

ALLMÄN MEDICIN

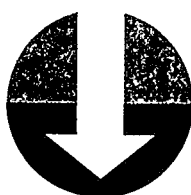
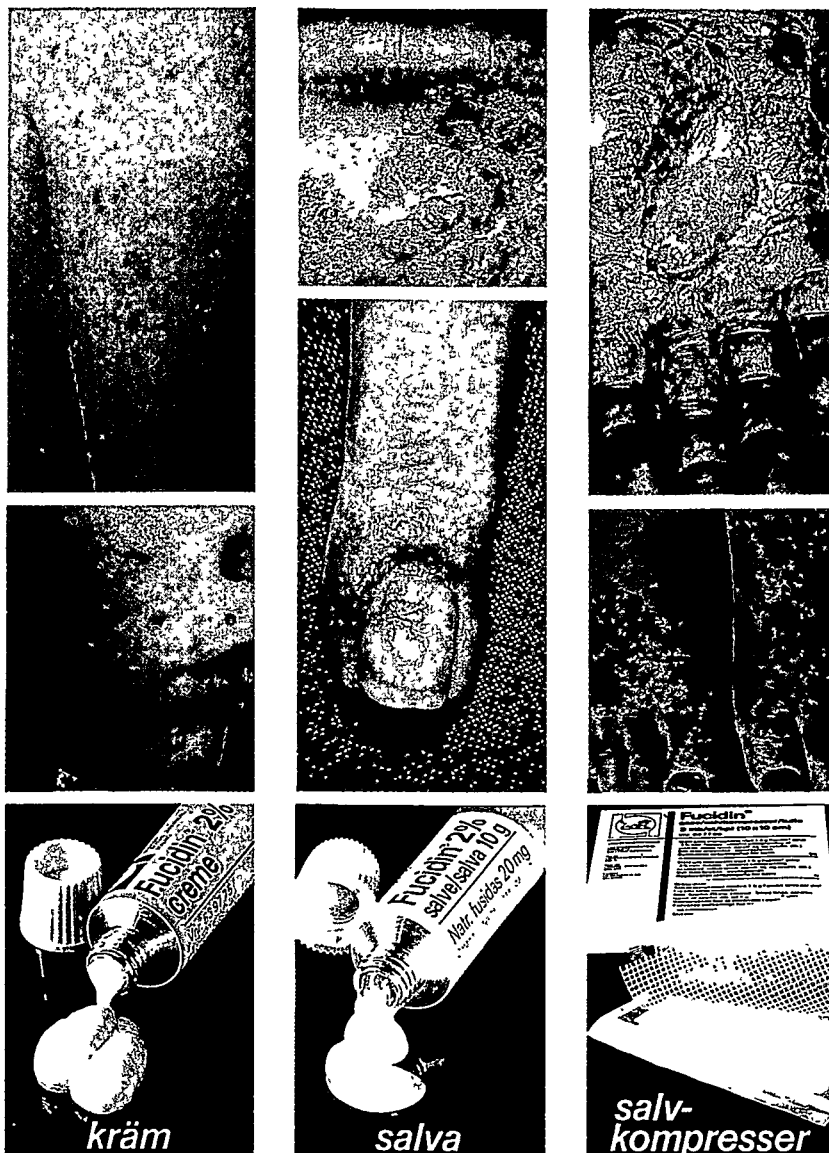
Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Erfarenheter
från förr ...

1
1991

Dala-modell
i morgon



Lokal behandling med FUCIDIN®

fusid

Indikationer: Hudinfektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för fusidinsyra.

Kontraindikationer: Överkänslighet 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 särytor 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

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, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagar.

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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:
405 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, 1991

ISSN 0281-3513

Kalendarium

Ledare

Den ljusnande framtid ...
Ingvar Norén

Allmänläkarutbildning – Kirunamötet 1991
Meta Wiborgh, Kenneth Widäng

Leningrad föregångare? Ger alla pengarna till primärvården
Arne Pettersson

Nytt från SFAM

Lokalombudsträff
Mats Ribacke

SFAMs lokala kontaktpersoner

Svensk Förening för Allmänmedicin – Styrelsen 1990–1991

Varför saknas så många distriktsläkare i SFAM?
Anna Källkvist

Nytt från institutionerna

Glimtar från en forskarutbildningskurs
Hans Åberg

Kurs i forskningsmetodik för allmänläkare
Bertil Carlsson

Kanadensisk professor i allmänmedicin, hedersdoktor i Linköping
Dag Domeij

Debatt

Primärvårdsutvecklare eller besparingslakej?
Ingemar Hermansson

Kommentar
Göran Sjönell

Ska undervisning vara scoutverksamhet?
Göran Falck

Apoteksbolaget

Kurser & Konferenser

Läkarmöte om tortyr i Tromsø
Ingrid Gustafsson

Dagboken
Rosmarie Gäcke-Herbst

... och doktorn kom!
En kvinnlig provinsialläkare bläddrar i minnenas bok
Märta Palmberg

FoU-projekt inom primärvården – en inventering
Tomar Faresjö, Kristina Davidson

En terapeutisk preliminär
Einar Björkelund

Recensioner

Williams PR. Family Medicine
Malin André

McWhinney IR. A textbook of Family Medicine
Anders Håkansson

Holm K. Julie är död
Anders Beckman

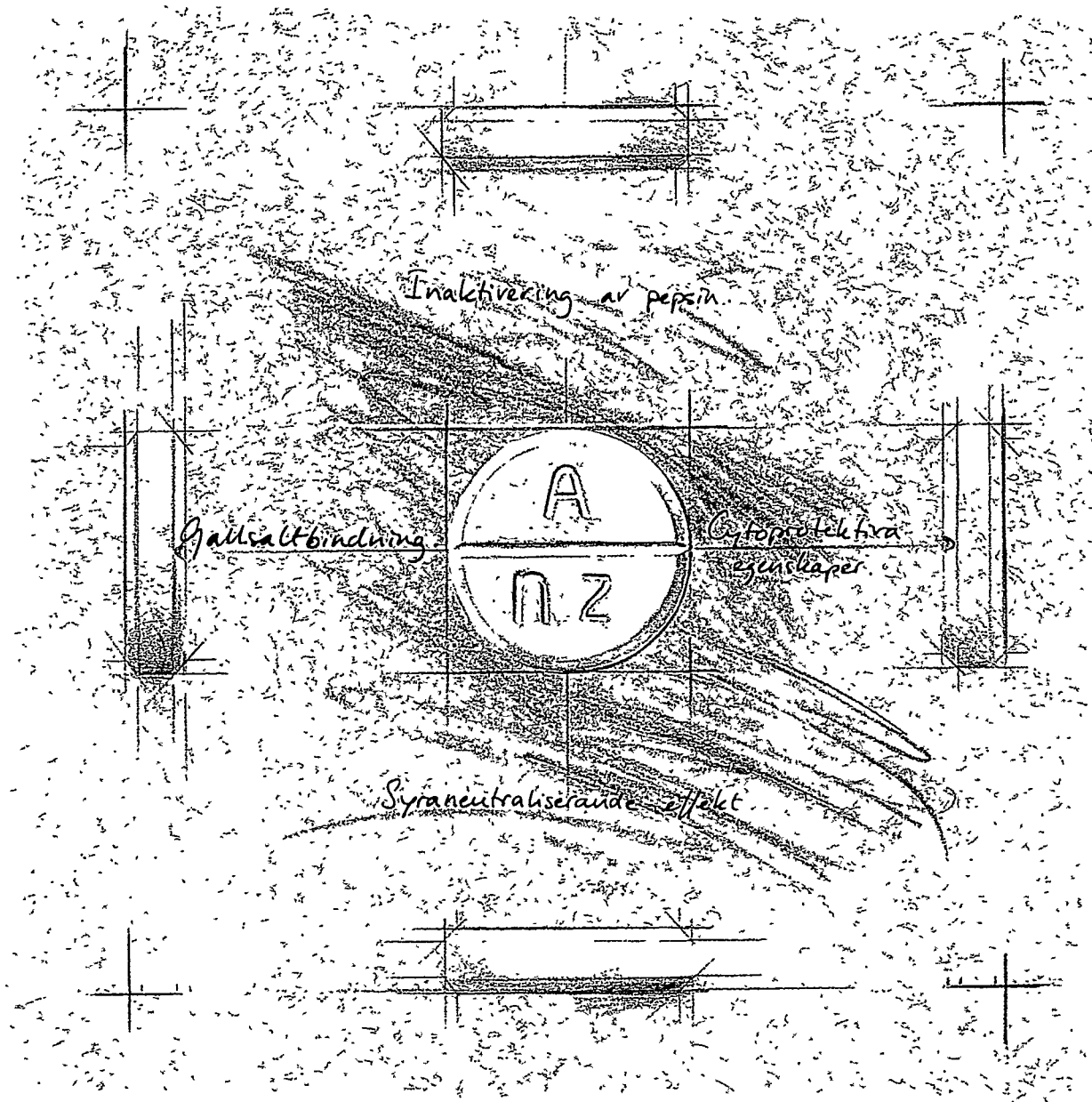
Hessov I, Ovesen L. Klinisk näringslära – kost vid sjukdom
Cecilia Björkelund

Olsson H. Catrine och rättvisan
Peter Olsson

Lagercrantz H. Den ofödda människan
Ingger Löfgren, Margareta Svarthling

Författarregister 1990

Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1990.



Novaluzid® 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® till hands. Novaluzid® angriper nämligen flera av faktorerna genom sin:

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

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

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

1991

MARS

□ **7–8 mars.** Balint-möte i Växjö.
Information: Nissa Årman tel 0470-484 50 eller Per Andrén tel 0470-225 00.

□ **11–22 mars.** NOPUS, nordisk kurs för lärare i gerontologi, LISELEJE kursgård, Danmark.

Information: Gerontologiskt Centrum, Torbjörn Svensson, Karl XII gatan 1, 222 20 Lund.

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.

□ **14–21 april.** Cannes. Kursresa i "Hudsjukdomar, framförallt omfattande hudtumörer och malingt melanom." Kursledare: Erik Borglund, Läkarhuset, Vällingby.

Information: Flygresebyrån i Umeå, tel 090-1424 15, fax 090-1225 55 (Göta Oldman/Eva Lidgren).

□ **24–27 april.** Vårmöte SFAM/DLF Karlskrona. Se separat annons.

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 1 829 703.

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 Allmänmedisin.

Information: Inst f Allmänmedisin, Oslo Universitet, Fr Stangs g 11/13, N-0264 Oslo 2. Tel 472 55 92 10.

SEPTEMBER

□ **11–13 september (OBS! Ändrat datum).** 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.

1992

MAJ

□ **10–15 maj.** WONCA, 13th World Congress on Family Medicine (Vancouver).

Information: College of Family Physicians of Canada, 4000 Leslie St, Willowdale, Ontario M2K 2R9, Canada.

OKTOBER

□ **15–18 oktober.** American Academy of Family Physicians Ann Sci Mtg (San Diego).

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

DUR-kurser vårterminen 1991

Kursanmälan

Hur anmäler man sig till DUR-kurs?

Målet är att alla distriktsläkare någon gång skall få minst en personlig inbjudan till varje kursämne.

Några företag inbjuder rikstäckande varje gång, andra regionvis.

Först till kvarn... gäller – ingen meritvärdering alltså.

Upplysningar lämnas av respektive företag – kontaktnamn finns i landstingsförbundets katalog över Externa kursgivare.

KURSPROGRAM VÅRTERMINEN 1991

Vårens DUR-kurser presenteras här. Två nyheter är fastlagda. Den första är en kurs i idrottsmedicin (sportskador) i samband med Rhône-Poulenc. Kursen är en intensiv genomgång av senaste rön vad gäller diagnos och behandling. Dessutom kommer att diskuteras denna grens särart vad gäller attityder och psykologi.

Den andra är en kurs i dermatologi i samarbete med Schering-Plough (fd Essex) som har tre huvudämnen: Praktisk handläggning av handeksem, den mörka hudens särart vad gäller diagnos/behandling samt sambandet mellan solen, ljuset och hudsymtom.

En tredje nyhet är under planering. Kabi är medarrangör och tanken är att nu vid ett antal regionala endagsmöten skall behandla hjärtsjukdomar. Vi återkommer med information då planerna blir mer konkreta.

Ämne	Tid	Plats	Samarbetspartner
Sportskador	Vecka 11	Malmö	Rhône-Poulenc
Hypertoni	Vecka 11	Göteborg	ICI
Immunologi Allergologi	Vecka 15	Skåne	Pharmacia/Fison
Hyperlipidemi	Vecka 15 el 17	Stockholm	Parke-Davis/Astra
Sportskador	Prel vecka 16	Ej klart	Rhône-Poulenc
Reumatologi Psykiatri	Vecka 16	Västkusten	Roche

Välkommen till SFAM/DLF:s vårmöte i Karlskrona 24–27 april 1991

Vi hälsar Dig Välkommen till vårmötet i Sveriges trädgård. Vi kommer att hålla en mycket hög vetenskaplig nivå med deltagande av Sveriges alla professorer i allmänmedicin, internationella föreläsare, ledande distriktsläkare m fl. Fyra huvudsymposier kommer att ge sin profil åt mötet 1991.

Förutom den vetenskapliga delen lägger vi ner mycket tid på kringarrangemang. Nämnas kan storbandsjazzkväll, get together möte i häpnadsväckande marin miljö osv.

Glöm inte vårmötet i Karlskrona den 24–27 april 1991. Ett möte Du aldrig glömmes.

Organisationskommittén för vårmötet Blekinge.

Den ljusnande framtid ...

