, som FAS 90 kommer att arbeta med, är följande:

**Arbetsplats;** genom att utnyttja CFAR (Centrala Företagar- och arbetsställeregistret) kommer de försäkrades arbetsplatser att registreras och klassificeras med avseende på branch, antal anställda, verksamhetsort etc.

**Yrke;** kommer att klassificeras genom utnyttjande av FoBs (Folk- och bostadsräkningens) yrkesregister. Detta register innehåller även en socioekonomisk indelning.

**Diagnos;** kommer att klassificeras genom Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar (ICD-9).

De utökade basdataregistren kommer att byggas upp inom respektive lokalkasseområde och enbart omfatta de försäkrade som tillhör detta område. Statistikproduktion och analys kommer som hittills att göras vid RFVs databas i Sundsvall.

## Fördelar och begränsningar

I en kunskapsöversikt rörande utökade basdataregister (1) har vi kunnat särskilja fördelar och begränsningar med föreslagna utökningar.

Bland fördelarna kan nämnas:

- En komplett och mera lättillgänglig bild av varje enskild försäkrads sjukhistorik och övriga förhållanden blir möjlig att framställa.
- Utökade möjligheter ges till kartläggning av samband mellan diagnos, yrken och arbetsplatser. Riskfyllda arbetsmiljöer kan urskiljas.
- Förändringen av basdatasystemet kan medföra att hälso- och sjukvården får tillgång till en omfattande informationsbas för forskningsändamål.
- Ett utökat basdatasystem, med registrering av diagnoser, kan ge en bild av hälsotillståndet hos den arbetande befolkningen i åldrarna 16-65 år.
- Utökade basdatasystem kan underlätta rehabilitering genom att väsentlig information för denna verksamhet blir tillgänglig på ett enkelt sätt.

Begränsningarna är bland annat:

- Försäkringskassornas register omfattar bara drygt hälften av befolkningen, i princip den arbetande befolkningen. Detta begränsar registrens användning för att beskriva folkhälsan.
- Registren omfattar inte all sjuklighet, utan enbart den som nedsätter arbetsförmågan med minst 25 procent.
- Egensjukskrivningarna kommer inte att finnas med i de lokala basdataregistren, vilket ytterligare begränsar användbarheten för forskningsändamål.
- Flera för sjukfrånvaron väsentliga faktorer kommer inte att registreras. Bland dessa kan nämnas sociala faktorer, arbetsplatsförhållanden och utbildningsnivå.
- Validiteten i diagnosregistreringen blir sannolikt låg för en del av sjukfallen.

## Nya begränsningar

Efterhand som FAS 90 utvecklats, har ytterligare begränsningar och väsentliga förändringar påverkat utformningen. Genom det nu aktuella förslaget om arbetsgivarinträde de första 14 dagarna av ett sjukfall, kommer de lokala databaserna att kraftigt reduceras, från tidigare beräknat cirka 15 miljoner sjukfall till cirka 2.5 miljoner fall årligen.

Sekretessproblematiken uppmärksammades då datainspektionen granskade FAS 90.

Datainspektionen har framfört synpunkter som exempelvis:

- att inga värderingar av den försäkrade får göras i registren;
- att uppgifter om fängelsevistelse och tvångsomhändertagande inte får registreras;
- att allmänheten skall informeras om registrens innehåll.

Ett lagförslag om försäkringskassornas kommande lokala sjukfallsregister är på gång. Innan dess ger datainspektionen inga nya tillstånd till register av "FAS 90-karaktär".

## Sammanfattande synpunkter

Lokala sjukfallsregister av typ FAS 90 medför stora förändringar för försäkringskassornas arbetssätt. Höga förväntningar ställs på att registren skall fungera som effektiva rehabiliteringsstöd. Detta kräver dock att informationen, som samlas in i registren, återförs till sjukvården och arbetsmarknaden. Enbart utökad registrering för-

bättrar knappast situationen för den försäkrade i samband med ett sjukfall.

Lokala sjukfallsregister med uppgifter om arbetsplats, yrke och diagnos kan i princip ge en bild av hälsotillståndet hos den yrkesverksamma delen av befolkningen i åldrarna 16–65 år. Register av denna typ saknas idag, då sjukvårdens registrering är ofullständig inom flera områden. Möjligheterna till att använda registren för sjukvårdens planering och forskning kommer dock sannolikt att bli begränsade. Ett problem är validiteten i diagnosregistreringen. Diagnoser som övre luftvägsinfektion, ländryggsbesvär, ledvärk med flera, är vanliga men ofta lågvalida. Att använda dessa som forskningsunderlag förefaller tveksamt. Överhuvudtaget är klassifikationen i de lokala registren ett problem. Inga av de klassifikationsmodeller som används är helt anpassade till de krav som FAS 90-registren kräver. De försök med utökad basdataregistrering som har utförts har krävt omfattande modifieringar av de klassifikationsmodeller som använts.

Det är även viktigt att notera, att omfattningen av den utökade registreringen inte nödvändigtvis kommer att täcka alla de för sjukfrånvaron väsentliga faktorerna. Faktorer som trivsel på arbetsplatsen, eget ansvar i arbetet, stress, dålig arbetsmiljö med flera välkända faktorer, fångas inte upp i utökade basdatasystem av den modell som nu planeras. Det finns heller inga direkta planer på att registrera sjuk-

skrivande läkare, vilket är anmärkningsvärt, med tanke på att läkarintygen svarar för cirka 85 procent av sjukskrivningskostnaderna årligen.

Sekretessproblematiken har berörts tidigare. Denna har alltmer hamnat i fokus, i takt med att FAS 90 blivit känt. I en ledare i Läkartidningen betecknas FAS 90 som ett "integritetskänsligt spaningsregister" (2). Risken för att dataregistrets uppgifter görs tillgängliga på ett osäkert och otillfredsställande sätt, framhålls. Problemet har dock uppmärksammats sedan länge inom försäkringskassorna. Den modell för att skydda sekretesskänsligt material, som nu sannolikt blir aktuell är personbundna användarkoder med registrering av varje uttag från databasen. Risken för ett otillbörligt utnyttjande kan inte helt elimineras, men finns redan idag med nuvarande systemuppläggnings.

Utvecklingen av dataregister av typ FAS 90 ger upphov till en känslig men viktig diskussion. Hur omfattande skall vårt informationsinsamlande kring en enskild patient vara? Är informationen av allmänt intresse eller huvudsakligen till patientens nytta? Sjukvården och försäkringskassorna är två stora instanser, som var för sig har omfattande information om patienter/försäkrade. En samverkan av FAS 90-modell kan medföra positiva effekter för enskilda individer, inte minst genom att helhetsbilden av individens situation förbättras.

Hur skulle läkarens sätt att sjukskri-

va påverkas, om denna helhetsbild fanns tillgänglig vid sjukskrivningstillfället? Med stor sannolikhet skulle långa och inaktiva sjukskrivningar minska. Den försäkrades totala situation skulle vara tillgodosedd i större omfattning vid sjukskrivningens utformande.

Sjukfrånvaro och sjukskrivningar är ett ständigt aktuellt tema inom sjukvården. I vilken utsträckning FAS 90 kan påverka dessa faktorer är svårt att förutse, men utvecklingen mot en ökad samverkan mellan sjukvården och försäkringskassorna måste ändå uppfattas som positivt. Projektets effekter kan analyseras först om några år.

### Referenser

1. Olofsson C, Råstam L, Ekström-Persson S. Sjukförsäkringsstatistik – en översikt över några aktuella svenska försök med utökad basdataregistrering. FoU-rapport nr 12, Rådet för hälso- och sjukvårdsforskning, Södra Högskoleregionen. Lund, 1990.
2. Tillsatt utredning om FAS 90! Läkartidningen 1990;87:1919.

### Författarpresentation

Christer Olofsson, FV-läkare och doktorand

Postadress: Valkyriavägen 5, 371 41 Karlskrona.

# Kombination av insulin och sulfonureid vid behandlingssvikt med perorala diabetesmedel

ANDERS GAMSTEDT · MARGARETA NILSSON

*Många patienter med typ II-diabetes sviktar på behandling med perorala diabetesmedel och en övergång till insulinbehandling blir nödvändig. Vi redogör här för hur vi i öppen vård behandlat dessa patienter med en kombination av insulin och sulfonureid. Våra resultat avseende effekten på den metabola kontrollen och patienternas egna erfarenheter presenteras.*

**Nyckelord:** Diabetes mellitus, läkemedelsterapi, klinisk forskning, Örebro.

Sekundär svikt är inte ovanlig efter kortare eller längre tids behandling med perorala diabetesmedel vid typ II-diabetes (1). Vanligen har man då övergått till enbart insulinbehandling, men undersökningar har visat att kombinationsbehandling med insulin och sulfonureider (SU) kan erbjuda fördelar, med bland annat ett lägre insulinbehov, då glibenklamid adderats till medellångverkande insulin (2,3). Om denna effekt skulle ha uppnåtts med injektioner av snabbverkande insulin är inte känt. Eftersom gott resultat erhållits med kombinationen SU och insulin i en- eller tvådosregim önskade vi studera om detsamma gällde med insulin givet i flerdosförfarande. Vid typ I-diabetes uppnår man samma metabola kontroll med en

lägre dos snabbverkande jämfört med medellångverkande insulin (4). Patienter som behandlas med fyrdosregim upplever oftast ett förbättrat välbefinnande och även en större frihet. Användandet av insulinpennor har bidragit väsentligt till detta. Den goda acceptansen av flerdosbehandling med insulinpenna hos typ I-diabetespatienter och den lägre insulin dosen vid samtidig SU-behandling styrde oss då vi lade upp vår nuvarande behandlingsstrategi hos tablettsviktande typ II-diabetespatienter. Vi redogör här för våra och våra patienters erfarenheter av denna modell.

LB06526

## Material och metoder

Projektet har genomförts vid diabetesdagvårdsavdelningen, Medicinska kliniken, Regionsjukhuset i Örebro. I materialet ingick 20 typ II-diabetespatienter (12 män och 8 kvinnor) som sviktat på behandling med perorala diabetesmedel. Medelåldern var 61 år (variationsvidd 39–77 år) och den genomsnittliga kända sjukdomsdurationen 10 år (variationsvidd 1–28 år). Av våra patienter behandlades 9 med enbart SU-preparat och 11 dessutom med biguanid.

Patienterna samlades i grupper om 3–4 personer. De kom fastande på morgonen och en standarddos på 4 E snabbverkande insulin injicerades samtidigt som de tog halva den i FASS angivna maximala dosen av det SU-preparat som patienten behandlades med. Behandlingen med biguanid avslutades. Inom en halvtimme åt patienterna frukost och sedan instruerades de av diabetessköterskan om hur insulinpennan används och hur de själva kontrollerar sitt blodsocker med reflektometer och bokför värdena. Patienterna informerades speciellt om hypoglykemi, om hur det känns och hur den åtgärdas. Under förmiddagen kontrollerades blodglukos och därefter fick patienterna lämna sjukhuset. De injicerade sedan 4 E snabbinsulin före lunch och middag med pennan. Reflektometrar lånades ut till patienterna under en tid framöver. Testresultaten rapporterades per telefon efter en vecka eller vid behov till diabetessköterskan. Ibland ledde det då till att insulindoserna ändrades. Efter 6 veckors och 3 månaders behandling med insulin påbörjats kom patienterna på mottagningsbesök till diabetessköterskan. Sköterskans rekommenderade förändringar av insulindoserna konfirmerades av läkare.