Ingenting blir mer vad det varit. Men hur blir det i stället? Frågorna surrar i luften och förändringens vindar rör om bland gamla värderingar och vådrutiner. Landstingens sammanträdesrum har blivit tummelplatser för idésprutande konsulter, experimentglada organisationsexperter och clairvoyanta visionärer. Förr hade vi spåkärringar i brokiga kjolar, nu har vi i stället fått SIARE i sobra kostymer. Det talas om strukturförändringar i offentlig vård som i Dala-modellen, kooperativa vårdcentraler, privata primärvårdsalternativ etc. Vad blir distriktsläkarnas roll i de nya sjukvårdsmodellerna? Ingen har några säkra svar på alla frågorna. Än så länge är det fritt spelrum för lovsånger och jeremiader från optimister och dyskerkvistar.

Bakgrunden till de nya tankarna vet vi alla: Offentlig sjukvård har blivit för dyr och ineffektiv. Vi har inte råd att fortsätta på samma sätt som hittills. Marknadskrafter och konkurrens skall lösa problemen. Den bästa och mest kostnadseffektiva vården kommer att få pengarna.

Just därför tror jag att primärvården fått en jättechans. Vi vet själva sedan länge, att en välfungerande primärvård är bäst på att erbjuda den breda allmänheten en bra och prisvärd basjukvård. Det har hittills inte varit

klart för alla, men nu kan det bli det. Nu har det blivit dags att visa vad vi duger till!

De nya modellerna betyder samtidigt att allmänläkarna får ett utökat ansvar för sina patienter. Kraven på oss kommer att öka, när det gäller att ta hand om sådant, som vi har kompetens för och vi skall vara till hands när allmänheten behöver oss. Hur klarar vi det? Nyckelorden heter avgränsat befolkningsansvar och lättillgänglighet. Politikerna tycks vilja medverka till det första, vi själva ansvarar för det andra. På många ställen har vi byggt upp mottagningsrutiner som syftar till tillgänglighet men som skapat otillgänglighet. Det måste vi ändra på.

Visst är Dalamodellen primärvårdsvänlig, men det är en grov förenkling att uttrycka detta i termer som "vårdcentralerna får alla pengarna". Att gynna primärvården är förvisso inget självändamål för våra makthavare. Huvudsaken är i stället att erbjuda befolkningen en sjukvård som är bättre, billigare och mer tillgänglig än hittills. Politikerna tror vi har de bästa förutsättningarna för att klara den uppgiften. Om så inte är fallet kommer den offentliga primärvården att bli utkonkurrerad av andra vårdalternativ!

I den "nya primärvården" kommer allmänläkarnas arbetsförhållanden att vara mindre sjukhusliknande än nu.

Vi får större kontroll över vår arbetsdag och blir mindre styrda av tidsmoduler och andra personalkategorier. Distriktsläkaren reglerar själv hastigheten på det löpande bandet. Det kommer att bli mer attraktivt att arbeta i primärvården samtidigt som klimatet hårdnar inne på klinikerna.

Hos oss har sjukhuskollegor börjat intressera sig för primärvården och många kan tänka sig en framtid som allmänläkare. Flera företagsläkare funderar på att återvända till fadershuset, det vill säga vårdcentralerna. Börjar FRAMÅT-utredningens dystra kurvor peka uppåt? Ja, det ser nästan så ut – åtminstone i Dalarna. En allmänläkare kan bli vad namnet antyder, en allmänt förekommande läkare.

Det är min förhoppning att SFAM, DLF och andra gemensamt skapar generösa övergångsregler för de sjukhuskollegor, som konverterar till allmänläkeriet. Detta kan förvisso ske utan att vår distriktsläkaridentitet går förlorad.

Ingvar Norén

Postadress: Vårdcentralen, 790 23 Svärdsjö.

Allmänläkarutbildning – Kirunamötet 1991

LB06531

META WIBORGH · KENNETH WIDÄNG

Inför planerandet av SFAMs höstmöte 11-14 september 1991 (ändrat datum) har vi naturligtvis ställt oss frågan: "Vad är ett angeläget tema?"

Vi har valt "Allmänläkarens utbildning" med betoning på efterutbildning som tema för Kirunamötet 1991. ST (specialiseringstjänstgöring) kommer dock inte att glömmas bort.

Vi kommer att bjuda på intryck från andra länder. Gäster från Norge, Danmark och Storbritannien är inbjudna för att berätta om efterutbildning i sina länder.

Vad kan efterutbildning vara?

- Organiserade föreläsningar?
- Berättelser ur verkliga livet?
- Medical audit, att i grupp jämföra sitt arbete med andras?
- Handledning i grupp eller enskilt?

Vi hoppas kunna presentera ett rikt svenskt smörgåsbord med exempel på

sådant som redan är igång, tankar och skisser som är under utarbetande eller finns där nästan bortglömt i någons huvud eller byrålåda.

Hur skall efterutbildning organiseras?

Frivillig eller obligatorisk? Vad är rimlig fördelning mellan detaljundervisning och insatser för utveckling av doktors professionella personlighet? Vilka kunskaper behövs och var kan de hämtas? Vem har ansvar för efterutbildningen, staten (universitetet), arbetsgivaren, SFAM eller varje enskild doktor? Vem har intresse av att kontrollera kvalitet och omfattning av efterutbildningen, staten (socialstyrelsen) försäkringskassan, eller läkarsällskapet?

Under Kirunadagarna räknar vi med att en arbetsgrupp arbetar med dessa frågor och försöker sammanfatta i en grundskiss till ett framtida

handlingsprogram för efterutbildning.

Har du ideer om bakgrundsmaterial eller närmare arbetsanvisningar för denna grupp, vill vi gärna höra av dig.

Författarpresentation

Meta Wiborgh, ordförande i SFAM-BD, sammankallande i programkommittén, företagsläkare.

Postadress: Kommunhälsan, Köpmangatan 40, 951 32 Luleå. Tel 0920-94746.

Kenneth Widäng, kongresspresident, distriktsläkare.

Postadress: Björknäs vårdcentral, Idrottsgatan 3, 961 34 Boden. Tel 0921-51070.

Leningrad föregångare?

Ger alla pengarna till primärvården

ARNE PETTERSSON

- *Sjukhusen har inga egna budgetar, utan primärvården köper de platser och tjänster den behöver.*
- *Bonus och löneavdrag för personalen finns i systemet och är beroende av kvalitet och produktion.*
- *Primärvården bedömer kvaliteten på den vård som sjukhusen ger.*

Så fungerar sjukvården i Leningrad, där man sedan 1988 provar nya former för ledning och finansiering. Undertecknad har tillsammans med kollegor från andra landsting varit på studieresa för att se hur det fungerar på ort och ställe.

Nyckelord: Hälso- och sjukvårdssystem, effektivitet, hälsopolitik, Leningrad

Nationellt system

Sovjetunionens hälso- och sjukvårdssystem är statligt och bygger på välkända principer. Hälso- och sjukvård är gratis för patienten, den är allmänt tillgänglig och betonar förebyggande verksamheter. Systemet baseras på en central planering av resurser och en budgetering med klara ekonomiska begränsningar.

De försök som nu pågår i Leningrad startades bland annat för att förbättra kvalitet, produktivitet och effektivitet inom sjukvården. De ekonomiska reglerna ska skapa initiativ och stimulans. Det har skett genom att budgeten som styrmedel fått en helt förändrad inriktning. Den relateras till hur många tjänster som utförs och dess kvalitet. Personalens initiativ, engagemang och utvecklingsbenägenhet stimuleras och uppmuntras.

Den grundläggande principen, om att hälso- och sjukvård i huvudsak ska bedrivas i offentlig regi och vara kostnadsfri, har inte förändrats i försöket. Hälso- och sjukvårdsministeriet i Leningrad får sina anslag från den lokala regeringen. Det här försöket är oenkligen spännande och det är märkligt att ett östland har kommit längre än något västeuropeiskt land på det här området.

Sjukhusen utan budget

Det viktigaste i reformen verkar vara det nya finansieringssystemet på lokal nivå. Primärvården, eller poliklinikerna som de kallas, tilldelas en budget som baseras på invånarantalet i området. Totalt finns det fem miljoner invånare i Leningradregionen, som tillsammans med två ytterligare platser är med i försöket.

Sjukhusen och utryckningsenheter har inte längre någon egen budget. Poliklinikerna betalar sjukhusen för varje patient de remitterar dit och ambulanstjänsten får betalt per transport. Ersättningen sker enligt en diagnosrelaterad prislista, som förhandlas fram med statens hälsovårdsmyndighet. Om primärvårdssektorn inte är nöjd med den vårdkvalitet som sjukhuset ger, kan den återremittera patienter utan extra betalning.

Den aktuella prislistan för sjukhusvård täcker 37 medicinska specialiteter och ett fåtal separat identifierade högkostnadsfall. En lista för poliklinisk kirurgi har också upprättats. Avgifterna varierar efter specialitet och bestäms av en standardvårdtid, som fastställts genom analys av historiska data, men också genom förhandling då data anses otillräckliga. Om sjukhusen kan genomföra vården till en lägre kostnad än standardpriset per fall, till exempel genom att förkorta vårdtiden, får de behålla överskottet.

Jag tror att det här systemet kan vara något för framtiden, men det är under två förutsättningar, dels måste man hitta ett smidigt system för prisättning och administration och dels måste man också garantera en kvalitetskontroll. Patienten får inte vara i händerna på en alltför ekonomiskt sinnad primärvårdsläkare. Kravet på en god sjukvård för alla måste finnas i botten oavsett ekonomi och system.

Resultat har nåtts

Genom det nya systemet har påtagliga effektivitetsförbättringar åstadkommit. Eftersom sjukhusen måste förhandla med poliklinikerna om patienter och ersättningar, tar de inte längre emot patienter för vård som inte är nödvändig. Färre patienter har remitterats för sjukhusvård, sjukhusens läkare har fått mer tid för varje patient och vårdkvaliteten har ökat. Sjukhusen har avvecklat vårdplatser och fört över dem till nya specialiteter, eller utvidgat sådana tjänster, som tidigare arbetade under hårt tryck. Av 68 000 sjukhussängar har totalt 7000 hittills

frigjorts. Medelvårdtiden för sjukhuspatienter har minskat från 18 till 12 dagar. Om inte de psykiatriska patienterna räknas med är medelvårdtiden nere på nio dagar. Antalet patienter, som läkaren träffar per timme, är numera under deras egen kontroll. Vissa har i ökad utsträckning börjat förlita sig på sjuksköterskorna, speciellt för hembesök och vård av kroniskt sjuka. Även sjukhusens väntelistor har förkortats och antalet nybesök har ökat.

Det finns en hög personaltäthet inom sjukvården i Sovjet och därför är det lättare för dem att åstadkomma resultat. Deras utgångsläge är helt annorlunda än här och därför är det otänkbart enligt min uppfattning med motsvarande effektivitetsförbättringar i Sverige.

Bonus och sanktioner

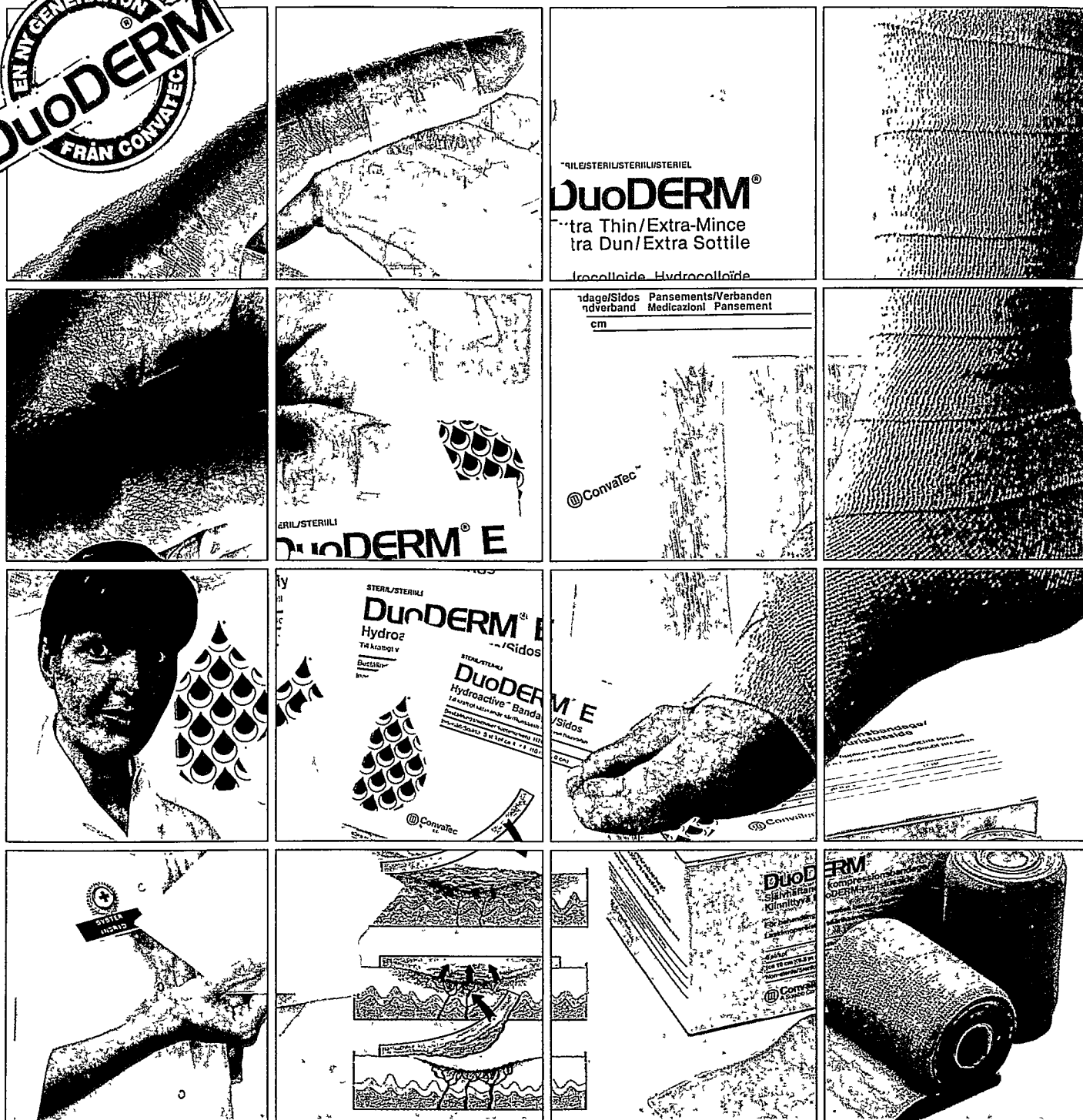
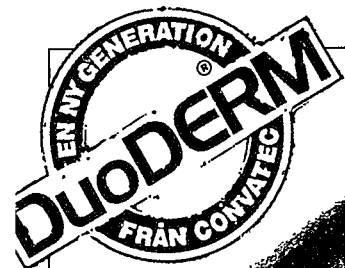
Det nya systemet möjliggör utdelning av bonuspengar till läkare och sjukvårdspersonal som gör ett bra arbete. Om primärvårdssektorn kan minska remitteringen till sjukhus, eller själv sköta kirurgi och undersökning, så kan de behålla överskottet och dela det mellan personalbonus och förbättringar av lokaler och utrustning. Motsvarande princip finns inom sjukhusen om de lyckas leverera sina tjänster billigare än enligt prislistan. En lista över personal, som har kvalificerat sig för bonus, ges ut och anslås öppet. Som exempel kan nämnas att en läkarlön normalt ligger på högst 235 rubel i månaden, men med bonus kan lönen bli över 300. Men det finns också sanktioner. Vid fellingrepp blir det löneavdrag och en läkare kan få upp till 50 rubel i löneavdrag om en patient får vänta för länge.

Det fanns naturligtvis många inskolningsproblem i det här försöket. Men trots det var personalen övervägande positiv till det nya systemet. Jag kunde också konstatera att poliklinikerna hade stora svårigheter att få pengarna att räcka till, ett genomgående problem för sjukvården världen över.

Författarpresentation

Arne Pettersson, ekonomidirektör

Postadress: Landstinget Kronoberg, 351 88 Växjö.



En ny generation DuoDERM!

**Vi har lyckats med vad många trodde var omöjligt
– ytterligare en utveckling av DuoDERM.**

Vill du veta mer om DuoDERM E,
DuoDERM E op och DuoDERM Extra thin?

Vill du dessutom få information om det nya
konceptet för behandling av venösa bensår –
DuoDERM Kompressionsbandage?

Fyll i kupongen så sänder vi dig broschyren
”DuoDERM – En ny generation.
I den kan du läsa allt om nyheterna från ConvaTec.

Sänd mig broschyren ”DuoDERM – En ny generation”.

Namn Titel

Företag

Adress Postadress

Tel arbete Tel hem

Skicka kupongen till: ConvaTec, Box 15200, 161 15 Bromma.



Box 15200, 161 15 Bromma. Tel 08-704 72 50.

Lokalombudsträff

Vid föreningens höstmöte i Västerås sammanträffade styrelsen med de lokalombud som fanns på plats. Samtliga hade dock fått meddelande i god tid att träffen skulle äga rum.

Vi diskuterade de siffror beträffande medlemsutvecklingen som redovisats vid årsmötet. Spännvidden i andelen distriktsläkare, som också är medlemmar i SFAM, är stor - som högst 71 procent och som lägst 37 procent. Vi

var ense om att det gäller att medvetandegöra kollegor om vad SFAM respektive Distriktsläkarföreningen representerar och vilka arbetsuppgifterna är. Målet är förstås att även allmänläkarna, precis som alla andra specialister, finner det självklart att vara med i sin specialistförening. Tips gavs om hur information om föreningen och medlemsvärkning kan gå till.

En konkret förfrågan gällde om för-

eningens styrelse kan hjälpa till om någon vill ha kontakter inför studiebesök utanför Sverige. Reaktionen från styrelsen är självklar, hör gärna av Er så skall vi efter bästa förmåga hjälpa till om ni till exempel vill göra studiebesök hos allmänläkare eller vid institutioner.

Mats Ribacke

SFAMs lokala kontaktpersoner

BLEKINGE	Kennert Lenhoff DLM Källev 12 370 20 Lyckeby 0455-889 00	KALMAR	Birgitta Björkman DLM, Stureg 22 A 593 01 Västervik 0490-166 00
BOHUSLÄN	Hans Thörn VC, Centrumv 34 455 00 Munkedal 0524-114 00	KOPPARBERG	Malin André Britsarvet VC, Box 712 791 29 Falun 023-866 00
GOTLAND	Claes Jonsson Korpens VC, Brömsbrov 8 621 23 Visby 0498-680 00	KRISTIANSTAD	Åke Bengtsson VC, Storgatan 295 00 Bromölla 0456-280 70
GÄVLEBORG	Mats Ribacke Läkarhusets Hälsocentral Staketg 32 803 11 Gävle 026-15 75 07	KRONOBERG	Anders Håkansson VC Teleborg Box 5044 350 05 Växjö 470-888 00
GÖTEBORG	Olle Lyngstam Allmänmed centrum Redbergsv 6 416 54 Göteborg 031-84 01 70	MALMÖ	Elisabeth Jaenson VC Granen 212 14 Malmö 040-33 54 22
HALLAND NORRA	Lars Nilsson Vårdcentralen 430 40 Särö 031-93 60 10	MALMÖHUS	Mogens Hey Orups sjukv distrikt 243 00 Höör 0413-216 00
HALLAND SÖDRA	Krister Haglind Läkarmottagn, Parkv 4 313 00 Oskarström 035-612 00	MEDELPAD	Markus Kallioinen VC Centrum Skönsbergsv 1 852 50 Sundsvall 060-17 33 50
JÄMTLAND- HÄRJEDALEN	Kaj Norrby Hoverberg 2060 840 40 Svenstavik 0687-123 54	NORRBOTTEN	Meta Wiborgh Kommunhälsan Köpmang. 40, 951 32 Luleå 0920-947 46
JÖNKÖPING	Lars-Erik Adolfsson Bankeryds VC, Box 83 564 01 Bankeryd 036-10 38 00	SKARABORG	Kjell Lindström Habo vårdcentrum Box 204 566 00 Habo 036-410 00

STOCKHOLM Centrala + västra	Göran Sjönell Kvartersakuten Surbrunnsgatan 66 113 27 Stockholm 08-729 10 21	VÄSTERBOTTEN	Ulla Söderström Umeå VC, Box 10093 900 10 Umeå 090-15 80 00
STOCKHOLM Nordvästra	Anna Källkvist VC Kronan 172 83 Sundbyberg 08-98 91 00	VÄSTMANLAND	Göran Måwe Oxbacken DLM, Box 11007 720 11 Västerås 021-17 47 00
STOCKHOLM Nordöstra	Ylva Roth VC Korallen, Åby gata 6 186 36 Vallentuna 0762-856 00	ÅNGERMANLAND	Örjan Nilsson Läkarst, Erstav 9 882 00 Långsele 0620-20 12 23
STOCKHOLM Nordöstra	Lars Nordberg Mörby VC, Box 48 182 11 Danderyd 08-55 73 50	ÄLVSBORG Norra	Bertil Marklund VC, Torpav 23 462 36 Vänersborg 0521-766 00
STOCKHOLM Sydvästra	Ylva Tomson Primärv utveckl enhet Diagnosv 10 141 64 Huddinge 08-746 19 01	ÄLVSBORG Södra	Peter Keiding VC, Uppegårdsg 516 00 Dalsjöfors 033-710 50
STOCKHOLM Södra	Conny Svensson Lagårdsv 4 131 50 Saltsjö-Duvnäs 08-718 12 47	ÖREBRO	Inger Olsson Vivalla HC, Poesig 20 D 703 71 Örebro 019-15 34 54
UPPLAND	Iris Denstedt-Stigzelius Nyby VC, Topeliusg 18 750 19 Uppsala 018-17 75 01	ÖSTERGÖTLAND	Göran Sommansson Skogsfrid VC Vestmansg 18 582 46 Linköping 013-11 19 80
VÄRMLAND	Stefan Bernesjö Sjukhuset 671 80 Arvika 0570-131 00		

SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNNMEDICIN STYRELSEN 1990-1991

ordförande

Mats Ribacke
Läkarhusets HC
Staketgatan 32
803 11 Gävle
026-15 75 07
026-15 75 12

vice ordförande

Christina Nerbrand
VC Gripen
Box 547
651 12 Karlstad
054-10 66 14
054-19 41 04

vetenskaplig sekr

Calle Bengtsson
Allmänmed inst
Redbergsv 6
416 65 Göteborg
031-37 77 60
37 77 61 (sekr)

facklig sekr

Dag Domeij
Primärvårdsledningen
581 85 Linköping
013-22 50 71
013-22 50 89 (sekr)

kassör

Anna Källkvist
VC Kronan
172 83 Sundbyberg
08-98 91 56

Cecilia Björkelund
Studenthälsovårdsmott
Suttungs gränd 3
753 23 Uppsala
018-15 50 50
018-15 50 53

Margareta Brännström

Morö Backe VC
Höjdgatan 14
931 51 Skellefteå
0910-715 65

Elisabeth Jaenson

Sorgenfrimott
Nobelv 56
214 33 Malmö
040-33 54 85
040-33 54 32

Björn Olsson

Hertsö VC
Box 843
951 28 Luleå
0920-665 00

Varför saknas så många distriktsläkare i SFAM?

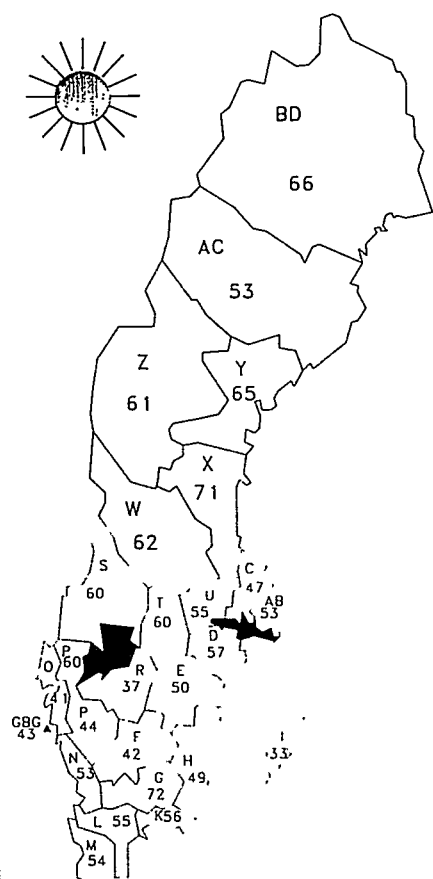
ANNA KÄLLKVIST

Ökande medlemsantal

SFAMs medlemsantal ökar stadigt. Figur 1 visar en sammanställning över de senaste årens glädjande utveckling.

Cirka två tredjedelar av medlemsantalet utgörs av distriktsläkare. Resten är allmänmedicinare verksamma inom företagshälsovård och olika former av privat praktik samt yngre läkare och blivande specialister under utbildning.

ANDEL (%) SFAM-MEDLEMMAR I DLF



Figur 1

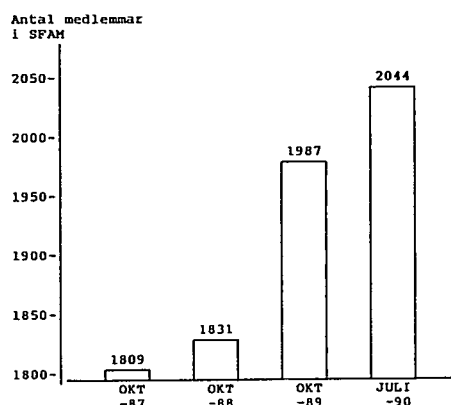
55 procent av distriktsläkarkåren

Dock är det ett anmärkningsvärt faktum, att nästan hälften av landets distriktsläkare anslutna till yrkesföreningen DLF (distriktsläkarföreningen) faktiskt inte är medlemmar i sin egen specialistförening SFAM. Av drygt 2500 läkare anslutna till DLF är endast 1370 även medlemmar i SFAM, alltså cirka 55 procent. Det är först nu under det gångna året som vi sprängt 50-procentssvallen.

Lokala variationer

Figur 2 visar hur stor andel av medlemmarna i de olika lokala DLF-kretsarna som också är med i SFAM.

Även om Kronobergs och Gävleborgs län är på god väg, borde rimligen siffrorna även för övriga ligga betydligt närmare 100 än 50 procent. Ett särdeles bekymmersamt stråk går från Skaraborg och Jönköpings län genom Älvsborgs södra och Bohus län till Göteborg, där man kan undra vad ont SFAM gjort för att förtjäna en så blygsam status bland distriktsläkarna.

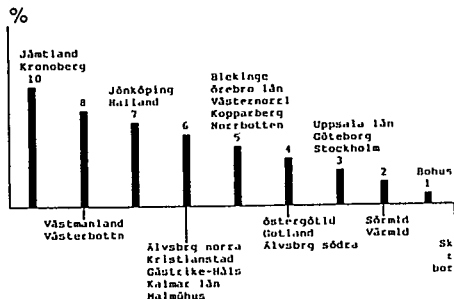


Figur 2

Positiv trend

Glädjande nog är dock trenden klart positiv. Under senaste året har andelen SFAM-medlemmar inom DLF ökat inom alla kretsar utom en. Figur 3 visar hur framstegen fördelat sig inom de olika landsändarna. Jönköping har brutit loss ur jumboklungan och drar ifrån. Jämtland har tagit ett rejält ryck. Att stå värd för gemensamma vårmötet var uppenbart inspirerande och aktivitetsbefrämjande. Vad som hänt i Skaraborg är en gåta – kanske kan någon läsare hjälpa till med en förklaring?