Vid första besöket och vid besöket efter 3 månaders insulinbehandling, kom patienterna fastande för blodprovstagning. Förutom blodglukos och vikt bestämdes glykerat hemoglobin (gly-Hb) (referensområde 5.0–6.6 procent) och C-Peptid (referensområde 0.25–0.75 nmol/l). Höga värden på gly-Hb blir ytterligare förhöjda med vår affinitetskromatografiska metod jämfört med resultat som fås med andra metoder. Vid 3-månadersbesöket fyllde patienterna i ett frågeformulär med i huvudsak fasta svarsalternativ. Frågorna gällde hur de uppfattade att de klarade av insulinpennan och hur de mätte i förhållande till före insulinbehandlingen.

Student's t-test för parade observationer användes vid de statistiska bearbetningarna av analysresultaten. Enkätsvaren sammanställdes, men bearbetades ej statistiskt.

## Resultat

I Tabell I visas värden på gly-Hb,

Tabell I. Kliniska data ( $\bar{X} \pm SD$  (variationsvidd)) vid sekundär peroral behandlingsvikt och efter 3 månaders kombinationsbehandling med insulin och SU.

|                   | Perorala diabetespreparat      | Insulin+SU                     | Signifikansnivå |
|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| Glu-Hb (%)        | 15,0 $\pm$ 2,4<br>(10,0–20,0)  | 11,7 $\pm$ 2,9<br>(6,0–16,0)   | P<0,001         |
| C-Peptid (nmol/l) | 0,65 $\pm$ 0,39<br>(0,08–1,66) | 0,59 $\pm$ 0,25<br>(0,06–0,98) | NS              |
| Vikt (kg)         | 75 $\pm$ 18<br>(56–121)        | 77 $\pm$ 16<br>(57–119)        | P<0,01          |
| Insulin/dygn (E)  |                                | 21 $\pm$ 8<br>(7–34)           |                 |

C-Peptid och vikt initialt och efter 3 månaders behandling med insulin. Vidare anges dygnsdosen insulin vid 3-månadersbesöket. Gly-Hb sjönk ( $p<0.001$ ) och vikten steg ( $p<0.01$ ) signifikant. Förändringen av C-Peptid uppnådde ej statistisk signifikans. En förbättrad metabol kontroll med sänkning av gly-Hb uppkom hos 16 patienter, värdet förblev oförändrat hos 3 och 1 patient visade en stegring på 2 procent. Efter 3 månaders behandling hade 5 patienter gly-Hb <10 procent, vilket inte var fallet hos någon av patienterna från början. Initialt hade 8 patienter C-Peptidvärden över det övre referensvärdet och 3 patienter under det nedre. De mest överviktiga patienterna hade de högsta C-Peptidvärdena. Kombinationsbehandlingen påverkade föga detta förhållande, men mycket höga nivåer sjönk. Alla patienter utom 4 gick upp i vikt. De som vägde mest (121 och 111 kg) gick ner i vikt. Efter 3 månader behandlades 5 patienter med  $\leq 12$  E insulin per dygn, medan 12 patienter hade  $\geq 20$  E per dygn. I 2 fall hade patienterna ställts över på fyrdosregim med medellångverkande insulin på kvällen. Dessa patienter hade de lägsta initiala C-Peptidnivåerna (0.08 och 0.13 nmol/l).

Sammanställningen av svaren på frågeformulären visade att patienterna ansåg att insulinpennan hade en lämplig storlek och var lätt att handha. Ett förbättrat välbefinnande upplevdes av 15 patienter. Ingen av våra patienter hade haft några symtomgivande hypoglykemier.

## Diskussion

Den behandlingsmodell vi valt vid sekundär tablettsvikt vid typ II-diabetes då insulin kombinerats med SU-preparat har förbättrat den metabola kontrollen hos de flesta av patienterna. Efter 3 månader uppnådde man enbart i ett fåtal fall önskad reglering. Då derangeringen utvecklats långsamt bland patienterna, ansåg vi att "normalisering" av blodsockret inte skulle forceras och ville inte utsätta patienterna för risken av hypoglykemier, då inställningen skedde polikliniskt. En korrigerig av blodsockernivåerna

snabbt kan dessutom öka risken för en försämring av diabetesretinopain (5).

Inte alla typ II-diabetespatienter, som sviktat på tablettbehandling, har nytta av kombinationsbehandling. Det är svårt att primärt identifiera dessa, men det anses vara av värde, att patienterna har en viss kvarstående endogen insulinproduktion vid kombinationsbehandling (6). De 2 patienter i vårt material som ställdes på fyrdosregim, hade de lägsta C-Peptidnivåerna. SU-preparatets viktigaste effekt är att förbättra den endogena insulinproduktionen (7), men anses även kunna ha extrapankreatiska funktioner (8). Patienterna behandlas med submaximal SU-dos, då den högsta rekommenderade dosen ej anses öka effekten särskilt mycket och att absorptionen av SU från tarmen blir bättre, då den metabola kontrollen förbättras (9). För att kunna hålla den exogena tillförseln av insulin låg, valde vi snabbverkande insulin givet före dagens tre huvudmål. Många patienter hade redan höga insulinnivåer i serum och insulin, som anses vara aterogent och bidrar till kärlskador (10). Vid flerdosbehandling är insulinpennan ett praktiskt hjälpmedel och ingen av våra patienter hade några svårigheter att använda denna. En- och tvådosbehandling har använts i tidigare studier, då man önskat reducera det obekväma med många insulininjektioner hos den äldre patienten. Patienter som för övrigt sköter sig själva, har dock inte några problem med flera injektioner dagligen. De flesta av våra patienter gick upp i vikt, då de ställdes på insulin, vilket i en del fall inte är önskvärt. Med det problemet får man arbeta vidare genom bland annat fördjupad kostinformation. Å andra sidan upplevde de flesta av patienterna en allmän förbättring av sitt välbefinnande, då de ställdes på kombinationsbehandling och även innan en tillfredsställande metabol kontroll uppnåts (11).

En poliklinisk insulininställning spar vårdplatser på kliniken och de flesta av patienterna uppskattar att få bo hemma. Kombinationsbehandling har framhållits bli dyrare än enbart insulinbehandling (3) och det hade

varit av intresse att studera, om utsättande av SU-preparat krävt ökade insulindoser, men detta ingick inte i projektet.

Sammanfattningsvis har vi i öppen vård, med relativt små insatser, ställt tablettsviktande typ II-diabetespatienter på en flerdosregim med insulinpena och SU-preparat och därigenom förbättrat deras metabola kontroll och subjektiva tillstånd.

## Referenser

- Haupt E, Laube F, Loy H, Schöffling K. Secondary failures in modern therapy of diabetes mellitus with blood glucose lowering sulfonamides. *Med Klin* 1977;72:1529-36.
- Lins P-E, Lundblad S, Persson-Trotzig E, Adamson U. Glibenclamide improves the response to insulin treatment in non-insulin-dependent diabetics with secondary failure to sulfonylurea therapy. *Acta Med Scand* 1988;223:171-9.
- Stenman S, Groop P-H, Saloranta C, Tötterman KJ, Fyhrqvist F, Groop L. Effects of the combination of insulin

and glibenclamide in type II (non-insulin-dependent) diabetic patients with secondary failure to oral hypoglycaemic agents. *Diabetologia* 1988;31:206-13.

- Olsson P-O, Arnqvist H, Schenk von H, Ottoson AM. Overnight metabolic control with bedtime injection of intermediate-acting insulin or continuous subcutaneous insulin infusion. *Diab Care* 1987;6:702-6.
- Dahl-Jørgensen K, Brinchmann-Hansen O, Hanssen KF, Sandvik L, Aagenäs Ö, the Aker diabetes group. Rapid tightening of blood glucose control leads to transient deterioration of retinopathy in insulin-dependent diabetes mellitus. *Br Med J* 1985;290:811-5.
- Lardinois OK, Liu GO, Reaven GM. Glyburide in non-insulin-dependent diabetes. Its therapeutic effect in diabetes with disease poorly controlled by insulin alone. *Arch Intern Med* 1985;145:1028-32.
- Feinglos M, Lebovitz HE. Sulfonylurea treatment of insulin-independent diabetes mellitus. *Metabolism* 1980;29:488-94.
- Feldman JM, Lebovitz HE. Endocrine and metabolic effects of glibenclamide: evidence for an extrapancreatic mechanism of action. *Diabetes* 1971;20:745-55.
- Groop LC, Luzi L, DeFronzo RA, Melander A. Hyperglycemia and absorption of sulfonylurea drugs. *Lancet* 1989;ii:129-30.
- Stout RW. The role of insulin in atherosclerosis in diabetics and non-diabetics. *Diabetes* 1981;30 (suppl 2):54-7.
- Wilson RM, Clarke P, Barkes H, Heller SR, Tattersall RB. Starting insulin treatment as an out-patient. Report of 100 consecutive patients followed up for at least one year. *JAMA* 1986;256:877-80.

## Författarpresentation

\*Anders Gamstedt, överläkare

Margareta Nilsson, diabetessköterska

\*Postadress: Medicinska kliniken, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro.

## Tolvon® Organon

Tabletter 10 mg och 30 mg

Tetracykliskt antidepressivum NO6A C02

Deklaration. 1 tablett à 10 mg innehåller: Mianserin hydroklorid 10 mg, color (titandioxid) et consti q.s.

1 tablett à 30 mg innehåller: Mianserin hydroklorid 30 mg, color (titandioxid) et consti q.s.

Egenskaper. TOLVON, racemisk mianserin hydroklorid, är ett antidepressivum. Den aktiva substansen, mianserin, tillhör piperazin-azepin gruppen av föreningar. Dess struktur saknar den basala sidokedjan som anses vara ansvarig för den antikolinerga aktiviteten hos trietykliska preparat.

Den exakta verkningsmekanismen hos människa är inte känd. Djurstudier tyder på att mianserin ökar frisättandet av noradrenalin medierat via presynaptisk  $\alpha_2$ -receptorblockad i hjärnan. Till skillnad från trietykliska antidepressiva fås ingen hämning av återupptaget av aminer (noradrenalin, dopamin eller 5-HT) till neuronerna. Mianserin absorberas snabbt efter oral administrering. Maximal plasmakoncentration nås efter ca 3 timmar. Den biologiska tillgängligheten är ca 20%. Efter oral administration uppnås steady state nivåer i plasma efter ca 6 dagar. Steady state nivåerna kan variera mellan olika patienter. Plasmaproteinbindningen för mianserin är 96%. Halveringstid i plasma är ca 30 timmar (intervall 21-61 timmar). Hos en del äldre patienter har långa halveringstider (2-12 dagar) observerats. Mianserin metaboliseras huvudsakligen via aromatisk hydroxylering, demetylering och N-oxidering. Den primära eliminationsvägen för mianserin och dess metaboliter är via njurarna. Under 7-9 dagar utsöndras ca 70% i urin och ca 20% i feces, 4-7% av dosen utsöndras oförändrad.

Den antidepressiva effekten av mianserin är jämförbar med andra antidepressiva. Mianserin har också anxiolytisk effekt. Antikolinerga effekter uppträder vanligtvis inte med mianserin i terapeutiska doser. Indikationer. Endogena depressioner av unipolar eller bipolar typ. Djupa eller långvariga icke-endogena depressioner. Preparatet är avsett att användas först när behandling med traditionella antidepressiva läkemedel givit ossceptabla biverkningar.