Ökning av andelen SFAM-medlemmar inom DLF från 1989 till 1990



Figur 3

Komplement-föreningar

Praktiskt taget alla svenska läkare är fackligt förbundsanslutna. Därtill är det för de flesta specialister närmast en självklarhet, att även tillhöra den egna specialistföreningen. Men icke så bland distriktsläkarna. Detta visar sig

inte sällan bero på ren missuppfattning. Även erfarna distriktsläkare är inte alltid klara över, att de två föreningarna inte ersätter utan kompletterar varandra.

Distriktsläkartjänstens form, struktur, organisation, lön och förhandlingar handläggs fackligt inom Läkarförbundet av DLF – jämförbart med ÖF (överläkarföreningen) respektive SYLF (Sveriges yngre läkares förening) för sjukhusverksamma kollegor. Den allmänmedicinska specialitetens innehåll, målbeskrivning, utveckling, utbildning, efterutbildning och internationella kontaktnät handhas vetenskapligt inom Läkarsällskapet av SFAM – jämförbart med alla de övriga sextio specialiteternas föreningar. Sedan ett par år tillbaka anordnar de två föreningarna gemensamt vårmöte för ömsesidigt och optimalt utbyte av erfarenheter, såväl på förenings- som individuell nivå. Såväl Sunne- som Östersunds-mötet har klart visat den positiva komplementfaktorn. 1+1 blev mer än 2.

Aktiv framtidsstrategi

För att en minoritet ska kunna agera med och utvecklas i styrka krävs att den håller både samman och debatten levande. I synnerhet om gruppen är utspridd på otaliga små enheter över landet. Det borde inte vara möjligt att överleva som distriktsläkare utan att ta del av specialitetens aktiviteter och gemenskap, föreningens höst- och vårmöten, dess nationella tidskrift (AllmänMedicin) och dess skandinaviska vetenskapliga forum (Scandinavian Journal of Primary Health Care)! Allt för tre ynka hundralappar per år.

Tillsammans blir vi många, kloka, starka och glada. Ta nu och ge din specialistförening en chans! Bidra med dig själv och stöt på kollegan i samma båt. Skriv till tidskriften och berätta om ditt arbete, yttra din mening, delta i debatten. Kort sagt: bidra med just ditt kol på elden. Det behövs! Annars slocknar den lätt – och vi med den.

Se också till att tidskriften finns i tillräckligt antal exemplar på din mottagning, så att den verkligen blir läst. Du ska veta att den går ut på reguljär prenumeration till en betydligt bredare krets än enbart föreningsmedlemmarna. Den är alltså ett användbart forum!

Anna Källkvist, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Kronan, 17283 Sundbyberg.

MAGBESVÄR.

SPRITBEGÄR?

PANKREATIT?

PANKREON. (pankreatin)



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

"Det gäller att finna dem bland de sjuka som är sjuka p g a sina alkoholvanor."*

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

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

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

Att förneka sin sjukdom ingår i alkoholistens beteendemönster, så det är mycket svårt att få sanningsenliga svar och ställa rätt diagnos.

Men det finns vägar att gå. Omfattande studier har gjorts på området, och olika undersökningar har kommit fram till ett antal fungerande frågetekniker.

Med riktig frågeteknik kan alkoholism i högre utsträckning diagnostiseras och ett större antal patienter gå till utredning och adekvat terapi.

Olika frågetekniker är ett av de ämnen inom kunskapsområdet Alkoholism som ingår i Meda Kunskap Center.

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



Ja tack, sänd mig snarast: ☐ M MAST (frågetekniker) ☐ CAGE (frågetekniker) ☐ Cyr och Wartman ☐ Broschyren "Meda Kunskap Center" ☐ Kontakta mig snarast.

Namn _____
Befattning _____
Sjukhus/klinik _____
Adress _____
Postnr _____ Ortsadress _____
Tel _____

Sänd kupongen till Meda AB, Box 138, 401 22 Göteborg.
Eller ring 031-17 68 40.

* Å. Nordén. Alkohol som sjukdomsorsak.
** G. Skude, J. Wadstein. Acta Med Scand 1977, 201:53-58.

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

Glimtar från en forskarutbildningskurs

HANS ÅBERG

I oktober 1990 anordnades en forskarutbildningskurs vid Institutionen för allmänmedicin vid Karolinska institutet. Det var glädjande att konstatera det stora antalet sökande till kursen, liksom engagemanget under densamma. Tillsammans utgör detta ett bevis på en begynnande och stark allmänmedicinsk forskning vid Karolinska institutet, som sist av landets medicinska lärosäten fick en professur i ämnet.

Nyckelord: Primärvård, forskning, utbildning, forskarutbildning

En oktobervecka 1990 anordnades, vid Institutionen för allmänmedicin vid Karolinska institutet i Huddinge, en forskarutbildningskurs. Ämnet var "Basal forskningsmetodik i primärvården med tonvikt på epidemiologi". Då det var den första kursen av detta slag i allmänmedicin vid Karolinska institutet, ger jag en kort sammanfattning.

Naturligtvis var det glädjande att vi, i konkurrens med många andra institutioner, fick ekonomiska resurser från Karolinska institutet för att hålla denna kurs. Parentetiskt vill jag gärna tillägga, att man på institutet på många sätt försökt underlätta för institutionen i dess start. I det nu aktuella fallet visade det sig emellertid att vissa speciella svårigheter förelåg. Det är nämligen så, att vid Karolinska institutet får man pengar för att hålla en kurs efter antalet redan doktorandanmällda som söker kursen. Då man knappast kan börja ett ämne och redan ha en uppsättning doktorander, innebar det att av begärda 30000 kronor i en första omgång bara blev 6000 kronor. Fyra doktorandanmällda från medellång vårdutbildning motiverade denna summa. Efter kontakter med institutet där jag försökte förklara våra svårigheter att hålla en kurs enligt dessa premisser, ökade man på summan till drygt det dubbla.

Kursdeltagarna

Antalet deltagare i kursen var begränsat till 20, men antalet sökande var nästan det dubbla. Flertalet var distriktsläkare i Stockholmsområdet,

men det fanns sökande från Strömsund i norr till Lund i söder. Kursdeltagarna måste tas ut enligt vissa förutbestämda regler. Således var samtliga doktorandanmällda självskrivna deltagare. De övriga utsågs efter meritering, där i första hand utvecklingsarbeten och forskning skulle ligga som grund. Efter ett par sena bortfall kom kursen slutligen att bestå av 17 distriktsläkare, en biträdande överläkare och 2 vårdlärare, tillika barnmorskor. De senare var doktorandanmällda.

Kursens uppläggning

Kursen var upplagd på samma sätt som man skriver en vetenskaplig artikel. Således förekom diskussion kring allt från rubriksättning till litteraturförteckning. Jag kommer nedan att kort redovisa de olika dagarnas innehåll.

Första dagen

Efter sedvanligt välkomnande presenterades deltagarna, där de också fick tala om pågående utvecklings- och forskningsarbeten. Professorn i hälsoinriktad beteendeforskning Stephan Rössner, diskuterade därefter abstrakt och introduktion. Han gav många intressanta exempel och kursdeltagarna fick skriva ett abstrakt och en introduktion till en av honom skriven artikel. Under eftermiddagen gavs en inblick i biblioteksservice och kursdeltagarna fick vara med och söka i olika databaser. Denna del hölls av biblioteksföreståndaren Anders Fredriksson på Huddinge sjukhus.

Andra dagen

Vi hade nu kommit till olika metoder i allmänmedicinsk forskning. Som exempel redovisade docent Måns Rosén från Hälsoopprogramenheten vid Kronan i Sundbyberg, hur man kan använda register i forskningen. Denna dag avhandlade också Mats Berglund från Datainspektionen datasekretess och en hel del intressanta frågeställningar i samband med olika typer av forskningsmaterial kring patienter. Dagen avslutades med ett längre avsnitt om forskningens etik, som framför allt var knutet till praktiska erfarenheter från den etiska kommitténs verksamhet vid Huddinge sjukhus, förmedlade av en av dess ledamöter, docent Conny Nordin vid psykiatriska

kliniken. Där utspann sig intressanta diskussioner om var gränsen går för de etiska kommittéernas verksamhet. Utöver att bedöma etiska frågeställningar av mera strikt natur, börjar många kommittéer nu också ta ställning till själva försöksuppläggningsmetoden med tanke på möjligheten att besvara den uppställda frågan. Gränslandet mellan etik och forskarvägledning kan då lätt bli något oskarp.

Tredje dagen

Högskolelektor Bengt Brorsson från Socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet och Medicinska forskningsrådet föreläste om enkäter. Det är ju en annan mycket använd, men svår metod i allmänmedicinsk forskning. Eftermiddagen ägnades åt praktiskt arbete kring enkäter. Kursdeltagarna delades upp i fyra grupper, som var och en skulle sammanställa en enkät över ämnet: "Hur fungerar min vårdcentral?" Det var intressant att se hur grupperna uppfattade frågeställningen och hur olika resultat man kom fram till. I de diskussioner som följde dagen därpå när enkäten redovisades, tror jag att de flesta insåg svårigheterna med en enkät.

Fjärde dagen

Universitetslektor Adam Taube från Uppsala höll en utläggning om statistiken inom medicinen. Med ett stort antal exempel visade han hur viktigt det är att lite bortse från alla stjärnor över signifikans, att förbättra tabeller och figurer och att presentera resultaten på ett mera aptitligt sätt. Då Adam Taube tidigare haft i uppdrag, bland annat av Läkartidningen, att titta över den medicinska statistiken såsom den används i våra vanliga tidskrifter, kunde han med eftertryck visa att vi har en hel del att lära inom det här området. Till och med från många erkända kliniker kunde avslöjande exempel på felaktig eller mindre bra användning av statistik visas. Jag tror att detta stärkte många i kursen, då man såg andras brister obarmhärtigt avslöjas och inte bara eventuella egna. Adam Taube påpekade också hur viktigt det är att statistikern kopplas in tidigt i en studie med möjlighet att lämna synpunkter redan på designen. Det hela blev en intressant genomgång och gav säkert åhörarna åtskilligt.

Femte dagen

Under den sista dagen skulle själva diskussionsdelen av ett manuskript avhandlas. Calle Bengtsson var inledare. Han avslöjade hur han själv skriver diskussionen till en artikel. Därefter tog vi upp författarordningen. Detta har blivit än viktigare nu sedan praktiskt taget alla arbeten har fler än en författare. En anledning är också att man ofta värderar forskningsaktivitet efter det antal gånger som en artikel citeras. Det brukar då vara de första namnen i en författargrupp som räknas. Det har dessutom kommit vissa

regler och rekommendationer, som det är nyttigt att ta del av ifråga om författarskap. Ett gott råd är att i situationer, där flera hjälps åt med ett arbete, tidigt precisera både författarordning och vad var och en ska göra. Både Calle Bengtsson och undertecknad kunde berätta om fall där svårigheter uppstått på grund av att man ej gjort detta klart för sig från början.

Några allmänna reflektioner

När vi skildes åt på fredag eftermiddag, var det en allmän uppfattning att behovet av sådana här kurser är stort.

Både kursdeltagare och kursledare var mycket nöjda och såg fram emot att som en fortsättning på denna kurs ha seminarier. Vi räknar med att ha sådana återkommande månadsvis med början 1991. Mer om detta kommer i de oregelbundet återkommande informationsbladen från institutionen.

Författarpresentation

Hans Åberg, professor i allmänmedicin vid Karolinska institutet, Huddinge

Postadress: Institutionen för allmänmedicin, Karolinska institutet, Diagnosvägen 8 nb, 141 54 Huddinge

Nytt från institutionerna

LB 06535

Kurs i forskningsmetodik för allmänläkare

BERTIL CARLSSON

Under tre terminer har 20 allmänläkare från södra sjukvårdsregionen fått en grundläggande forskarutbildning. De preliminära erfarenheterna av kursen redovisas här. Hösten 1990 påbörjade ytterligare 20 allmänläkare sin utbildning.

Nyckelord: Distriktsläkare, utbildning, forskning, metoder, forskningsmetodik

Sedan våren 1989 har distriktsläkare och FV-läkare i södra Sverige haft möjlighet att delta i en treterminers distanskurs i grundläggande forskningsmetodik, anordnad gemensamt av Centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet och Avdelningen för vårdvetenskap vid högskolan i Växjö. Initiativet till kursen togs 1987 av samverkansnämnden för södra sjukvårdsregionen efter det att en utredning om efterutbildning av distriktsläkare visat på behovet av FoU-utbildning. Som ett resultat av denna utredning tillsatte samverkansnämnden en arbetsgrupp, som fick i uppgift att utarbeta en struktur för en distanskurs i forskningsmetodik. I denna arbetsgrupp, som sedan också kom att utgöra kursledning, ingick jag själv som representant för högskolan i Växjö, Anders Niklasson, distriktsöverläkare i Staffanstorps, fil dr Åke Isacson, docent Birgitta Hovellius och docent Lars Lindholm från Centrum för samhällsmedicin i Dalby. Arbetsgruppen fick under 1988 projektmedel från Provinsalläkarfonden för att ta fram erforderligt undervisningsmaterial och för att detaljplanera kursen. Den plan vi kom fram till presenteras i faktaruta 1.

Vårterminen 1989 startade vi den första kursen med 20 deltagare. Alla som anmält sig kunde inte beredas plats.