Kontraindikationer. Mani

Försiktighet. Lever- eller njursufficiens (se även Observera).

Patienter äldre än 60 år. Okontrollerad epilepsi, sänkt kramptöskel. Graviditet. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [B]. Mianserin passerar placenta. Djurstudier med mianserin har inte givit några hållpunkter för teratogen effekt. Studier för att bedöma säkerheten under graviditet har inte utförts. Eftersom mianserin passerar placenta finns risk för att såväl de farmakologiska effekterna som biverkningarna kan uppträda hos fostret. Av denna anledning bör mianserin inte användas under graviditet förrän moderns behov vägs mot riskerna för barnet.

Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om passage över i modersmjölk. Biverkningar. Vanligast förekommande är dåsigheit, ca 19%.

|                    |   |
|--------------------|---|
| Vanliga (1/100)    | CNS: Dåsigheit.   |
| Sällsynta (1/1000) | Blod: Granulocytopeni, agranulocytos, aplastisk anemi.<br>Cirk.: Hypotension.<br>CNS: Epileptiska anfall, mani, yrsel, svimningar.<br>Lever: Störd leverfunktion.<br>Övriga: Artralgi, ödem, gynecomasti, viktökning. |

Behandlingen skall avbrytas om ikterus eller kramper uppträder. Benmärgsdepression, vanligen i form av granulocytopeni eller agranulocytos, har rapporterats i samband med behandling. Dessa reaktioner har vanligtvis uppträtt efter 4-6 veckors behandling och har generellt varit reversibla efter utsättande av TOLVON. Tillståndet tycks ej vara dosberoende. Om en patient får feber, halsont, stomatit eller andra tecken på infektion skall ett fullständigt blodstatus göras. Denna biverkan har observerats i alla åldersgrupper men tycks vara mer vanlig hos äldre. Dåsigheten försvinner vanligen inom en vecka. Postural hypotension kan förekomma, speciellt hos äldre, vid doser över 30 mg.

Dosering. Individuell dosering: Dagsdosen kan tas antingen i uppdelade doser eller lämpligen (med tanke på effekten på sömnen) som en engångsdos till natten. Engångsdosen bör inte överskrida 60 mg. Yuxta: Behandlingen inleds med 30-40 mg dagligen och justeras efter klinisk effekt. Den effektiva dosen ligger vanligtvis mellan 30 och 90 mg (oftast 60 mg) dagligen.

Äldre: Behandlingen inleds med en daglig dos på 30 mg eller mindre. Dosen kan vid behov höjas sakta, under noggrann övervakning. En lägre underhållsdos än hos yngre kan vara tillräcklig för klinisk

effekt (Se även Observera).

Tabletterna bör svaljas hela, p.g.a dålig smak.

Behandlingen bör pågå under minst 3, vanligen 6 månader efter förbättring. Utsättning bör ske successivt och under noggrann kontroll med tanke på eventuellt recidiv. Eventuell effekt kan ej bedömas förrän efter 2-3 veckors terapi. Om förbättring i patientens tillstånd ej inträtt inom en månad bör specialist konsulteras.

Interaktion. Samtidig behandling med epilepsiläkemedel som fenytin, lenobarbital och karbamazepin ger lägre plasmakoncentrationer av mianserin.

Observera. TOLVON kan potentiellt deprimera CNS och kan ge effekter av alkohol. Patienten skall avrådas från samtidig användning av alkohol.

Vid behandling med TOLVON kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, tex vid bilkörning. När patienter med lever- eller njursufficiens behandlas, skall sed vanlig övervakning ske och samtidig medicinerig noga övervakas. Bör ej ges till barn då klinisk erfarenhet saknas.

Självmoordsrisken hos deprimerade patienter kvarstår under behandlingen till dess remission inträtt och kan till och med initialt öka, då hämningen i vissa fall kan minska innan stämningläget förbättrats. TOLVON har låg toxicitet vid överdosering, tex i suicidsyfte. Den låga toxiciteten sammanhänger troligen dels med en låg kardiotoxicitet och dels med den  $\alpha_2$ -receptorantagonistiska verkningsmekanismen.

Vid behandling av det depressiva inslaget hos schizofrena patienter kan de psykotiska symtomen förvärras. Hos patienter med manodepressiva psykos kan en förskjutning mot den maniska fasen äga rum. Epileptiker skall ha adekvat antiepileptisk medicinerig under behandlingen.

Då metaboliseringen hos äldre ibland kan vara mycket långsam bör behandlingen vara medicinskt starkt motiverad och om möjligt följas med hjälp av plasmakoncentrationsbestämningar.

Förpackningar. Tabletter 10 mg (vita, bikonvexa, märkta CT över 4 på ena sidan och ORGANON\* på den andra) 90 st.

Tabletter 30 mg (vita, bikonvexa, märkta CT över 7 på ena sidan och ORGANON\* på den andra)

14 st

42 st

84 st

Det nya ljuset mot mörkret.

# Effektivt antidepressivum med få antikolinerga biverkningar och låg toxicitet.

Tolvon (mianserin) är ett för Sverige nytt tetracykliskt antidepressivum. Ett väl beprövat läkemedel som är registrerat i 45 länder och ledande inom segmentet antidepressiva läkemedel i flera av dessa, bl a i våra nordiska grannländer. Till dags dato har miljontals patienter behandlats med Tolvon.

Tolvon har en annorlunda verkningsmekanism. Nedstämdhet, ångest och sömnbesvär motverkas genom såväl  $\alpha_2$ -blockad som serotoninhämning och antihistamineffekt. Sömnförbättring inträder vanligtvis redan första natten, den ångestdämpande effekten efter ca en vecka och den stämningshöjande efter ca två veckors behandling.<sup>1, 2</sup>

Antikolinerga biverkningar som obstipation, miktionsproblem, muntorrhet och dimsyn uppträder vanligtvis inte alls i terapeutiska doser.<sup>3</sup> Detta skapar goda förutsättningar för att patienten ska fullfölja behandlingen.

Tolvon har en låg toxicitet, vilket innebär liten risk vid överdosering i suicidsyfte.<sup>4</sup> Även de kardiella bieffekterna är få, varför Tolvon kan användas vid behandling av patienter med samtidig hjärt/kärl-sjukdom.

Med Tolvon, som vanligtvis ges i endos till natten, får de svenska läkarna en ny möjlighet att hjälpa depressiva patienter.

**TOLVON**<sup>®</sup>  
MIANSERIN

När behandling med tricykliska antidepressiva läkemedel ger oacceptabla biverkningar

1. Smith AHW, Naylor GS, Moody JP. Placebo-controlled double-blind trial of mianserin hydrochloride. Br J Clin Pharmacol 1978;5:67S-70S.
2. Murphy JE. Mianserin in the treatment of depressive illness and anxiety states in general practice. Br J Clin Pharmacol 1978;5:81S-85S.
3. Feighner JP, Jacobs RS, Jackson RE, Hendrickson G, Merideth CH, O'Meara PD. A double-blind comparative trial with mianserin and amitriptyline in outpatients with major depressive disorders. Br J Clin Pharmacol 1983;15:227S-237S.
4. Henry JA. A fatal toxicity index for antidepressant poisoning. Acta Psychiatr Scand 1989;80 (suppl 354):37-45.



Organon AB, Box 5076,  
421 05 Västra Frölunda, tel. 031-29 94 80

För produktinformation se sid 248

# Frågade distriktsläkaren sin blivande hjärtinfarkt- eller lungcancerpatient om han/hon rökte?

INGA-KARIN IVARSSON · HÅKAN THIMANSSON

*För hjärtinfarkt och lungcancer finns ett otvetydigt samband med rökning. Vi fann att endast hälften av dem som insjuknat i hjärtinfarkt, under 65 års ålder, hade sökt sin distriktsläkare inom två år före insjuknandet och 35 procent hade tillfrågats om de rökte. Yngre tillfrågades något oftare, medan besöksorsak inte spelade någon roll. I artikeln diskuteras hur läkare kan nå personer med riskbetendend rökning och hur ett offensivt preventivt arbete ska kunna ske.*

**Nyckelord:** Epidemiologi, riskfaktorer, rökning, hjärtinfarkt, cancer, registerstudier, Höör.

Vår hälsa påverkas av arv, miljö och livsstil. I utredningen om hälso- och sjukvård på 90-talet (HS-90) sägs, att hälso- och sjukvården ska utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, det vill säga att man måste samla kunskap om olika hälsorisker och sedan aktivt undanröja dessa (1).

Traditionellt riktas insatserna mot högriskpatienter, det vill säga patienter med flera riskfaktorer som t ex rökning, kraftigt förhöjt blodtryck och höga kolesterolvärden. Majoriteten av dem som insjuknat i tex hjärtinfarkt kommer dock inte från gruppen stor-rökare eller andra "extremgrupper", utan från den stora del av befolkningen som har måttligt förhöjda riskvärden - "den epidemiologiska paradoxen". Förebyggande åtgärder bör alltså riktas mot den grupp som har måttligt ökat riskbeteende (2).

I en amerikansk undersökning av drygt 1600 rökare som sökt läkare under året före intervjun, hade 44 procent tillfrågats och uppmanats sluta röka. I gruppen unga manliga rökare var siffran endast 30 procent. Rökare med högt blodtryck, övervikt, diabetes och rökande kvinnor som åt p-piller hade inte uppmanats att sluta röka i större utsträckning än övriga. Där emot hade de patienter som haft hjärtinfarkt fått rådet att sluta i 73 procent (3).

Det har visats, att en distriktsläkare

kan ha 20-30 patienter per månad som med enkla åtgärder kan stödjas i att minska sin rökning (4). Det finns en tendens att låta rökaren som röker lite eller måttligt "slippa undan". Detta är olyckligt då denna grupp är stor, lättare påverkbar och mer benägen att sluta röka (3). "Riskblad" har arbetats fram på flera vårdcentraler. Att ett strukturerat journalblad är ett utmärkt hjälpmedel har visats från Olofström (5).

Primärvården i Höör kommer i kontakt med 51 procent av befolkningen under ett år (6) och härmed borde det finnas goda förutsättningar till förebyggande insatser.

## Frågeställning

Har de patienter i Höörs primärvårdsdistrikt, som insjuknat i hjärtinfarkt före 65 års ålder eller i lungcancer före 75 års ålder, sökt primärvården inom 2 år före insjuknandet?

Har de tillfrågats om sina rökvanor?

## Material

### Allmänt

Höörs primärvårdsdistrikt omfattar Höörs kommun med cirka 11900 invånare. Under 1986 gjordes 2.28 besök per invånare i öppenvård, varav 53.7 procent gjordes i primärvården (7).

### Hjärtinfarkt

Vi har försökt att finna alla personer i Höörs kommun, som var under 65 år och drabbats av hjärtinfarkt under åren 1982-86. Vi har utgått från att personerna sökt läkarvård och att de lagts in på någon av klinikerna medicin, medicinsk intensivvårdsavdelning eller kardiologen på Lunds lasarett eller avlidit.

Uppgifter om dem som avlidit i hjärtinfarkt före ankomst till sjukhuset erhöles genom pastorsämbetena i Höörs kommun. Vi fick uppgifter om namn, personnummer, dödsdatum och dödsorsak.

### Lungcancer

Från regionala cancerregistret fick vi uppgifter om samtliga personer från Höörs kommun, som insjuknat i lungcancer under åren 1976-85 och som varit under 75 år när diagnosen erhöles.