Kursens mål var sammanfattningsvis

- att ge sådana grundläggande färdigheter i forskningsmetodik att deltagarna skall kunna utföra FoU-arbete på sina arbetsplatser;
- att ge kunskaper som gör det möjligt för deltagarna att kritiskt läsa och värdera medicinska uppsatser och artiklar i vetenskapliga tidskrifter;
- att skapa djupare kontakt mellan praktiskt yrkesverksamma och forskare inom primärvården;
- att vara forskningsrekryterande.

Ett av de krav som ställdes på kursen var att den skulle kunna ges som distanskurs för att ge möjligheter för deltagarna att bo kvar på hemorten och att ha kvar sina ordinarie arbeten. Att helt bygga upp en kurs av det här slaget som en korrespondenskurs av "Hermodsmodell" bedömdes emellertid inte vara möjligt. Vi valde i stället att arbeta efter vad man skulle kunna kalla en modifierad distansmodell, bestående av tre huvudkomponenter: Kurslitteratur, kurshäften med övnings- och hemuppgifter och kursmöten.

Kurshäften innehåller anvisningar för inläsningen av kurslitteraturen, kompletteringar till kurslitteraturen samt övningsuppgifter och hemuppgifter. Dessa senare sänds in till kursledningen vid bestämda tidpunkter, rättas och kommenteras och sänds tillbaka till deltagarna. Hemuppgifterna utgör också en del av examinationen på kursen. Kursmötena, som vardera omfattar en arbetsdag, har vi förlagt

omväxlande till Växjö och Lund-Dalby. Vid dessa möten försöker vi ta upp moment som av olika skäl är svåra att förmedla via kursbrev och kurslitteratur. Det kan exempelvis gälla diskussioner kring deltagarnas egna arbeten eller kursmoment som kräver tillgång till datorer eller biblioteksresurser. Vi har också lagt in ett antal vad man skulle kunna kalla "stimulansföreläsningar", där vi bitt kvalificerade forskare berättar om sina erfarenheter av forskning. Vi har också sett det som angeläget att deltagarna får vara med vid åtminstone någon disputation i allmänmedicin.

En av de bärande ideerna vid kursutformningen, som framgår av den arbetsplan som redovisas i faktaruta 2, är att kursdeltagarna parallellt med att de teoretiska momenten penetreras får tillfälle att tillämpa sina kunskaper på ett eget arbete. Vid kursmötena och i hemuppgifterna i anslutning till kurshäften har deltagarna kontinuerligt fått redovisa framväxten av det egna arbetet, och från kursledningens sida har vi försökt att så gott vi kunnat, stötta upp med handledning. Redovisningen av dessa egna arbeten ägde för den första kursen rum vid ett tvådagarsseminarium i Vickelby på Öland i maj 1990.

Det är naturligtvis svårt att efter en enda fullt genomförd kurs våga sig på någon mera genomgripande utvärdering. Vi har emellertid under den tid verksamheten pågått fått många värdefulla tips från kursdeltagarna själva och från kollegor om justeringar av kursutformningen och om förändringar av kursinnehållet. Under Vickelbyseminariet gjorde vi dessutom en mera formell utvärdering av den första kursen. Vi som haft hand om kursen är som helhet mycket imponerade över det goda arbete deltagarna på kursen

DIFLUCAN 150mg
FLUCONAZOL
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

Deklaration. 1 kapsel 150 mg innehåller:

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

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

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

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

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

Indikationer. Vaginal candidiasis.

Försiktighet. Tills ytterligare erfarenhet

erhållits bör fluconazol inte ges till barn.

Graviditet. Kategori B:3 (se FASS). Erfarenheter från människa är begränsade.

Vid upprepade 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 urinvägssmältbildningar (hydronefros och hydrouretär).

Amning. Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

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

Vanliga CNS: huvudvärk

GI: illamående, magsmärtor

Dosering. 150 mg som engångsdos.

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

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

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

*Ny terapi
vid genitala
Candida infektioner!*

En
enda
kapsel
peroralt

Diflucan 150 mg
fluconazol

Ett originalpreparat från



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

Plan för kurs i forskningsmetodik för allmänmläkare.

1. ORIENTERING I VETENSKAPSTEORI. FORSKNINGEN I SVERIGE.

Orienteringen i vetenskapsteori och vetenskapsfilosofi är tänkt som en kort historisk bakgrundsteckning och en översikt över debatten under de sista årtiondena. Forskningen i Sverige behandlar universitetsforskning och sektorsforskning, forskarutbildningen och forskningen som yrke med speciell infiktning på det medicinska området.

2. PROBLEMBESKRIVNING, PROBLEM ANALYS, LITTERATURGENOMGÅNG OCH PROBLEMPRECISERING.

Varje deltagare får göra en översiktlig första beskrivning av ett problemområde som man är intresserad av att arbeta vidare med och därefter göra en litteratursökning för att få en överblick över forskningsfältet och få tips om användbara forskningsmetoder. Därefter får varje deltagare göra en precisering av den egna arbetsuppgiften med frågor att besvara eller hypoteser att pröva. Eftersom deltagarna som regel är väl förtrogna med "manuella" litteratursökningsmetoder koncentreras huvudparten av träningen i litteratursökning kring datorbaserad sökning, framför allt i MEDLINE.

3. URVALSPROBLEM, EXPERIMENTELLA DESIGNER. NÅGRA TYPER AV DATAINSAMLINGSMETODER.

Under avsnittet "Urvalsproblem" behandlas begreppen population och sampel, olika typer av stickprovsdragning och felkällor vid stickprovsdragning. Avsnittet "Experimentella designer" behandlas relativt noggrant och omfattar bland annat ex-post-facto-undersökningar, före- efterdesigner och fyrgruppsdesigner samt metoder då slumpmässiga urval ej kan tillämpas. Avsnittet "Några typer av datainsamlingsmetoder" är tänkt som en bred översikt där olika grupper av metoder exemplifieras med någon eller några metoder.

4. GRUNDLÄGGANDE EPIDEMIOLOGI OCH STATISTIK.

Avsnittet inleds med en kort repetition av den deskriptiva statistiken. Av inferensstatistiken behandlas några vanliga parametriska metoder som t-test och ANOVA, liksom några ickeparametriska metoder.

5. FORSKNINGSETIK, SEKRETESSFRÅGOR.

Internationella regler som Helsingforsavtalet för forskning inom det medicinska området behandlas liksom regler för forskning där barn medverkar. Något om etiken vid djurförsök och försöksdjursuppfödning. Av sekretessfrågor behandlas sjukvårdens sekretessbestämmelser, offentlighetsprincipen samt datalagen.

6. UNDERSÖKNINGSPLAN.

Tanken är att deltagarna här skall tillämpa sina kunskaper från de tidigare teoriavsnitten genom att göra en plan till en egen mindre undersökning. Planen skall innehålla en problembeskrivning, ett sammanfattande kapitel om de senaste forskningsresultaten på området, val av datainsamlingsmetod, tidsplan och kostnadsberäkning.

7. DATAANALYS OCH DATABEARBETNING.

Avsnittet görs relativt omfattande och innefattar bland annat metoder för nedbrytning av data i undergrupper, samspelsanalyser och principerna för bortfallsanalyser. Något statistiskt databearbetningsprogram demonstreras och används.

8. UTFORMNING AV UNDERSÖKNINGSRAPPORT. PUBLICERINGSREGLER.

Rapportens språkliga utformning, ISBN och ISSN, Vancouveröverenskommelsen, illustrationer, lagen om upphovsmannarätt, exempel på några vetenskapliga tidskrifters publiceringsanvisningar, copyright, förlagsavtal.

9. SEMINARIER KRING EGNA ARBETEN.

Utformas på vanligt sätt med respondent och opponenter för att ge träning i försvar och kritisk granskning av ett arbete.

FAKTARUTA 2

ARBETSPLAN FÖR FORSKNINGSMETODISK GRUNKURS FÖR ALLMÄNMLÄKARE

TERMIN 1

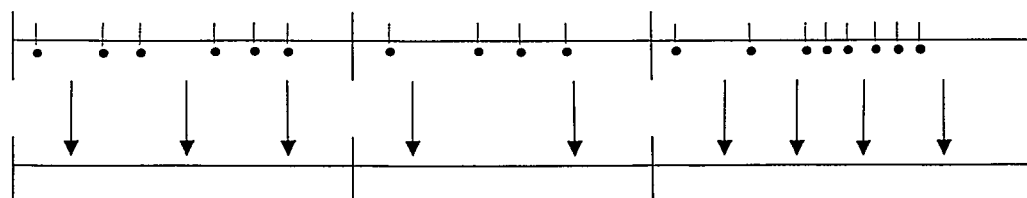
Distansstudier
(teori) 1–10 poäng

TERMIN 2

"Fältarbetstermin" med
datainsamling för egen
undersökning

TERMIN 3

Distansstudier
(teori) 11–20 poäng



TILLÄMPNING PÅ EGET ARBETSOMRÅDE

- ! = Endagsmöte var tredje fredag under termin 1
- 3–5 gånger under termin 2 samt 8 sammankomster under termin 3, varav 5 är redovisningsseminarier då deltagarnas egna arbeten diskuteras.

presterat. Detta innebär naturligtvis inte att kursen varit problemfri varken för deltagare eller kursledning. Det definitivt största problemet har varit att hinna genomföra och färdigställa det egna arbetet i tid. Orsakerna kan vara flera, men ett par av dem är nog att man ibland gett sig på alltför stora och tidskrävande arbeten och att handledningstiden varit för begränsad.

Återstår att se vilken effekt på sikt en kurs av det här slaget kan få för en forskningsanknytning av verksamheten ute på vårdcentralerna. Vi vet redan att några av kursdeltagarna aktivt medverkat för att starta lokala FoU-grupper, vilket bådar gott för framtiden. Hösten 1990 startade kurs nummer två för att ge ytterligare 20 allmänläkare en grundläggande forskarutbildning.

Författarpresentation

Bertil Carlsson, fil dr, universitetslektor

Postadress: Högskolan, Box 5053, 350 05 Växjö

Kanadensisk professor i allmänmedicin, hedersdoktor i Linköping

Dr Ron McAuley har utsetts till hedersdoktor vid Hälsouniversitetet i Linköping.

Ron McAuley är född 1929 och professor i allmänmedicin vid McMaster University i Hamilton, Canada. Han arbetade 10 år som general practitioner/distriktsläkare innan han kom att ingå i den grupp av pionjärer som under 1960-talet startade en helt ny typ av läkarutbildning i Canada, som kommit att påverka utvecklingen av bland annat Hälsouniversitetets utbildningsuppläggning här i Sverige. Såväl i McMaster som i Linköping används den nya pedagogiska modellen problembaserad inläring, som innebär att utbildningen har sin utgångspunkt i realistiskt utformade fallbeskrivningar eller situationer. Antalet föreläsare är mycket begränsat och studenterna arbetar i grupp under handledning. Handledaren behöver inte vara specialist inom det område som berörs i grupparbetet. Teoretiska såväl som kliniska studier är integrerade. Någon särskild bestämd kurslitteratur föreligger inte utan studenterna tränas att själva söka litteratur eller kunskap på annat sätt. Ron McAuley har under sin karriär haft olika ledande befattningar vid McMaster. Han har varit ordförande för läkarutbildningen 1975-81 och ansvarig för fakultetens utveckling och utvärdering av läkarutbildningen 1982-85. Bland andra uppdrag kan nämnas antagningen av läkarstuderande samt ledarskap och utbildningsplanering.

Inom sin specialitet, family medicine/allmänmedicin, har McAuley ansvarat för projekt kring specialistutbildning, utvärdering och vidareutbildning både på McMaster och nationellt i Canada. McAuley har också haft uppdrag inom det internationella nätverk av nya medicinska utbildningar som Hälsouniversitetet tillhör och har bland annat arbetat som konsult för en medicinsk fakultet i Egypten.



Dr Ron McAuley

McAuleys vetenskapliga produktion ligger inom ämnena läkarutbildning, allmänmedicin och klinisk epidemiologi.

De kontakter och erfarenheter som många lärare, såväl på kliniker som ute i primärvården och Hälsouniversitetet, fått från McMaster har varit ovärderliga för utvecklingen av Hälsouniversitetets utbildningar. Ron McAuley själv har härvid gjort Hälsouniversitetet stora tjänster som inspiratör, diskussionspartner och kontaktperson vid besök i Sverige.

Författarpresentation

Dag Domeij

Postadress: Primärvårdsstaben, Regionsjukhuset, 581 85 Linköping.

Examen i allmänmedicin 1991

Erbjudandet kan vara aktuellt för Dig som är/snart blir färdig specialist i allmänmedicin.

Varför examinera sig?

- för Din egen skull – var står Du?
- för Dina kollegors skull – en bra examen är nödvändig i ST-systemet.
- för utbildningens skull – en utvärdering är en kvalitetsgaranti.
- för ämnets skull – en bra examen utvecklar ämnet.

Examen sker den 15 november 1991 i Sundsvall. Du, som är intresserad av detta, anmäl Dig senast 22 februari 1991 så skickar vi vidare upplysningar.

Anmälan till:
Svensk Förening för
Allmänmedicin
Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra kyrkogata 10
Box 738
101 35 Stockholm
tel: 08-24 33 50

Primärvårdsutvecklare eller besparingslakej?

Kommentar till Göran Sjönell's ledare i AllmänMedicin nr 4/90

INGEMAR HERMANSSON

Ordet "ekonomistyrning" låter dubbeltydigt. Är det ekonomins styrning av vården som avses? Skall homo economicus, om än i form av primärvårdsläkare, ta över värderingar, prioriteringar? Eller är det vi som ombud för patienterna som skall styra ekonomin, ha rätt att skaffa resurser till vård? Ibland framställer man primärvårdens övertagande av beslutsfunktion över resurserna som att vi skulle bli framtidens kungar och drottningar i vården. Det gäller dock att noga tänka igenom vad som kan hända. Det finns ju också en risk att vi blir ledningens besparingslakejer.