## Metod

Vi har registrerat ålder, kön, insjuknandedatum, diagnoser, uppgifter om rökvanor och eventuella åtgärder mot rökning. Därefter har vi delat upp materialet i två grupper: de som tillfrågats om rökvanor och de som ej tillfrågats. För dessa båda grupper jämfördes variablerna ålder, kön och diagnos.

Vi redovisar hjärtinfarktpatienter och lungcancerpatienter var för sig, eftersom hjärtinfarkter drabbar yngre individer för vilka det är mer relevant att ändra ett riskbeteende.

## Resultat

### Bortfall

Om en person drabbats av hjärtinfarkt och lagts in på annat sjukhus än lasarettet i Lund, har vi "missat" patienten.

### Hjärtinfarkt

Under åren 1982-86 drabbades 57 personer från Höörs kommun av hjärtinfarkt. Av dessa var 7 kvinnor, 49 män och en individs kön är okänt (på grund av ofullständigt personnummer). Hälften var mellan 60 och 64 år.

Av samtliga 57 personer hade 26 gjort läkarbesök inom två år före sin infarkt.

Av de 26 som besökt vårdcentralen, hade 9 tillfrågats om rökning. Av dessa var 5 icke-rökare och 2 av de 4 som rökte hade föreslagits åtgärder mot rökning. 22 av de 26 patienterna fick diagnos inom grupperna cirkulationsorganens sjukdomar, diabetes eller andningsorganens sjukdomar. Antalet läkarbesök påverkade inte om patienten skulle bli tillfrågad om rökning eller ej.

### Lungcancer

Under 10-årsperioden 1976-85 fick 19 personer under 75 år från Höörs kommun lungcancer. Sex personer var över 70 år och nio mellan 60 och 69 år. Fjorton var män och fem kvinnor.

Av dessa 19 personer hade 13 varit på läkarbesök vid vårdcentralen två år före sjukdomens fastställande, varav 12 personer hade journal. Av dessa blev 6 personer tillfrågade om rökning - 2 var icke-rökare och av de 4 personer som rökte, blev 2 föreslagna åtgärd mot rökning.



Det fanns inte några skillnader i fråga om ålder eller antal besök mellan dem som fått rökfråga och dem som inte fått. Av de 8 personer som hade diagnosen andningsorganens sjukdomar fick 6 rökfråga.

### Diskussion

Vi fann att av hjärtinfarktpatienterna hade 9 av 26 tillfrågats om rökning (35 procent) och hos lungcancerpatienterna var siffran 6 av 12 patienter (50 procent). Dessa tal är lika låga som i en tidigare undersökning från USA (3).

### Varför frågar läkare i så liten utsträckning sina patienter om de röker?

Glömmer de det? Glömmer de att fråga om andra riskfaktorer också? Det är möjligt att fler patienter tillfrågats om rökning, men att läkarna ej fört in uppgiften i journalen. Vi tror dock att läkaren noterat i journalen när det gäller sjukdomar som är rökningssrelaterade. Vi vet inte om läkare som själva röker frågar i mindre utsträckning.

Erfarenheten visar, att för att få uppgifter registrerade regelbundet, krävs inte bara en samstämmighet att så ska ske, utan också någon form av formulär, rubrik eller liknande i journalen (5). Riskblad har arbetats fram på olika håll i landet. Hur ett sådant "riskblad" ska se ut, tror vi inte har så stor betydelse. Det viktiga är att intresset för att registrera riskfaktorer finns och leder till behovet av ett "hjälpmedel".

Vi tror, att patienten finner frågan relevant när hon söker för rökningssrelaterade sjukdomar, men diagnosgrupperna cirkulationsorganens sjukdomar, diabetes, stressrelaterade sjukdomar och andningsorganens sjukdomar, utgör bara 20–25 procent av besöken för åldersgruppen 40–49 år (8). Det är också naturligt att fråga om rökning vid mödrahälsovårdsbesök och när det gäller barn med allergi eller luftvägsinfektioner.

### Hur komma i kontakt med de blivande riskpatienterna?

Vi fann, att endast 26 av 57 (46 procent) av dem som insjuknat i hjärtinfarkt under 65 år, hade varit i kontakt med distriktsläkarna inom två år före insjuknandet. Ur konsumtionsstudier (6) vet vi att för Höörs primärvårdsdistrikt, söker ungefär 49 procent sin primärvård i åldersgruppen 15–44 år under ett år. Andelen ökar något om tidsperioden utsträcks till flera år. Vi finner att många "riskpatienter" i distriktsläkarens ansvarsområde kommer att förbli okända om det förebyggande arbetet enbart inriktas på kända motagningspatienter.

På flera håll pågår framgångsrika pionjärarbeten vad gäller prevention riktad mot utvalda åldersgrupper (9).

Den offentliga primärvården har ett samordningsansvar för primärvårdsinsatser inom ett avgränsat område/distrikt. Dagens distriktsläkarebemannning ger ej utrymme för både sjukvård och effektiv hälsovård. Därför bör det individinriktade hälsoarbetet samordnas mellan primärvård, företagshälsovård och privatläkare (FK-anslutna).

Detta ger också människor större möjlighet att välja var de vill få sin hälsorådgivning.

### Referenser

1. Vår hälsa – igår, idag och imorgon. Fakta ur HS 90's underlagsstudier. Stockholm: Liber, 1981.
2. Haglund B, Svanström L. Från epidemiologiska studier till hälsoutbildningsprogram på samhällsnivå. AllmänMedicin 1986;7:38-41.
3. Anda RF, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are Physicians advising smokers to quit? The patients perspective. JAMA 1987;257:1916-9.

4. Ovhed I. Rökavvänjningsarbete. SFAM-nytt 1982;3:212-3.
5. Romelsjö A et al. Yngre hypertoniker vid vårdcentralen i Olofström. AllmänMedicin 1986;7:166-70.
6. Statistik över konsumtion av öppen vård 1983; besök hos läkare. Lund: Miljömedicinska funktionen, Malmöhus läns landsting, 1984. (Stencil)
7. Statistik över konsumtion av öppen vård 1986; besök hos läkare. Lund: Malmöhus läns landsting, Miljömedicinska enheten, 1987. (Stencil)
8. Primärvården i Höör. Konsumtionsstudier 1984. (Stencil)
9. Primallen. Sydsvenska allmänläkarklubben. Referat från höstmötet i Eslöv 23 okt 1987. Orup: Malmöhus läns landsting, 1987. (Nr 3/87)

### Författarpresentation

*Inga-Karin Ivarsson, handläggare, PV-kansliet Eslöv*

Postadress: Trollenäsvägen 2, 241 35 Eslöv.

*Håkan Thimansson, distriktsläkare*

Postadress: Vårdcentralen, Storgatan 2, 243 30 Höör.

## INBJUDAN TILL KONFERENS

### "GÖR PREVENTION NÅGON NYTTA?"

Tid: Tisdag den 5 februari 1991, kl 09.30–16.30  
Plats: Svenska Läkaresällskapet  
Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm

I konferensen medverkar bl a

**Docent Jan Beskow**, Psyk inst, Sahlgrenska sjukhuset  
**Docent Lars-Erik Holm**, Cancerprev enheten, Karolinska sjukhuset  
**Dr Med Sc Bjarne Jansson**, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg  
**Med dr Anders Romelsjö**, Socialmed inst, Karolinska institutet  
**Dr Med Sc Måns Rosén**, Hälsoprogramenheten, Vårdcentralen Kronan  
**Dr Med Sc Claes-Göran Stefansson**, Enh för psykosocial forskning, Nacka  
**Professor Leif Svanström**, Socialmed inst, Karolinska institutet  
**Med dr Urban Janlert**, Samhällsmedicinska enheten, Luleå  
**Direktör Leni Björklund**, Spri

Konferensen, som arrangeras av Spri, vill ge en praktisk genomgång av vad som skett inom förebyggandeområdet och riktar sig till alla som på olika sätt arbetar med folkhälsofrågor.

**Anmälan:** senast den 8 januari 1991.  
(Lokalen rymmer drygt 200 personer, vilket är vår begränsning för konferensen.)

Spris  
kontakt-  
personer: Anita Bedecs-Högstedt tel 08-702 47 35  
Birgit Hedlund tel 08-702 47 26



## Varför inte ordinera Isoptin retard?

**N**är Du kan behandla både hypertoni och angina pectoris med samma tillförlitliga originalläkemedel, Isoptin retard. Depottabletten, som är på 240 mg, är försedd med en mittskåra vilket gör att dosen enkelt skraddarsys till patienter som kräver mellan 120 och 480 mg/dygn, utan att behöva byta tablettstyrka.

Isoptin retard är den senaste utvecklingen av originalläkemedlet Isoptin – Sveriges mest använda kalciumantagonist. Isoptin ingår i Medas kunskapsområde Kardiologi.

Isoptin<sup>®</sup>  
(verapamil)  
retard 

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

# Medicinsk träningsterapi

– en utvärdering av behandlingsmodellen på patienter med axelbesvär

PETER WALLÉN

*Studien redovisar en jämförelse mellan sjukgymnastiska behandlingsformer. En grupp på 30 patienter med olika typer av axelbesvär har behandlats. Hälften har behandlats med medicinsk träningsterapi (MTT) och övriga med "traditionell" sjukgymnastik. Resultaten visar, att MTT är en mycket bra behandlingsform främst för att öka rörligheten och minska smärtan, men också för att skapa en medvetenhet hos patienten att aktivt delta i sin egen rehabilitering. Behandlingsformen ger möjlighet att snabbt sätta igång rehabilitering eftersom behandlingen sker i grupp. Detta bidrar till, att patienter med andra typer av besvär kan erbjudas en tidig behandling (1).*

**Nyckelord:** Axlar, terapi, utvärdering, medicinsk träningsterapi, Uddevalla.

## Bakgrund

I samband med inrättandet av en ny sjukgymnastikavdelning i Uddevalla primärvårdsområde inköptes utrustning för behandling med MTT. Från landstingets sida såg man inköpet som extraordinärt, men efter många samtal, fick vi igenom våra önskemål. När vi behandlat med utrustningen i (cirka 1/2 år), tyckte vi oss se mycket goda behandlingsresultat.

En utvärdering var därför önskvärd av både ekonomiska och medicinska skäl.

## Material och metod

För att ingå i studien, skulle patienten uppfylla minst tre av följande sju kriterier.

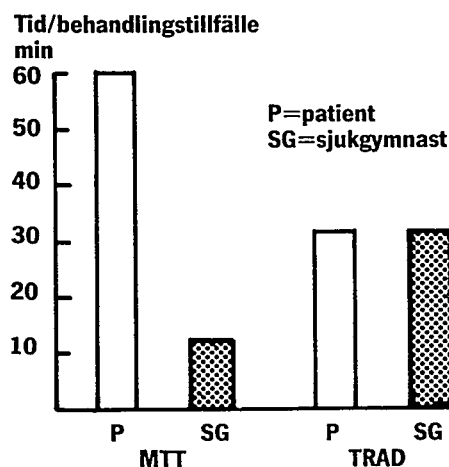
- inskränkt aktiv rörlighet i axelleden;
- inskränkt passiv rörlighet i axelleden;
- inskränkt rörlighet vid translatoriskt test i art humeroscapularis när caput förs caudalt;
- passiv rörlighet u a (ej ytterläge) men smärta vid statiskt muskelarbete;

- smärta vid senfästespalpation;
- smärta vid passiv töjning av musculus infra- och supraspinatus, musculus biceps longus et brevis samt subscapularis;
- provokationstest positivt vid undersökning av acromioclavikularled eller subacromial bursa i form av smärta.

Patienterna fördelades i två grupper, 15 i varje, beroende på vilken vårdcentral de tillhörde inom primärvårdsområdet. Samtliga patienter som uppfyllde ovan nämnda kriterier, togs in i studien tills vi fått 15 patienter i varje grupp. Den ena gruppen behandlades med "traditionell" sjukgymnastik (ej akupunktur) det vill säga den behandlingsmetod som sjukgymnasten valde för det enskilda fallet. Den andra gruppen behandlades med MTT. Genom att inte välja någon specifik diagnos som undersökningsunderlag, kom många typer av axelbesvär att ingå, med undantag av dem som kan härledas till "referred pain" från halsryggen. Medelåldern i de båda grupperna var omkring 55 år, med lika fördelning av könen. I de båda grupperna hade 80 procent av patienterna haft sina besvär i mer än tre månader.

## Resultat

Vid utvärdering av rörlighet och smärtskattning enligt visuell analog skala (VAS), visade det sig att rörelseomfånget för 13 av de 15 patienterna var helt återställt i MTT-gruppen och att samma patienter visade upp total



**Figur 1.** Tidåtgång för patient respektive sjukgymnast.

smärtfrihet. I den traditionella gruppen blev mer än hälften av patienterna besvärsfria men inte lika uttalat. Figur 1 visar fördelning av tidsåtgång för patient/sjukgymnast.

## Diskussion

Med tanke på att över 80 procent av de båda gruppernas patienter hade haft sina besvär i mer än 3 månader, är behandlingsresultatet mycket gott i båda grupperna. Erhållna resultat visar, att MTT är en mycket bra behandlingsmodell. Förutom de objektiva positiva behandlingsresultaten medför MTT andra vinster. Behandlingsformen medger kortare väntetid än 2 veckor för oprioriterade fall. En annan stor fördel är patientens egen aktivitet. Flertalet patienter är initialt mycket tveksamma till att behandla sina besvär genom att röra sig. Under behandlingens gång ändras dock deras attityd. Många patienter har efter en lyckad axelledsbehandling undrat om de inte kan göra på samma sätt med exempelvis sina fleråriga ryggbesvär. På detta sätt har patienten gått från "bilverkstadsmodellen" till "vad kan jag göra för att bli bra?"

Vi lever i en tid, där belastningsskadorna ökar. Trots att arbetsplatsernas fysiska utformning har blivit allt bättre ur ergonomisk synpunkt (2,3), tycks besvär från rörelseorganen öka från år till år. Från allt fler håll anser man att 1970- och 1980-talens belastningsergonomi, som var inriktad på ständig avlastning, bör kompletteras med funktionell träning för respektive arbetsmoment. I dessa fall kommer utrustning för MTT att vara mycket lämpad då man på ett enkelt sätt kan konstruera funktionella rörelser speciellt anpassade för olika typer av arbetsuppgifter. Frågan är om vi inte bör belasta vår kropp mer för att få mindre belastningsskador?

## Referenser

1. Wallén P. Bra resultat med medicinsk träningsterapi. Sjukgymnasten 1990;4: 18-21.
2. Wjincel. Varför ökar belastningsskadorna? Nordisk Medicin 1990;12:324-7.
3. Alexandersson P. Socialnytt 1990;1:2-3.

## Författarpresentation

Peter Wallén, distriktssjukgymnast

Postadress: Herrestads vårdcentral, Lingatan 12, 451 57 Uddevalla.

## Barn och barnfamiljer i Norden

En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet.

LENNART KÖHLER (red)

Lund: Studentlitteratur, 1990.  
Pris: 243 kronor. 214 sidor  
ISBN 91-44-31621-6

Den här boken ingår i serien av rapporter från Nordiska Hälsovårdshögskolan och presenterar en del av resultaten från ett omfattande samnordiskt forskningsprojekt utgången från skolan.

Under 1984 skickade man en postenkät till ett stickprov på 15 000 familjer med barn födda åren 1966 till 1982. Svarefrekvensen var endast 69 procent, men man anser sig ändå ha fått en tillfredsställande representativitet. Enkätresultaten presenteras i tre huvudavsnitt: ett om barnfamiljernas välfärd, ett om barnens hälsa och ett om barnfamiljernas och barnens livskvalitet. Varje avsnitt avslutas med en god sammanfattning. Boken avslutas med en sammanfattande diskussion och under rubriken "En nordisk profil" ges en kort karakteristik av förhållandena i vart och ett av de fem nordiska länderna. För att ge dig som potentiell läsare en uppfattning om vad du kan finna i boken citerar jag här avsnittet om Sverige.

*Sverige är näst bäst i den totala sammanfattningen av livskvalitetsmätningen och ligger främst då enbart objektiva mått beaktas. Färdernas utbildningsnivå är näst högst och man uttrycker störst tillfredsställelse med sina arbetsförhållanden. Den genomsnittliga inkomstnivån är lägst, medan boendestandarden är näst bäst.*

*Det svenska välfärdssamhället ter sig dock inte i alla avseenden ljust för barnfamiljerna. Långa restider, många sjukskrivningar och högt missnöje hör till de mörkare sidorna. Kvinnorna arbetar oftast i Norden vilket, tillsammans med långa resor, ger en bild av tidsbrist.*

*Svenska barn har den högsta graden av negativa livshändelser i Norden, men antalet vuxenpersoner i familjerna är lika stort, som i de övriga länderna och kontakten med den icke vårdande föräldern är näst högst. Barnen har den högsta aktivitetsnivån, självkänslan och grundstämningen i Norden.*

*Genomsnittligt antal vård dagar på sjukhus är lägst och få barn ligger på vuxenavdelning. I öppen vård är specialistläkarkonsultation i offentlig regi vanligast, medan besök hos allmänläkare och privatläkare är sällsynta. Antalet barn som är frånvarande från daghem, skola etc för sjukdom är lägst i Norden, men långtidsfrånvaron är störst. Både*

*mödrarnas och fädernas frånvaro från arbetet för att ta hand om sina sjuka barn är överlägset oftast förekommande i Sverige, vilket sannolikt beror på svenskarnas bättre utbyggda föräldraförsäkring.*

*Det är också svenska barn som dominerar bland högkonsumenterna av sjukvård.*

*Det är mycket få föräldrar som inte tillåts stanna över natten hos sina barn på sjukhus, oavsett om de ligger på barn- eller vuxenavdelning. Svenskarna är mycket nöjda med sjukvården för sina barn och man ser gärna att läkarna hade specialistutbildning, helst skall de vara barnspecialister.*

Jag tycker att de svenska resultaten till stor del bekräftar vad man redan anar, och även beträffande övriga nordiska länder känns resultaten ganska väntade. Bokens stora värde ligger i att den ger en god bakgrund för vidare studier, för att följa utvecklingen i de enskilda länderna och för ytterligare jämförelser länderna emellan. Slutligen har man, som distriktsläkare, ett fint referensmaterial om man vill studera barnens situation inom det egna upptagningsområdet.

Anders Håkansson, distriktsläkare

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

## Research methods for general practitioners

ARMSTRONG D  
CALNAN M  
GRACE J

Oxford: Oxford Medical Publications, 1990.  
Pris: 310 kronor. 194 sidor.  
ISBN 0-19-261822-9

Det finns ett behov av goda och någorlunda lättillgängliga böcker om allmänmedicinsk forskning. Howies *Research in general practice* kan fungera som inspirerande introduktion, liksom Tibblins något tunnare *FoU i allmänmedicin – en introduktion*. Båda böckerna har några år på nacken.

Den nyutkomna *Research methods for general practitioners* är mera uttömmande. Den har ett vidare teore-

tiskt perspektiv, som tillämpas fördömligt konkret på enskilda forskningsproblem. Övningsexempel är hela tiden instuckna i löpande text. Detta ger möjlighet att omedelbart testa förståelse, men blir stundtals tröttande, speciellt som ett och annat långsökt och udda exempel förekommer.

Boken är traditionellt strukturerad i tio kapitel, där det första ägnas åt konsten att ställa frågor och där de följande ägnas åt projektdesign, metoder, datasamlande och fältarbete. Ett kapitel berör problemet att omvandla insamlade resultat till siffror för databearbetning. Åtminstone 90 procent av bokens innehåll upptas av den kvantitativa forskningens problem, men i nästan varje kapitel diskuteras även kvalitativa forskningsproblem kortfattat och balanserat. Att författarna är angelägna om att framhålla värdet av kvalitativ forskning torde framgå av följande citat: "a few

in-depth interviews may reveal far more of interest than would 1000 fixed-format questionnaires".

Ett par pedagogiskt väldisponerade kapitel om dataanalys och statistik ger en god allmänförståelse för problemens art och olika metoders möjligheter och begränsningar, men trots uppmuntrande tillrop från författarna känner man sig knappast som någon fullfjädrad statistiker efter ett par genomläsningar. Det måste nog en hel del praktik till, och kanske även ett handtag från statistiker av facket, för att man ska känna sig på säker mark.

Sammanfattningsvis – en bok som är rolig att läsa och som, i varje fall för nybörjaren, ger en fördjupad förståelse för forskningsprocessen. I vissa avseenden tror jag även den är möjlig att använda som forskningsmetodisk "kokbok".

Christer Petersson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, 360 30 Lammhult.

**DIFLUCAN 150mg**  
FLUCONAZOL  
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

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

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

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

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

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

**Indikationer.** Vaginal candidiasis.

**Försiktighet.** Tillits 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 urinvägsmissbildningar (hydronefros och hydruretär).

**Amning.** Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

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

Vanliga CNS: huvudvärk  
GI: illamående, magsmärtor

**Dosering.** 150 mg som engångsdos.

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

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

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

Ny terapi  
vid genitala  
Candida infektioner!



En  
enda  
kapsel  
peroralt

Diflucan 150 mg  
fluconazol

Ett originalpreparat från



Box 501 · 183 25 Täby  
Tel: 08-758 01 30

## Skadekirurgi

ANTTI ALHO  
PÅL BENUM  
NORVALD LANGELAND

Oslo: Universitetsforlaget, 1990.  
Pris: 965 kronor. 422 sidor.  
ISBN 82-00-43092-8

Tillkomsten av en lärobok i traumatologi på skandinaviskt språk är självfallet en stor händelse. Under kompetent ledning av professorerna Antti Alho, Pål Benum och Norvald Langeland har nu framtagits en lärobok på norska som imponerar genom sin bredd, sin sakliga framställning och inspirerande illustrationsmaterial. Man har lyckats med konststycket att framställa en lärobok, som är ett värdefullt tillskott, inte bara för de medicine studerande, utan även för distriktsläkaren på vårdcentralen och den specialiserade sjukhuskollegan. Skadekirurgi

är ett tvärfackligt område, som involverar ett flertal specialiteter förutom allmänmedicin. Behandlingen bör ofta kunna genomföras på en låg omhändertagandenivå, men måste ofta bedrivas i nära samarbete mellan flera specialiteter.