Sjönell nämner kortfattat risken med för snålt tilltagna resurser. Vad händer med en effektiv, kunnig allmänläkare, vars resultat i vården är goda, vårdresultaten på hög kvalitetsnivå, om han/hon på nio månader gjort slut på medlen, som skulle räcka i tolv? Kanske finns i grann-distriktet en läkare som efter tolv månader har medel kvar genom sparsamhet, som ibland leder till ett risktagande vad gäller utredningar och behandlingar på patientens bekostnad. Ingen kan få mig att tro annat än att den politiska och ekonomiska ledningen kommer att sätta sig i allvarliga samtal med den förstnämnde för att varna honom/henne och påpeka att medel för nästa år redan förbrukats och att man börjat se sig om efter någon annan som på ett bättre sätt kan svara mot ledningens förtroende. Jag tror också att den sparsamme kommer att få uppskattande ord. Risken är att primärvårdens läkare invaderas av ett ekonomiskt tänkande, som leder till en konflikt med rollen som ombud för mänskligt lidande. Att vara läkare innebär att man ser mänskligt lidande, ser behov av lindring eller bot. Detta kostar pengar. Vi måste alltså alltid i första hand delta i kampen för att skaffa tillräckliga resurser för vården och preventionen. Redan att delta i prioriteringsbeslut, där patientgrupper ställs mot varandra kan leda till svåra, moraliska konflikter. Vad säger Du till en patient vars vårdbehov Du ställt långt ner på listan, när Du möter honom/henne på Din mottagning? Det är givetvis viktigt att svenska allmänläka-

re är beredda att påta sig en ledande roll i sjukvårdssystemet med ledningsansvar och ekonomiskt ansvar. Annars kan vi aldrig rekrytera engagerade och kunniga primärvårdsläkare. Men vi måste se till att i vår beslutsrätt läkareiska regler ställs ovan ekonomiska bedömanden. Vår skyldighet är att genom studier, observationer om vård- och preventionsbehov bidra till att politisk-ekonomiska beslutsfattare skaffar fram resurser till en mänsklig vård. Svensk befolkning har vid upprepade undersökningar visat sig beredd att betala mer skattevägen om medlen går till vård.

Allmänläkarens ledande roll är viktig på flera plan, men man får inte försöka nå den genom att hamna i besparingslakejens förnedring.

Författarpresentation

Ingemar Hermansson, distriktsläkare

Postadress: Forskningsenheten, Box 4, 91200 Vilhelmina.

Kommentar

Jag delar Ingemars uppfattning om att vi inte ska hamna i besparingslakejernas förnedring. Å andra sidan kan vi inte avsäga oss vårt ansvar att utveckla och effektivisera samhället. De modeller som diskuteras för närvarande i Sverige innebär samtliga att politikererna i distriktsstyrelse, primärvårdsnämnd etc har det ekonomiska ansvaret för verksamheten, men att de i ökad omfattning ska söka råd och hjälp hos de lokalt arbetande allmänläkarna för att bereda invånarna den specialistvård som de behöver. Detta innebär att allmänläkarna kommer i centrum för utvecklingen och att specialistvården mer tydligt utvärderas och bedöms för sina kvaliteter än tidigare. Att kostnaden ingår i kvalitetsbedömningen är självklart. En del av oss tycks inte vilja inse att varje gång vi skriver en remiss för en komplicerad utredning, så fattar vi ett beslut om en utgift som det allmänna står för. Det vore naivt att påstå, att vi arbetar utanför ekonomiska realiteter i vår nuvarande position. Att dessa ekonomiska konsekvenser blir tydliga i ett nytt system kan för en del kännas stötande. För andra kan det ses som möjligheter för att utveckla och förbättra. Hur gärna vi än skulle önska motsatsen, så är det trots allt pengarna som styr sjukvården.

Göran Sjönell, primärvårdsutvecklare, distriktsläkare

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 11327 Stockholm

Practical Statistical Evaluation of Pharmacokinetic/ Pharmacodynamic Data A Hands On Workshop Using PCNonlin, June 3-6, 1991, Lidingö

The workshop is intended for scientists in the pharmaceutical industry, regulatory agencies, contract research firms or universities and for clinicians who want to learn the statistical aspects of model fitting. Participants are supposed to have some prior knowledge of basic pharmacokinetics.

The workshop is intended to bridge the gap between the development of classical models and their application to experimental pharmacokinetic/pharmacodynamic data.

The workshop consists of lectures and computer exercises dealing with common modelling problems such as choice of weights, parameter estimates, goodness-of-fit, experimental design, comparing models, combining results from several subjects, nonlinear kinetics, pharmacodynamic models and non-compartmental models.

Application has to be made before April 5, 1991, to The Swedish Pharmaceutical Society, P. O. Box 1136, 11181 Stockholm.

Further information: phone 08-24 50 85, fax 08-20 55 11.

Ska undervisning vara scoutverksamhet?

GÖRAN FALCK

I Örebro län pågår, sedan några år, försöksverksamhet med Närvårdsnämnder som har eget budgetansvar. De senaste årens honnörssord att all verksamhet skall bära sina egna kostnader har härvid fått konsekvenser för den externa utbildningsverksamheten, som kan vara värda att diskutera.

Med många år i tjänsten som distriktsläkare följer externa undervisnings- och utvecklingsuppdrag. Exempel på sådana är arrangerande av och undervisning vid NLV-kurser, deltagande i undervisning för medicinstuderande, deltagande i utvecklingsseminarier på Spri, i Socialstyrelsens läkemedelsavdelnings workshop för utarbetande av behandlingsrekommendationer och deltagande i arbetsgrupper tillsatta av läkarsällskapets specialföreningar.

Då vi vid vårdcentralen sedan många år intresserat oss för infektioner i primärvården, handläggning av arbetsskador och kvalitetssäkring i vården har det känts angeläget att få föra vidare de erfarenheter vi gjort. Men hur angeläget och inspirerande man än tycker det är att sprida kunskap om arbetsskador och kvalitetsaspekter har det ändå till slut ett pris. Man kan inte i längden avsätta en arbetsdag med tjänstledighet utan lön

för att undervisa i Uppsala för 240 kronor (timersättning till distriktsläkare) eller att utan arvode delta i Spris och Socialstyrelsens symposier och workshops.

Men vem ska betala för kalaset (tjänstledighet med lön)? Vårdcentralen tycker inte att den ska stå för dessa externa kostnader och landstinget avvisar allt ansvar, med en druckens envetenhet, med hänvisning till att vårdcentralen har det fulla kostnadsansvaret. Argument man får höra är "Du är anställd för att utföra sjukvårdsproduktion." "Landstinget har inget intresse av extern undervisning." "I en distriktsläkartjänst ingår inte undervisning." "Spri och Socialstyrelsen får lära sig att betala."

Spris motargument är att man ägs av landstinget och bygger sin verksamhet på att kostnadsfritt kunna utnyttja specialister från vården. Socialstyrelsens läkemedelsavdelning betalar ett arvode på 2000 kronor för ett manuskript men räknar för övrigt med att landstinget står för tjänstledighet.

Om det nya synsättet att all verksamhet ska bära sina egna kostnader samtidigt som de utnyttjande myndigheterna och undervisningsenheterna inte anser sig kunna betala för full kostnadstäckning får detta avsevärda

konsekvenser för undervisningen och framtida val av specialitet och tjänst. Hur ska kvaliteten på NLV-kurserna i framtiden kunna upprätthållas? Med Socialstyrelsens bantade budget för NLV-kurser finns det inga medel som täcker lönebortfall även om timersättningen är 421 kronor. Kommer vi att endast kunna anlita lokala föreläsare som enbart tar ut ledighet (jourkompensation) för de aktuella timmarna? Ska alla externa uppdrag i framtiden koncentreras till de allmänmedicinska institutionerna och till landstingens utvecklingsenheter där dylik verksamhet ingår i tjänsten?

Det förhållningssätt vi redan fått erfara i Örebro län är troligen bara en fläkt mot vad vi kommer att få uppleva vid ett eventuellt kommunalt övertagande av primärvården. Och hur ska man i framtiden kunna locka unga kollegor att satsa på allmänläkarbanan om denna utarmas på utvecklande externa uppdrag och arbetsgivaren endast betalar lön för direkt sjukvårdsproduktion.

Författarpresentation

Göran Falck, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Bångbrovägen, 714 00 Kopparberg.

NY FÖRENING BILDAD!

SVENSK FÖRENING FÖR FÖREBYGGANDE MEDICIN

bildades i samband med tvådagarskonferens om förebyggande av hjärtkärlsjukdomar som hölls i Mallsjö 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, sekreterare), Lars-Göran Persson (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.

Frågor och svar

LARS-OLOF HENSJÖ

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

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

Denna gång presenteras frågor från både Huddinge LIC och ELIS.

FRÅGA

En 41-årig kvinna med diabetes och hypertoni söker läkare på grund av yrsel och kräkningar. Patientens symtom bedöms så allvarliga att även differentialdiagnosen hjärntumör övervägs. Sedan tre år har patienten brukat nicorettegummi. De senaste månaderna har användningen av dessa ökat stadigt. Patienten uppger att intaget kan ha varit upp till 30 tuggummin (à 2 mg) per dag. 2 mg nikotin motsvarar ungefär innehållet i en cigarett. Kan Nicorette ge upphov till något eller några av de symtom som kvinnan lider av?

SVAR

För många av nikotinets effekter kan man förvänta toleransutveckling vid långtidsbehandling. När nikotin har givits till rökare genom rökning eller som nikotintuggummi, har man erhållit en viss kardiovaskulär påverkan. I en studie sågs en sju procentig övergående stegring av systoliska blodtrycket och en ökning av hjärtfrekvensen med cirka 20 procent under några minuter efter exponering. En mer långvarig hämning av den perifera genomblödningen sågs i samma studie.

Akut nikotinförgiftning beskrivs ge illamående, ökad salivation, magsmärtor, kräkningar, diarré, kallsvettning, huvudvärk, yrsel, syn- och hörselpåverkan, konfusion, svaghet samt hypotension med svimningskänsla och ökad pulsfrekvens. De biverkningar som setts vid kliniska prövningar med Nicorette är värk i käkledsmuskulerna, ökad salivation, lokala besvär från mun och svalg samt magbesvär med illamående, kräkningar och hicka. Den aktuella patientens yrsel och kräkningar skulle därför eventuellt kunna förklaras av nikotinpåverkan. Det är också möjligt att nikotins aktiva metabolit kotinin kan vara av betydelse. Vid utsättning av nikotintuggummi uppstår en del abstinenssymtom såsom ångest, oro, irritabilitet, nedstämdhet och huvudvärk. I en studie följdes pulsfrekvensen ett dygn efter dosreduktion och man fann då en nedgång av hjärtfrekvensen med rika 10 slag per minut.

Nicorettebehandling eller nikotin kan således ge upphov till förändringar i blodtryck, yrsel och kräkningar vid normal terapi, intoxication eller abstinens. För att närmare utreda eventuella orsakssamband kan man försöka att bättre relatera variationer i nicoretteintag mot patientes symtomutveckling. En kontrollerad nedtrappning av Nicorette skulle kunna vara av värde. Om nicorettebehandlingen bedöms ha samband med patientens symptomatologi, rekommenderar vi att fallet rapporteras till Läkemedelsverkets biverkaningskommitté.



APOTEKSBOLAGET

FRÅGA

En drygt 80-årig man har ordinerats livslång behandling med warfarin (Waran). Patienten har nu fått ett svårt giktanfäll, sannolikt utlöst av samtidig diuretikabehandling. Är något NSAID-preparat att föredra framför andra för korttidsbehandling av patientens akuta besvär?

SVAR

NSAID-preparat kan förväntas interagera med warfarin funktionellt genom att förlänga blödnings tiden. Interaktion som hänger samman med förändrad proteinbindningsgrad finns beskriven för ett flertal NSAID-preparat. Risk för denna typ av interaktion torde vara störst för NSAID-preparat med hög proteinbindningsgrad och liten distributionsvolym. Funktionellt är denna typ av interaktion antagligen av ringa betydelse *in vivo* då den fria aktiva koncentrationen knappast påverkas. För naproxen (Naprosyn) och ibuprofen (Brufen) finns mer utförliga studier publicerade och det kan därför vara skäl att välja något av dessa preparat vid warfarinbehandling. Fenylbutazon (Butazolidin) och azapropazon (Prolixana) kan förlänga protrombintiden genom att hämma metabolismen av warfarin.

Ibuprofen 1200-2400 mg dagligen vid warfarinterapi påverkar inte protrombintiden men förlänger blödnings tiden, antagligen genom effekt på blodplättarna. Ibuprofen har i likhet med diklofenak (Voltaren) och ketoprofen (Orudis) en kortare halveringstid än till exempel naproxen, piroxicam (Felden) och sulindaks (Clinoril) aktiva sulfidmetabolit. Om NSAID-preparatet behöver utsättas på grund av inträffad biverkan, kan en kort halveringstid vara en fördel. Sammanfattningsvis kan alltså interaktion mellan NSAID-preparat och warfarin ses både på funktionell och farmakokinetisk nivå. Det är svårt att finna några påtagliga skäl att rekommendera ett preparat framför de övriga. Naproxen och ibuprofen har studerats mer utförligt. Risk för allvarlig kinetisk interaktion föreligger men risken för en funktionell interaktion med förlängd blödnings tid är troligen mer påtaglig. Ibuprofen har en kort halveringstid, vilket skulle kunna vara en fördel vid utsättning om blödning skulle uppträda. Antiflogistikabehandling av warfarinbehandlade patienter bör endast ske på skarpt indikation.