Författarna uttrycker i sitt förord, att man ursprungligen planerat en lärobok i skadeortopedi, men att man under resans gång, låtit sig influeras av inlägg från andra specialiteter och utvidgat bokens ram. Själva stommen i boken är också en grundlig och systematisk genomgång av skadeortopedin, förtjänstfullt kompletterad med genomgångar av traumatologin inom angränsande kirurgiska specialiteter, exempelvis handkirurgi, thoraxkirurgi, neurokirurgi, anestesi med mera. Här finns också utmärkta kapitel om primärt omhändertagande på skadeplats och på sjukhus, komplikationer hos multitraumapatienter, amputationskirurgi, brännskador, elektricitetsskador, internmedicinska synpunkter med mera. Framställningen är klar och tydlig. Kunskapsstoffet är imponerande. Genomgången av undersök-

ningsteknik, klassifikationer och behandlingsalternativ är mestadels distinkt och ej onödigt mångordig. De många och förträffliga illustrationerna bidrar till att göra detta till en stimulerande och allsidig lärobok.

Till bokens uppenbara förtjänster hör också slutkapitlet om kristeori och krisintervention, som avslutas med några tänkvärda ord av Gro Harlem Brundtland till arbetskamraterna och de anhöriga till offren för flygkatastrofen vid Hirtshals i september 1989.

Norska fackuttryck kanske upplevs som ett hinder för några, men torde dock vara överkomligt med hänsyn till det väldisponerade kunskapsstoffet. Helhetsintrycket av denna lärobok är nämligen, att den lämpar sig utmärkt som uppslagsbok på vårdcentralen, i såväl undervisning som dagligt arbete för läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och annan hälsopersonal. Boken må anbefallas.

*Bengt Nordling, distriktsläkare*

Postadress: Svartbäckens vårdcentral, 750 16 Uppsala.

## Gastrointestinal diagnostik – en symptom-baserad lärobok

INGEMAR IHSE  
RUNE SJÖDAHL  
GÖRAN BODEMAR

Lund: Studentlitteratur, 1990.  
Pris: 225 kronor. 155 sidor.  
ISBN 91 44 30801 9

Äntligen finns det på svenska – i behändigt fickformat dessutom – en systematisk genomgång av gastroenterologins symtomsfär. Redaktörstrion, samtliga verksamma i Linköping, skriver i förordet "... vi hoppas att boken är anpassad till vårt sätt att arbeta i den kliniska vardagen ..." – och det är den.

I totalt 13 kapitel går man genom de symtom/begrepp som våra patienter brukar uttrycka sig med när de söker vår hjälp. Även "Gaser" har fått ett eget kapitel. Boken är således utan tvekan värd ordet i titeln – symtombaserad. Även om boken huvudsakligen handlar om de fakta som kommer fram i patient-läkarrelationen, har man lyckats få med ett par riktigt njutbara kapitel om differentialdiagnostik vid "Patologiska levervärden" respektive "Icterus". Likaså rubriker som "Diagnostisk strategi vid kronisk diarré" stimulerar minsann läslustan. Man blir inte besviken – detta är en mycket nyttig bok, som kan sägas ha stor relevans också för distriktsläkaren. Även det faktum att boken har bra sakregister och för övrigt är "anpassad till den kliniska vardagen", som förordet utlovar, talar för en självklar placering i distriktsläkarens bokhylla. Helt klart en bra bok.

... Men har den inga svagheter? Jo, kanske. En bok som "främst är avsedd för studerande på läkarlinjen, men

också av värde för AT-läkare", torde vara skyldig dessa unga kollegor, en TYDLIG beskrivning av problemet med patienter, som *a priori* uppfattar sig själva som drabbade av just gastroenterologisk åkomma, fast förloppet så småningom avslöjar något annat. Exempelvis patienten med bakvägsinfarkt, som känner sig övertygad om att "ha gallan", eller den gravida, som totalt förnekar sin graviditet och lämnar felaktig mensanamnes på samma gång som hon ihärdigt kräver magröntgen för illamående. Att sådana patienter finns tillhör också "den kliniska vardagen". Slutligen verkar det lite egendomligt att man inte berör achyli/perniciosa.

*Johannes Jokumsen, distriktsläkare*

Postadress: Viksjö vårdcentral, Box 4008,  
175 04 Järfälla.

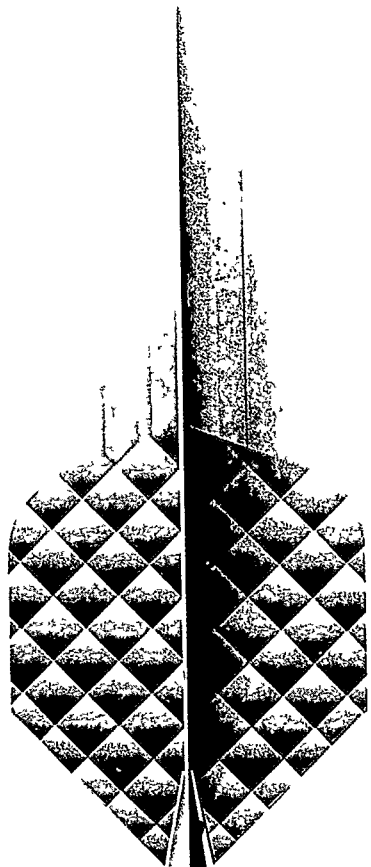
# Tänk dig att inte kunna prata.

Varje år tystnar ca 400 personer i Sverige. Drabbade av cancer i struphuvudet eller munhålan.

Vi behöver din hjälp för att göra oss hörda. Sätt in ditt bidrag på Laryngfonden  
Postgiro 91 82 58 - 5



**LARYNGFÖRBUNDET**  
Vi tystnar inte för det.  
Tel. 08/58 58 07



Citodon

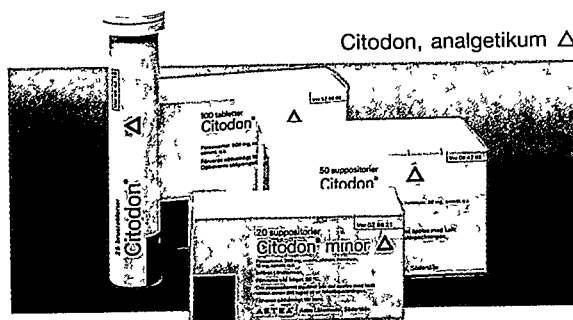
# Citodon®

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

Tabletter – brustabletter – suppositorier

– *snabbt tillslag*

– *effektivt*



Citodon, analgetikum  $\Delta$

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

**NYHET !**

**Citodon minor** (paracetamol 350 mg, kodein 15 mg)  
– för medelsvåra smärttillstånd hos barn.

Förpackningar Citodon minor: Suppositorier 20 st.

\* vanligen inom 30 minuter

## Neurologi

AQUILONIUS S-M, FAGIUS J. (red)

Stockholm: Norstedts Förlag AB, 1989.

Pris: 700 kronor. 450 sidor  
ISBN 91-20-06694-5

Detta är den nya svenska läroboken i neurologi. Den är bra, mycket bättre än min gamla engelska lärobok från 1973. Den är självklart aktuell och den är förankrad i skandinavisk tradition. Boken är väl sammanhållen av de två redaktörerna från Uppsala och man störs inte av att de olika kapitlen är skrivna av sammanlagt 22 författare. Flertalet är kända namn inom neurologin och vad jag kan förstå har var och en skrivit om sitt specialområde.

Inledningsvis får man en välbehövlig repetition i neurologisk symtomlära och sedan går man igenom den neurologiska undersökningen. Därefter följer kapitel om neurofysiologiska undersökningsmetoder, likvorundersökningar och neuroradiologi. I bokens huvuddel behandlas det neurologiska sjukdomspanoramat i 19 väl skrivna kapitel. Det finns rikligt med hänvisningar mellan de olika kapitlen, men vart och ett kan självklart läsas fristående från de andra. Ett fullständigt register underlättar om man letar efter något speciellt.

Avslutningsvis finns också en ordlista omfattande framförallt termer i neurologisk symtomlära och en lista över vanligt förekommande förkortningar.

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

## Lärobok i medicinsk angiologi

BENGT FAGRELL (red)

Lund: Studentlitteratur, 1989.  
Pris: 339 kronor. 301 sidor.  
ISBN 91-44-25141-6

Kärlsjukdomarna tilldrar sig ett allt större intresse, både ur profylaktisk och terapeutisk synpunkt, inte minst inom primärvården, där ett flertal olika program för förebyggande åtgärder inom detta område tagits fram. Trots detta har det inom läkarutbildningen hittills inte funnits någon samlad information om icke-kirurgiskt omhändertagande av sjukdomar i det perifera kärlsystemet.

Den bok som nu föreligger, är framtagen i samarbete med Svensk Förening för Medicinsk Angiologi. Den

skall enligt författarna ses som en basal lärobok, i första hand avsedd att användas av medicine kandidater. Boken inleds med ett kapitel om kärlsystemets anatomi och fysiologi med tyngdpunkt på kliniskt fysiologiska undersökningsmetoder och klinisk anatomi. Här nämns bland annat den för en vårdcentral intressanta ultraljud-Doppler-utrustningen som med träning, utöver mätning av ankelblodtryck, kan användas till att följa artärer ända ut i fingrar och tår och påvisa förträngningar.

I kapitlet om ateroscleros behandlas två hypoteser om aterogenes, nämligen lipidfiltrationshypotesen och skadesvarshypotesen, vilka idag förefaller att sammansmälta till en. Personligen tycker jag att resten av detta kapitel som tar upp riskfaktorbegreppet, främst serumlipider och behandlingen av ateroscleros, är bokens mest intressanta. Man diskuterar primär och sekundär prevention och effekten av behandling av riskfaktorer inklusive multipel riskfaktorbehandling, där Oslostudien och Nordkarelenprojektet nämns. Vidare presenteras riktlinjer för behandling av hyperlipidemi inklusive idag aktuella läkemedel. Kortfattat nämns befolkningsstrategi beträffande kost och motion, men författarna anser att det för svenskt vidkommande gäller att få fram utrednings- och behandlingsprogram för högriskindividerna. Ansvar för befolkningsstrategin åvilar inte bara läkarkåren utan rör även en livsstilsförändring som måste engagera opinionsbildande organ, politiker, lärare med flera.

Efter några sidor med klinisk undersökning, avhandlas organiskt oblitterativa artärsjukdomar med praktiska flödesschemata både för akut artär- och ocklusion i extremiteterna och caludatio intermittens samt handläggning av patienter med TIA. Diabetesangiopati liksom konsekvenserna av högt blodtryck på kärlsystemet diskuteras. Icke-farmakologisk behandling av hypertoni med diastoliskt tryck, 90-100 mm Hg, framhålls. Läsaren associerar till det nu aktuella metabola syndromet.

Venös trombos behandlas relativt ingående och avslutas med ett flödeschema. Praktiska råd vid behandling av venös insufficiens och venösa bensår ges, dock omnämns inte pinch-graft metoden vid långvariga sår. Andra kapitelrubriker är vasospastiska kärlsjukdomar och inflammatoriska kärlsjukdomar. Boken avslutas med ett kapitel om hemoreologi och sjukdomstillstånd med reologiska störningar. Varje kapitel avslutas med en basal referenslista och boken avslutas med ett alfabetiskt sakregister.

Sammanfattningsvis fyller boken väl sin plats inom ett tidigare, ur undervis-

ningssynpunkt, något fragmenterat område och bör finnas i vårdcentralens bibliotek.

Rolf G Jönsson

Postadress: Vårdcentralen, Marknadsgatan 1, 286 00 Örkelljunga.