FRÅGA

En 32-årig gravid kvinna lider av astma och hösnuva. Hon behandlas sedan två år med tablett Prednisolon 12.5 mg dagligen på grund av en avancerad generaliserad atopisk dermatit. Patienten har försämrats i sitt eksem under tidigare graviditeter. Försök med varannandags behandling med 15-20 mg dagligen har bara varit möjligt under vissa perioder. Patienten uppvisar inga tecken på kortisonbiverkan.

Vilka risker finns det för barnet före och efter partus? Finns det dokumentation som stöder varannandagsbehandling?

SVAR

LIC har tidigare utrett frågan om prednisolonbehandling under graviditet och amningsperiod. Sammanfattningsvis föreligger inte någon märkbart förhöjd risk för fostermissbildning vid glukokortikoidbehandling med denna dos under graviditeten. Vid hög dos finns möjligen en ökad risk för binjuredpression hos fostret.

Fysisk och mental utveckling har följts upp hos 6-åriga barn vars mödrar behandlades med prednisolon under graviditeten. Behandlingen syftade till profylax mot infant respiratory distress syndrome. De 83 barnen till prednisolonbehandlade mödrar var något längre och vägde mer än de 57 barnen i kontrollgruppen. Hörsel, syn, EEG, psykosocial utveckling m m undersöktes och här fann man inga singifikanta skillnader.

Prednisolon övergår i bröstmjolk, dock i så liten grad att amning kan rekommenderas även vid doser på 80 mg dagligen.

Vad gäller varannandagsbehandling har vi trots omfattande sökning i databasen Medline och i litteraturen inte funnit någon dokumentation om dess eventuella fördelar eller nackdelar.



FRÅGA

En 56-årig kvinna som under tiden våren 1989 till januari 1990 behandlats med klomipramin (Anafranil) 75 mg/dag på grund av depression, har under denna tid ökat 22 kg i vikt. Patienten behandlades tidigare med amitriptylin (Saroten) 40 mg/dag utan motsvarande fenomen. Information önskas nu om viktuppgång vid behandling med tricykliska antidepressiva (TCA).

SVAR

Frågan om viktuppgång vid användning av tricykliska antidepressiva har tidigare behandlats vid LIC. En kompletterande litteraturgenomgång har nu gjorts. Att viktuppgång kan förekomma vid antidepressiv terapi har länge varit känt. Det kan bero på att själva det psykiska tillståndet förbättrats, men det verkar också bero på en ökad sötsakshunger. En annan möjlighet som föreslås är att tricykliska antidepressiva kan framkalla förändringar i smakupplevelsen. Hur stor viktökningen är, hur matvanorna förändras och vilka de bakomliggande mekanismerna är, är fortfarande oklart. I en översiktsartikel sägs att incidensen av TCA inducerad viktökning är okänd och att den verkar öka proportionellt med behandlingstidens längd. Detta konstateras även i en studie som vi gått igenom. Relationen till dos är däremot osäker. Amitriptylin (ex Saroten, Tryptizol) är den substans som oftast relateras till viktökning.

I en studie undersöktes aptit och matpreferenser hos 50 patienter med depression både under en tvåveckors medicinfri period och under 4 månaders behandling med imipramin (Tofranil). Vid försöksperiodens slut hade 28 procent av patienterna ökat 3-5 kg och ytterligare 10 procent ökat 5-7 kg i vikt. I den här studien tyckte sig patienterna ha en ökad längtan efter kolhydrater och fet mat under den depressiva perioden utan behandling jämfört med tidigare perioder då de mått bättre. Längtan efter mat ökade inte efter att imipramin satts in.

I vissa studier har hos enstaka patienter setts kraftig viktökning. 11-18 kg efter 4-9 månaders behandling med amitriptylin sågs hos 3 av 51 patienter. Mer än 20 kg viktökning sågs hos 8 av 107 patienter. Dessa hade behandlats i mer än 2 år med något TCA (ej nämnt vilket).

I läkemedelsverkets biverkningsregister finns inga rapporter om TCA och viktuppgång. Däremot finns tre fall rapporterade vid användning av tetracykliska antidepressiva där sambandet bedömts som troligt. Rapport till biverkningskommittén av det aktuella fallet föreslås.

Några fallrapporter eller studier av klomipramins effekt på vikten har ej kunnat återfinnas i litteraturen, men att klomipramin skulle kunna vara orsak till viktökning kan inte uteslutas.

Magsår – dyrare läkemedel, bättre behandling?

INGER NILSSON · INGRID NORDENSTAM · MATS WENNBERG

Totala läkemedelskostnaderna i Sverige har under de senaste fem åren stigit med cirka 10 procent årligen. Den årliga prisökningen för befintliga preparat har under perioden inte överstigit 3 procent och läkemedelsvolymen har varit närmast oförändrad. Kostnadsökningen förklaras till stor del av att nya och dyrare läkemedel ersatt äldre och billigare.

En i sammanhanget intressant grupp av läkemedel är de som har användning i behandlingen av hyperaciditet och ulcus. Gruppen har under det senaste decenniet fått tillskott av nya och viktiga läkemedel och försäljningsvärdet har femdubblats. Hjärt-kärlsjukdomar, särskilt hypertoni och angina, är ett annat behandlingsområde där läkemedelsanvändningen undergått påtagliga förändringar.

Vi skall i denna artikel redovisa utvecklingen av försäljningen för de läkemedel som är aktuella i behandlingen av hyperaciditet och ulcus (ATC-kod A02) och söka belysa huruvida de ökade läkemedelskostnaderna är berättigade.

Försäljnings- och förskrivningsdata

Aktuella läkemedel återfinns inom grupperna "Medel vid hyperaciditet, ulcus m m" och "Antikolinergika och spasmolytika" (Tabell I). Försäljningen under de senaste tio åren redovisas baserad på statistik som Apoteksbolaget tar fram över läkemedelsförsäljningen, såväl totalt som fördelat på försäljning till sluten vård, receptförsäljning och försäljning för egenvård. Värdet av försäljningen har uttryckts i apotekens utförsäljningspriser, dels löpande, dels med prisökningarna borträknade. Försäljningsvolymen uttrycks i DDD/1000 invånare/dag vilket ger ett mått på hur stor andel av befolkningen som kan behandlas med den försälda kvantiteten läkemedel.

För några av medlen redovisas även uppgifter om förskrivning med avseende på diagnos. Underlaget har hämtats från den läkarbaserade Diagnos * Receptundersökningen.

Tabell I. Läkemedelsgrupper aktuella i behandling av hyperaciditet och ulcus m m jämte uppgifter om försäljningsvärde och volym 1978 och 1989 (löpande priser).

ATC-kod	Benämning	Försäljningsvärde miljoner kr		Försäljningsvolym DDD/1000 inv/dag	
		1978	1989	1978	1989
A02	Medel vid hyperaciditet, ulcus m m	90	456	15,4	20,4
A02A	Antacida	71	81	10,9	6,0
A02B	Magsårsmedel (H ₂ -receptorblockerare, sukralfat, omeprazol)	11	310	0,4	7,9
A02X	Övriga medel (alginsyra)	5	29	0,4	1,4
A03	Antikolinergika spasmolytika	40	31	10,8	3,2

Nya läkemedel – vidgade indikationer

Förutsättningarna för läkemedelsbehandling av hyperaciditet och ulcus har förändrats påtagligt med de nya läkemedelstyper som introducerats. Den första histamin-H-2-receptorblockeraren (cimetidin) registrerades 1978 under varumärksnamnet Tagamet, den andra (ranitidin) 1982 under namnet Zantac. Sukralfat, en substans med slemhinneskyddande egenskaper, registrerades 1983 under namnet Andapsin. Under 1988 registrerades omeprazol – Losec – ett läkemedel som hämmar saltsyresekretionen i magsäcken genom specifik verkan på protonpumpen i parietalcellerna.

Under perioden har indikationen för magsårsmedel (A02B) utökats till att även omfatta kroniskt reciderande magsår och behandling av ventrikelsår.

Totalförsäljningen – mångdubblat värde men oförändrad volym

I löpande priser har försäljningsvärdet för hyperaciditet och ulcus-medel (A02) ökat från 90 miljoner 1978 till 456 miljoner 1989, det vill säga femdubblats. I fasta priser har försäljningsvärdet ökat 2.7 gånger (Figur 1).

Utvecklingen för undergrupperna magsårsmedel och antacida ser helt olika ut. För magsårsmedel ökade försäljningsvärdet i fasta priser från 11 till 137 miljoner kronor samtidigt som försäljningsvolymen ökade från 0.4 till 7.9 DDD/1000 invånare/dag. För antacida minskade försäljningsvärdet från 71 till 48 miljoner kronor och volymen från 11 till 6 DDD/1000 invånare/dag.

Även gruppen antikolinergika och spasmolytika (A03) visade minskad försäljning från 40 till 31 miljoner kronor och från 10 till 3 DDD/1000 invånare/dag.

Introduktionen av nya substanser inom gruppen magsårsmedel har, med undantag av cimetidin, inte lett till minskad försäljningsvolym för redan introducerade substanser, utan bidragit till en fortsatt ökad försäljning för gruppen (jämför Figur 1).

Det är en betydande variation mellan länen i användningen av såväl magsårsmedel som antacida. Göteborg och Bohuslän toppade listan för såväl magsårsmedel som antacida (19 respektive 22 procent över rikstalen) (Figur 2). Jämtland hade den lägsta användningen av magsårsmedel (26 procent under rikstalet) och Uppsala av antacida (23 procent under).

Skilnaderna mellan länen kvarstår oftast över tiden medan rangordningen av länen växlar med läkemedelsgrupp. Någon samvariation för de två ovan nämnda grupperna föreligger inte (Figur 2).

Förändrad förskrivning gav förändrad försäljning

De stora förändringarna i försäljningen av antacida och magsårsmedel är knutna till den ändrade förskrivningen av medlen i öppen vård, det vill säga till den försäljning som sker mot recept. Utvecklingen av receptförsäljningen tyder på att magsårsmedel ersatt antacida och troligen även antikolinergika och spasmolytika (Figur 3).

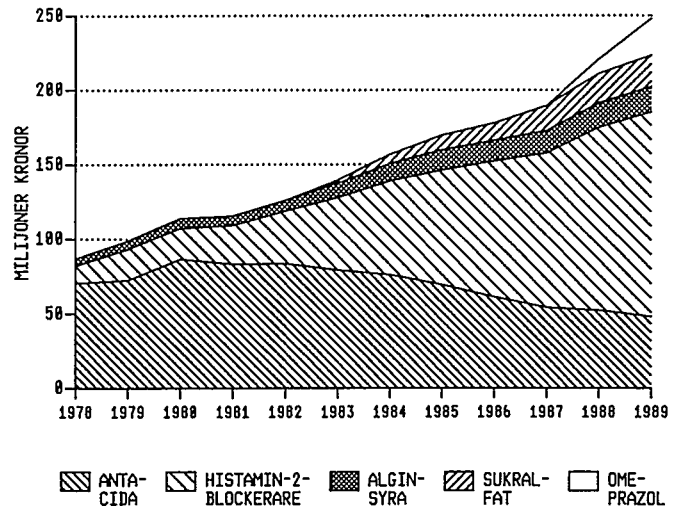
Förskrivningen av magsårsmedel ökar med stigande ålder och är inledningsvis högre för kvinnor än för män medan förskrivningen till män dominerar i de högre åldrarna (Figur 4).

Ventrikel- och duodenalsår svarar för 28 respektive 11 procent av det totala antalet förskrivningar av magsårsmedel. Gastrit (non-ulcer disease) och duodenit svarar tillsammans för 22 och esofagit för 17 procent.

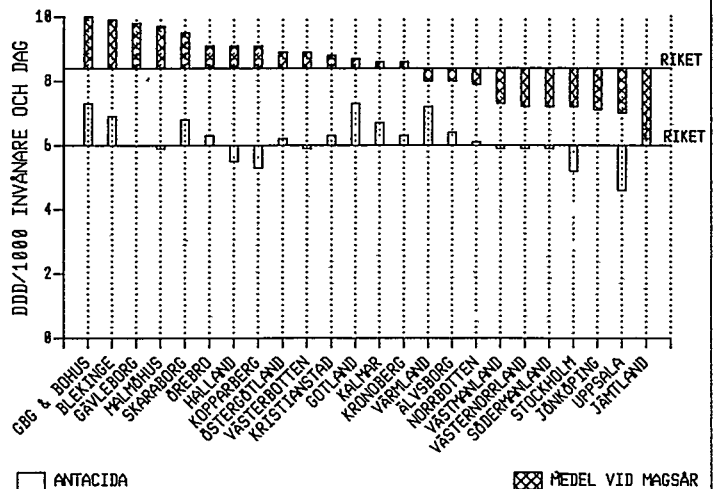
De stora diagnoserna vid förskrivningen av antacida är gastrit och duodenit vilka tillsammans svara för 51 procent av totala antalet antacidaförskrivningar.

Begränsad slutenvårdsanvändning

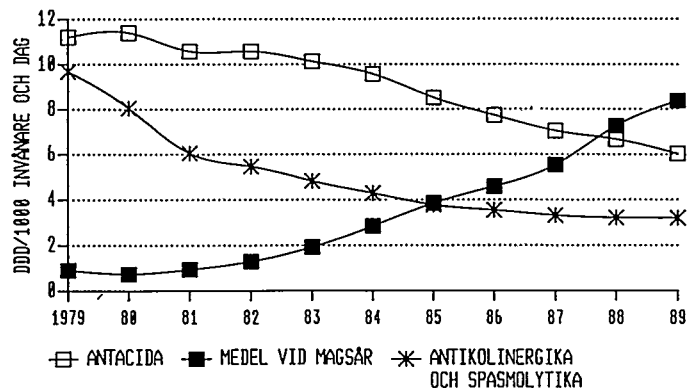
Den andel av totalförsäljningen 1989 som går till slutenvård är liten. För antacida har den värdemässigt utgjort omkring 2 procent, för medel mot magsår var den mot slutet av perioden omkring 5 procent. Utvecklingen av slutenvårdsförsäljningen visar att det även här skett en övergång från antacida till magsårsmedel.