## ADL-trappan

KERSTIN HULTER-ÅSBERG

Lund: Studentlitteratur, 1989.  
Pris: 152 kronor. 144 sidor.  
ISBN 91-44-28641-4

Kerstin Hultér Åsberg, överläkare vid Medicinkliniken, Enköpings lasarett och lärare vid Geriatriska Institutionen vid Huddinge sjukhus, har vårdforskat i många år, vilket har resulterat bland annat i en doktorsavhandling om de äldre i akutsjukvården. Hon har nu skrivit en bok, som hon kallar för ADL-trappan. I denna bok beskriver hon amerikanen Katz' ADL-index från 50-talet. Detta innefattar personliga funktioner som födointag, kontinens, förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning samt badning. Hon beskriver hur dessa funktioner från badning räknat, faller ifrån i tur och ordning, när en människa blir gammal och sjuklig, på samma sätt som funktionerna erövrats under inläringen när vi är barn, i omvänd ordning. Till detta har hon lagt vad hon kallar för ett instrumentellt ADL, som innefattar matlagning, allmänna kommunikationer, matuppköp och städning. Till sammans utgör dessa två index en trappstegsformad utveckling, som Kerstin Hultér Åsberg menar är lämplig att använda som ett gemensamt ADL-index i olika sammanhang, där man möter och arbetar med äldre människor i såväl sjukvård som hemtjänst.

Som distriktsläkare bedömer man sällan direkt ADL-förmågan hos en patient, även om många andra kategorier, som också är inblandade, gör det. Jag finner den här boken lättläst och trevlig, lämplig som kvällslektyr eller varför inte på jouten i pauserna. Den beskriver på ett tydligt och vettigt vis den här ADL-trappan och belyser den från olika håll och synvinklar. Faktiskt tycker jag efter att ha läst den, att man i ett primärvårdsstatus på en äldre patient borde ha en ADL-funktionsbedömning, likaväl som man gör en hjärt/lungundersökning. Här skulle denna trappa i sin enkelhet, men ändå tillförlitlighet, mycket väl kunna duga.

C M Mölstedt, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, 360 44 Ingelstad.



# Medlemmar rekrytera till SFAM

*Alla specialister eller blivande specialister har sin  
specialistförening.*

*Allmänläkarnas specialistförening är SFAM.  
Svensk Förening för Allmänmedicin.*

SFAM har nu cirka 2 000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom vidare- och efterutbildning, utvecklingsarbete, forskning, avgränsning mot andra specialiteter, internationella kontakter.

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

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

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

Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt, kan listor insändas till samma adress. Årsavgift 300 kronor.

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

Obs! Alla medlemmar i SFAM erhåller för 1991 automatiskt tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care.

---

## Anmälan om medlemskap i SFAM

Namn: .....

Adress: .....

Postnr: ..... Ort: .....

Tel: .....

Medlem i Sveriges Läkarförbund  Ja  Nej

FRANKERAS

AllmänMedicin  
Margareta Lindborg  
172 83 Sundbyberg

# Manipulations- behandling vid reha- bilitering av rörelse- apparaten

KAREL LEWIT

Lund: Studentlitteratur, 1990.  
Pris: 500 kronor. 460 sidor.  
ISBN 91-44-24641-2

En av den ortopediska medicinens för-  
grundsgestalter, Karel Lewit, finns  
nu, för första gången på svenska, i en  
omfångsrik och heltäckande lärobok.  
Den är betydligt allsidigare än vad ti-  
teln antyder – inte bara manipulation,  
utan alla sorters behandling av rörel-  
seapparaten åtkommas sätts in i sitt  
kliniska, såväl som systematiska och  
teoretiska sammanhang.

Det är intressant att iakttä en orto-  
pedisk medicinare, som inte behövt  
arbeta i samma motvind som de svens-  
ka förgrundsgestalterna – han kombi-  
nerar den gedigen klinisk erfarenhet, med  
en öppenhet för nya synsätt och ett  
ifrågasättande även av de egna hypo-  
teserna. Han förfaller aldrig till dog-

matism eller till övertydlig systematik,  
för att gardera sig och vågar redovisa  
egna kliniska iakttagelser, som måste  
vara mycket främmande även för det  
tjeckiska medicinska etablissemanget.  
Hans teorier om samband mellan dys-  
funktioner i övre nackleder och recidi-  
verande tonsilliter, skulle väl inte ens  
få prövas vetenskapligt i svenskt for-  
skarsammanhang.

Som Lewit själv påpekar, kan man  
inte lära sig ortopedisk medicin enbart  
i en bok, det krävs träning under  
handledning. Ändå törs jag lova, att  
hela kunskapsinnehållet faktiskt finns  
här – allt från kunskapsteori, funk-  
tionell anatomi, undersökning, behand-  
ling, träning och profylax – hela texten  
vimlar av små intressanta kliniska  
iakttagelser.

Särskilt bra är avsnitten om huvud-  
värk och olika kliniska syndrom, där  
han binder samman systematiken till  
bilden av patienten, som vi möter  
honom som distriktsläkare. Histori-  
ken som förklarar de olika skolorna –  
kiropraktik/osteopati och avsnittet om  
ortopediskt medicinska störningar se-  
kundärt till visceral sjukdomstill-  
stånd – är mycket läsvärda. När han  
sedan "vänder på steken" och funde-

rar på visceral sjukdomstillstånd se-  
kundärt till störningar i rörelseappa-  
raten eller ondgör sig över de skakiga,  
kollektiva transportmedlens farlighet,  
är det bara sådant som ger boken en  
trivsam centraleuropeisk färg.

Avsnittet om röntgen och funk-  
tionell anatomi känns lite för långt för  
svenska förhållanden och våra sjuk-  
gymnasters roll är en annan än Lewits  
assistenter.

Referenslistan, som bl a innehåller  
många artiklar från östsidan, som man  
inte så lätt hittar, upptar imponerande  
36 sidor. Även våra svenska pionjärer  
Brodin, Hamberg och Mildemberger  
finns med.

Sammantaget är boken att rekom-  
mendera som tillägg till kurser och  
svenska kompendier (tex Erssons  
eller Krons/Thörners). Svensk över-  
sättning samt fackgranskning och be-  
arbetning är mycket välgjorda och tex-  
ten är lättläst.

Lars Englund, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Jakobsgårdarna, Box  
10033, 781 10 Borlänge.

## Triatec® Hoechst

Kapslar 1,25 mg, 2,5 mg och 5 mg

Blodtrycksänkande medel

R

CO2E A

**Deklaration.** 1 kapsel 1,25 mg innehåller: Rampril, 1,25 mg, color (järnoxid, titandioxid), constit. q.s.  
1 kapsel 2,5 mg innehåller: Rampril, 2,5 mg, color (järnoxid, erytrosin, titandioxid), constit. q.s.  
1 kapsel 5 mg innehåller: Rampril, 5 mg, color (patentblått, erytrosin, titandioxid), constit. q.s.

**Egenskaper.** TRIATEC® innehåller rampril som är en prodrug. Rampril hydrolyseras, huvudsakligen i levern, till aktivt ramprilat, som är en långverkande hammare av angiotensin omvandling enzym (ACE). ACE omvandlar angiotensin till angiotensin II, som bl a har starkt vasokonstriktorska egenskaper.

Verkningsmekanismen är ännu ej fullt klarlagd, men den blodtrycksänkande effekten tycks huvudsakligen bero på hämning av renin-angiotensin-aldosteronsystemet, vilket innebär en ökad reninaktivitet i plasma samt en minskning av plasmakoncentrationerna av angiotensin II och aldosteron. Detta resulterar i en dilatation av perifera kärl och en minskning av den vasikulära resistensen. Djurfarmakologiska studier har visat att ramprilat ger en uttalad hämning av vavnadsbundet ACE i vissa organ bl a i hjärta och blodkärl.

Rampril sänker blodtrycket även hos patienter med låg renin hypertension. Hemodynamiska studier har visat att ramprilat minskar det perifera kärlmotståndet hos hypertoni patienter med obetydlig förändring i hjärtfrekvens. Behandling av hypertoni med TRIATEC® medför en blodtrycksenkning i både liggande och stående ställning. Postural hypotension är sällsynt.

Den blodtrycksänkande effekten ses inom 1-2 timmar, maximal effekt erhålls efter 3-6 timmar och durationen är minst 24 timmar vid rekommenderade doser. Vid långtidsbehandling med TRIATEC® givet en gång om dagen, erhålls en jämn blodtrycksenkning under hela dygnet.

Njürgenombildning har visats öka vid behandling med TRIATEC® medan glomerulusfiltrationen vanligen är oförändrad

**Farmakokinetik** Absorptionsgraden är ca 60% och påverkas ej av samtidigt totdag. Maximal plasmakoncentration av ramprilat uppnås efter 2-4 timmar

Halveringstiden för ramprilat efter upprepade tillförelsen en gång dagligen är 13-17 timmar vid doserna 5-10 mg. Steady-state av ramprilat i plasma uppnås efter 4 dygn vid tillförelsen av TRIATEC® i normal dos en gång dagligen. Proteinbindningsgraden för rampril är ca 75% och för ramprilat ca 55%. Rampril metaboliseras i levern och forutom den aktiva metabolen ramprilat, har inaktiva metaboliter påvisats. Metaboliserad i levern och därmed bildning av den aktiva formen ramprilat, kan minska vid nedsatt leverfunktion. Metaboliterna utsondras huvudsakligen via njurarna. Vid nedsatt njurfunktion är elimineringen av rampril och ramprilat från plasma fördröjd och utsondringen i urin reducerad. Dosen av rampril justeras alltefter graden av nedsatt njurfunktion

Vid behov kan TRIATEC® kombineras med andra blodtrycksänkande medel, t ex diuretika eller betareceptorblockerare.

**Indikationer.** Hypertoni. TRIATEC® kan användas då behandling med diuretika eller betareceptorblockerare ej givit adekvat effekt eller är olmplig.

**Kontraindikationer.** Överkänslighet mot rampril.

**Försiktighet.** Vid nedsatt njurfunktion. Hos dialyspatienter samt hos patienter med minskad plasmavolym och/eller hyponatremi. (Se Observera.) Vid bilateral njurarterstenos. Vid samtidig svår hjärtsvikt.

**Graviditet.** Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt g. Från djurstudier är det känt att rampril kan minska den utero-placentala perfusionen. ACE-hammarna verkningsmekanism gör att risk för påverkan på fostret ej kan uteslutas. Rampril bör undvikas till gravida.

**Amning.** Grupp IV. Uppgift saknas om rampril passerar över i modersmjölk.

**Biverkningar.** De vanligaste biverkningarna som rapporterats i kliniska provningar är yrsel (ca 4%), illamående (ca 3%) och huvudvärk (ca 2%)

Vanliga: (> 1/100) **Allmänna:** Utslag, klåda (ibland med feber)

**CNS:** Yrsel, trothet, huvudvärk  
**GI:** Illamående, diarré, magsmärtor,  
**Ovriga:** Hosta.

**Mindre vanliga:** ( $\leq$  1/1000)  
**Sällsynta:** ( $\leq$  1/1000)  
**Cirk:** Hypotension  
**Allmänna:** Angioneurotisk odem

I mycket sällsynta fall har förändringar av smaksinnet rapporterats

**Laboratorievarden.** Ökning av serumkreatinin och serumkalium kan förekomma, speciellt hos patienter med njurinsufficiens eller behandlade med diuretika.

**Dosering.** Dosen avpassas individuellt. Normaldosering är 2,5-5 mg, givet som engångsdos. En dygnsdos på 10 mg bör ej överskridas. Eventuell dosjustering bör ske efter ca 2 veckors behandling. Om patienten ej svarar tillfredsställande på dygnsdosen 5-10 mg, rekommenderas kombination med andra blodtrycksänkande medel, t ex diuretika eller betareceptorblockerare

TRIATEC® kapslar skall svaljas med minst 1/2 glas vatska. Diuretikabehandlade patienter. Vid diuretikabehandling föreligger risk för symptomatisk hypotension vid tillägg av ACE-hammare, särskilt vid samtidig hjärtsvikt, vid höga diuretikadoser, hyponatremi samt hos äldre. Diuretika skall därför, om möjligt, sättas ut 2-3 dagar innan behandling med TRIATEC® insätts. Om diuretikabehandlingen ej kan avbrytas skall 1,25 mg TRIATEC® ges initialt. Därefter bör dosen anpassas efter blodtrycksavläsning. Se även Observera.

**Nedsatt njurfunktion.** Dosen bör reduceras enligt nedan. Behandling skall inledas med den lägre dosen.

| Kreatininclearance (ml/min) | Dygnsdos (mg) |
|-----------------------------|---------------|
| 80-30                       | 2,5-5         |
| 29-10                       | 1,25-5        |
| <10                         | 1,25-2,5      |

**Interaktion.** Samtidig behandling med litium kan förorsaka en ökning av litiumkoncentrationen i serum. Kaliumsparande diuretika kan förorsaka hyperkalemi

**Observera.** Symtomatisk hypotension är sällsynt hos hypertoni patienter, men kan uppträda, framför allt hos dem som på grund av diuretikaterapi, saltrestriktion, dialys, diarré eller kräkningar har minskad blodvolym. Salt- och vattenbalansen bör korrigeras före ramprilbehandling.

Vid större kirurgiska ingrepp eller under anestesi med medel som ger blodtryckssänkning kan TRIATEC® blockera angiotensin II-bildningen, som är sekundär till en kompensatorisk reninfrisättning. Detta kan leda till hypotension, som kan korrigeras genom ökning av plasmavolymen

TRIATEC® påverkar vanligen ej serumkalium, som förblir inom normalgränserna. Hos njurinsufficianta patienter kan behandling med TRIATEC® leda till förhöjda serumkaliumvärden. Kaliumsparande diuretika och kaliumsupplement kan öka risken för hyperkalemi. Om samtidig användning trots allt bedöms som viktig, skall detta ske med försiktighet och med tåta serumkaliumbestämningar.

Klinisk erfarenhet av behandling med TRIATEC® hos barn saknas.

**Förpackningar.**  
Kapslar 1,25 mg (gul/vit), 28 st (tryckpack) Vnr 05 75 13  
98 st (tryckpack) Vnr 05 75 96  
Kapslar 2,5 mg (orange/vit), 28 st (tryckpack) Vnr 05 80 81  
98 st (tryckpack) Vnr 05 81 56  
Kapslar 5 mg (rod/vit), 28 st (tryckpack) Vnr 05 81 98  
98 st (tryckpack) Vnr 05 83 21

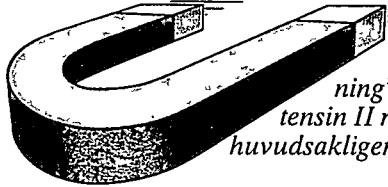
**Hoechst** 

Svenska Hoechst AB. Läkemedelsdivisionen.  
Box 42026, 126 12 Stockholm, Tel. 08-19 00 60

En originalprodukt från Hoechst

# TRIAATEC®

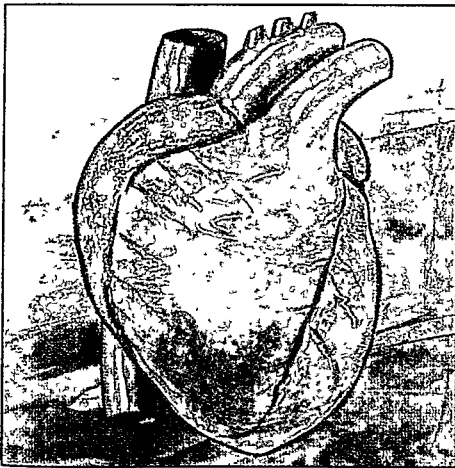
ramipril



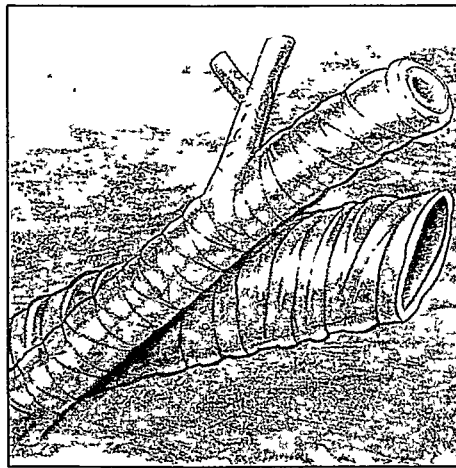
*Triatec har stark "magnetbinding" till ACE, vilket hämmas. Angiotensin II reduceras därmed och effekten blir huvudsakligen en kärldilatation.*

## den nya generationens ACE-hämmare för behandling av hypertoni

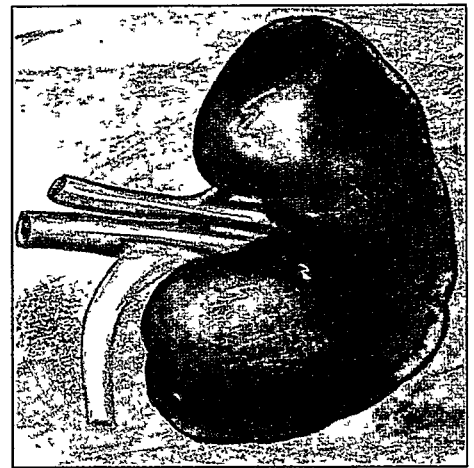
Specifik effekt på vävnadsbundet ACE:



*Reducerar vänsterkammarehypertrofi och förbättrar hemodynamiken i hjärtat (1).*

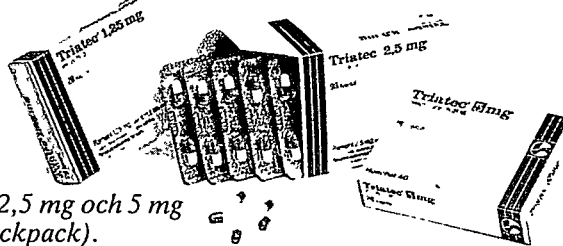


*Minskar det perifera kärlmotståndet genom lokal hämning av angiotensin II i endoteliet, har visats i djurexperimentella studier (2).*



*Förbättrar även hemodynamiken hos patienter med nedsatt njurfunktion samt minskar proteinuri och mikroalbuminuri (3).*

Normaldos 2,5–5 mg. En-gång-om-dagen



*Förpackningar:  
Kapslar 1,25 mg, 2,5 mg och 5 mg  
28 st och 98 st (tryckpack).*

Vid förskrivning se katalogtext sidan 260.

(1) Eichstadt et al. J Cardiovasc. Pharmacol 13 (suppl. 3), 1989, S 75. (2) Unger T; Gohlke; Ganten D Lang R.E.J. Cardiovasc. Pharmacol 1989, Vol: 13 Suppl. 3. (S 8–S16). (3) Götz et al., Z Kardiol. 77 (suppl. 3) 1988, 65. Hallab M et al., Diabete Metab 1989; 15. (abstract 19).

**Hoechst**

Svenska Hoechst AB, Läkemedelsdivisionen,  
Box 42026, 126 12 Stockholm, Tel. 08-19 00 60

# 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 resistenskärlen.

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.<sup>(1)</sup>

Förutom den kärldilaterande

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

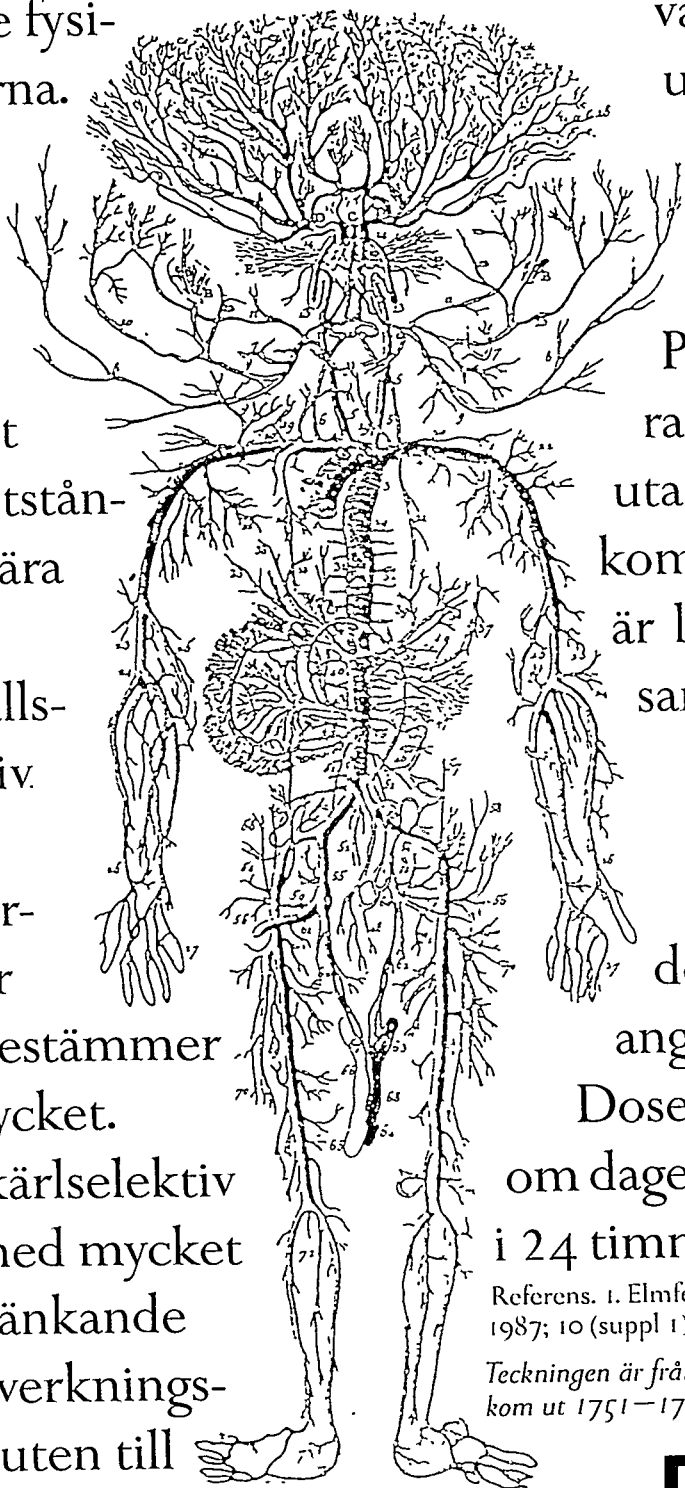
vasodilaterare inte upphov till någon vätskeretention — patienterna ökar inte i vikt.<sup>(1)</sup>

Plendil kan adderas till  $\beta$ -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.