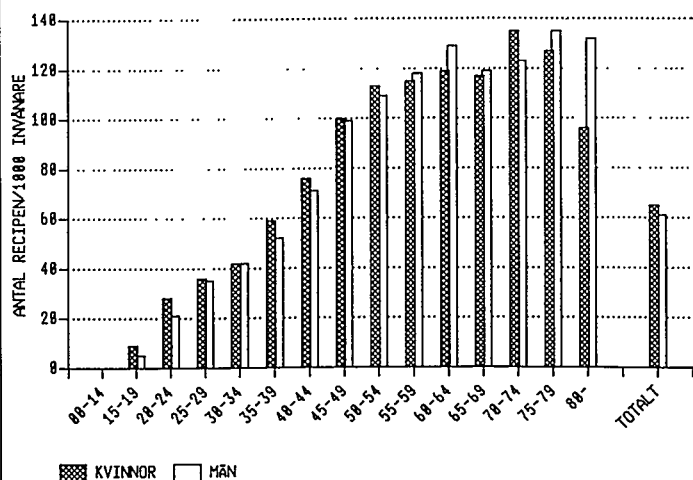
Figur 1. Försäljningsvärde totalt i fasta priser 1979–1989 för medel vid hyperaciditet ulcus m m.



Figur 2. Försäljningsvärde totalt per län 1989 ddd/1 000 invånare och dag.



Figur 3. Total försäljning av medel vid hyperaciditet, ulcus m m utveckling i ddd/1 000 invånare och dag 1979–1989.



Figur 4. Medel vid magsår förskrivningen efter ålder och kön 1989.

Egenvård = antacidabehandling

Egenvårdsförsäljningen domineras av antacida och sett till volym har försäljningen varit i stort oförändrad – 4 DDD/1000 invånare/dag. Det motsvarar i dagsläget drygt 60 procent av totalförsäljningen av antacida – för 10 år sedan var andelen drygt 40 procent.

Enligt en ännu ej publicerad undersökning används antacida i egenvård mot i huvudsak halsbränna och sura uppstötningar. Samma undersökning visade att de som använde mer än en dos antacida dagligen ofta hade patologiska förändringar i övre mag-tarmkanalen, speciellt gastroesofagal refluxesofagit.

Behandling med histamin-H₂-receptorblockerare gav samhällsekonomisk vinst

I en studie beräknades att cimetidinbehandling ledde till 800 färre operationer per år (2), vilket gav en besparing för den slutna vården på 8 miljoner kronor. Minskad sjukskrivning sparade 7 miljoner kronor, färre förtidspensioner till följd av diagnosen magsår ledde till ett minskat produktionsbortfall på 27 miljoner kronor, totalt 42 miljoner kronor. Summan skall ställas mot de ökade läkemedelskostnaderna som beräknades till 24 miljoner kronor. Allt räknat i 1978 års penningvärde.

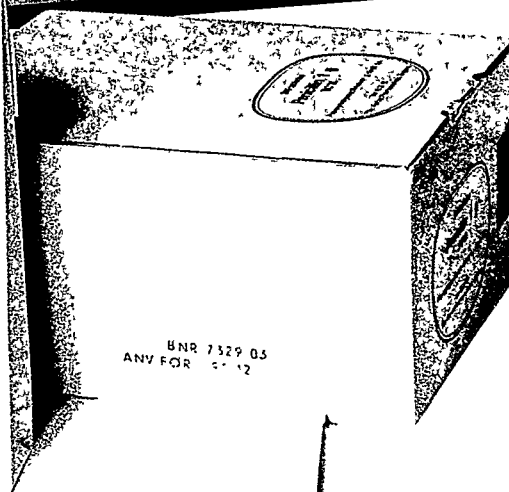
I hur hög grad har histamin-H₂-receptorblockerarna bidragit till den minskning av operationer av ventrikel- och duodenalsår som skett? En enkätstudie (3) visar en stadig minskning sedan 1950-talet, alltså mycket tidigare än introduktionen av histamin-H₂-receptorblockerarna. Operationsfrekvensen sjönk markant mellan 1956–1966. Nedgången fortsatte sedan men var något mindre. Minskningen blev något snabbare mellan 1976–1986, något som H₂-receptorerna troligen bidrog till.

Förbättrad näring och hygien ansågs av författarna till artikeln vara huvudorsaken till att sjukdomen minskat i frekvens. Vissa författare, som man hänvisar till i artikeln, har hävdade att förbättrad hygien lett till att färre personer infekteras tidigt med *Helicobacter pylori*, vilket i sin tur lett till en lägre frekvens ulcus. En annan möjlig tolkning var att sjukdomen blivit mer godartad.

Referenser

1. Johansson H, Nordenstam I. Svensk Läkemedelsstatistik. Apoteksbolaget 1990.
2. Jönsson B, Persson U. Cost-benefit analys av cimetidin. IHE meddelande 1982:6.
3. Gustavsson S, Nygren O. Stadig minskning av operationer för ventrikel och duodenalsår. Läkartidningen 1989;86:3357.

Allt fler läkare upptäcker
 hur lätt man kan spara
 stora pengar åt både
 patienter och
 skattebetalare!



Vill du veta mer om våra produkter
och vår affärsidé?

BOTA LÄKEMEDEL

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

Sänd oss talongen!

Ja tack! Vi vill veta mer om BOTA

☐ Sänd oss information ☐ Kontakta oss

Namn _____

Adress _____

Postnr. Ort _____

Tel _____

Läkarmöte om tortyr i Tromsø

INGRID GUSTAFSSON

I ett bedövande vackert, midnattssolsbelyst Tromsø i Nordnorge, hölls ett internationellt möte i juni 1990 om tortyr, läkares inblandning i verksamhet som strider mot mänskliga rättigheter och vad man kan göra åt det: "An international symposium on torture and the medical profession – the ethical and legal responsibility of the medical profession in relation to torture and the implications of any form of doctor involvement in torture."

Nyckelord: Kongressrapporter, tortyr, Tromsø

Mötet, som hade arrangerats av Tromsø universitet i samarbete med bland andra RCT (Rigshospitalets rehabiliteringscenter för tortyrskadade i Köpenhamn) hade samlat 70-talet deltagare från världens alla hörn. De flesta var läkare, men där fanns också psykologer och jurister. Många var betydelsefulla personer i samhället: professorer och en fd justitieminister. Programmet, som sträckte sig över tre fulla dagar, innehöll föredrag med rapporter om läkares inblandning i tortyr i olika länder och diskussioner om vad man kan göra för att förhindra detta.

Som läkare vid Röda korsets rehabiliteringscenter för tortyrskadade flyktingar i Malmö, fick jag möjlighet att resa till detta spännande möte som, med sitt internationella, engagerande innehåll, gav mig en stark upplevelse av att befinna mig mitt i världshistorien och den aktuella världspolitiken. Tyvärr är det inte ovanligt att läkare, direkt eller indirekt, är inblandade i tortyrverksamhet i det 100-tal länder där tortyr förekommer enligt Amnesty Internationals rapporter. Det finns ofta medicinsk personal närvarande under tortyren för att kontrollera puls och blodtryck och eventuellt avbryta behandling då fångens tillstånd blir för dåligt. Läkare skriver också falska intyg och dödsattester. Det vanligaste brottet är nog annars att läkarkåren ofta vill bortse från de övergrepp mot mänskliga rättigheter som görs, men vid detta möte framkom att det finns

många engagerade läkare även från de länder där tortyr fortfarande förekommer.

Öststaterna

Från öst kom talare från Polen, Tjeckoslovakien och Ryssland. Semyon Gluzman, psykiater från Ukraina som suttit tio år i Sibirien, talade om psykiatrins övergrepp som man nu försöker kartlägga. Något trött och märkt av allt han gått igenom, förmedlade han en försiktig optimism inför framtiden och det kändes högtidligt att han fanns med oss då vi tittade på midnattssolen i Nordnorge.

Latinamerika

Deltagare från Latinamerika kunde berätta om demokratiska förändringar men också om svårigheterna att efteråt ställa dem som brutit mot de mänskliga rättigheterna till svars för sina handlingar. En psykiater från Argentina, som arbetat med "de galna mödrarna på Plaza de Mayo", talade om hur man försökt ställa läkare inför rätta på grund av deltagande i tortyr, men hur samhället försökt tysta ner det.

En representant från det chilenska läkarförbundet berättade om sitt arbete för de mänskliga rättigheterna. Likaså rapporterades från Uruguay om hur läkarförbundet där kämpat för att ställa anklagade läkare inför rätta och hur svårt det är att verkligen effektuera en effektiv bestraffning. Ett flertal läkare som förlorat sitt medlemskap i läkarförbundet på grund av brott mot de mänskliga rättigheterna, kan obehindrat fortsätta sitt arbete som läkare.

Afrika

Från Nordafrika rapporterade El Shaif M Beshir, juridikprofessor, om framgångsrikt arbete mot tortyr i Egypten. Från Sydafrika berättades om positiva förändringar i landet men även om pågående förtryck och om hur läkare medverkat till övergrepp mot mänskliga rättigheter.

Asien

Dr June Lopez från Filippinerna påtalade indikatorer i samhället som möjliggör sviktande demokrati och ger en grogrund för förekomst av tortyr. Hon

kunde rapportera om hur mänskliga rättigheter ignoreras i hennes land.

Hur läkare i Pakistan deltar i tortyr och undersöker fångar inför piskbestraffning, kunde Dr Mahtboob Mehi-di från "Voice against torture" i Islamabad berätta. Både hos honom och hos deltagare från andra länder med pågående förtryck fanns rädslan över att själva riskera att drabbas av övergrepp på grund av sin kamp mot samhällets orättvisor. De uttalade en önskan om stöd från internationella läkarorganisationer, som snabbt skulle kunna vara på plats och hjälpa utsatta kollegor.

Europa

Minnen från nazismen gjorde sig pågämsamt påmind från ett flertal talare. En läkare från Berlin forskar i medicinhistoria och om läkares inblandning i brott mot mänskliga rättigheter under nazismen och kunde berätta om svårigheterna att föra denna smutsiga historia fram i ljuset. Om erfarenheter från behandling av koncentrationslägerfångar och deras bödlar berättade Johan Lansen, chef för "the Jewish mental health center" i Holland.

Leo Eitinger, psykiatriprofessor i Norge och före detta koncentrationslägerfånge, talade också om historien och om tortyr som ett problem för hela samhället och även medicinska föreningar. Många läkarförbund har engagerat sig i ämnet tortyr och bland annat har det brittiska läkarförbundet skrivit en rapport, som dr John Dawson kunde berätta om.

Deltagare från olika rehabiliteringscentra för tortyrskadade var också representerade, bland annat från l'AVRE, Frankrike och Grekland.

Från Danmark kom ett flertal deltagare från RCT. Professor Bent Sörensen, ledamot både i FNs CAT (Committee against torture) och CPT (European convention for the prevention of torture) berättade om arbetet i dessa organ och om aktuella konventioner mot tortyr. Ole Espersen, juridikprofessor och före detta justitieminister talade om värdet i att försöka få alla länder att följa gällande konventioner. Läkare måste kunna åtalas för att brutit mot dessa konventioner och ställas till svars i internationella rättegångar.

Organisationer

Internationella Röda korset var representerat och från USA kom representanter för "Physicians for human rights". Flera deltagare kom naturligtvis från Amnesty International som också bidrog till posterutställning och med flera skrifter.

Sverige

Från Stockholm kom två läkare från Röda korsets rehabiliteringscenter, dr Rudi Firnhaber och Paul Movschenson. Dr Sten W Jakobson från institutionen för rättsmedicin, Karolinska institutet, redovisade i posterform ett arbete med undersökningar av tortyrskadade, asylsökande flyktingar.

Åtgärder

Efter en workshop om hur man skall kunna gå vidare i arbetet för att förhindra att läkare blir inblandade i brott mot mänskliga rättigheter, blev det en sammanfattande diskussion. Det framhölls att läkares direkta eller indirekta inblandning är en förutsättning för att tortyrverksamhet över huvud taget kan bedrivas. Därför måste läkare bli mer medvetna om etikfrågor och utbildningen på detta område måste förbättras. Högriskgrupper, till exempel militär- och fängelseläkare, rättsmedicinare och psykiater måste nås speciellt. Ett konkret handlingsprogram kommer att utarbetas av en arbetsgrupp med förslag

om hur man skall kunna få fram information om läkares brott mot mänskliga rättigheter, anordnande av tribunaler, hjälp till kollegor som arbetar under riskabla förhållanden och andra åtgärder för att förhindra läkares medverkan.

Författarpresentation

Ingrid Gustafsson, allmänläkare, Röda Korsets rehabiliteringscenter för tortyrskadade flyktingar

Postadress: Box 17024, 200 10 Malmö.



Dagboken

Måndag

Morgon

"Äntligen måndag!" Det är trögt att lämna barnen. På vårdcentralen är det först "morgonbön" hos mig. Läkarna hälsar på varandra och stämmer av dagen. Jag har som vårdcentralschef samlat på mig en del diskussionsämnen över helgen och vill höra vad de andra tycker.

Förmiddag

Öppen mottagning. Patienterna väller in. Det är trevligt att de vill komma, man känner att det här verkligen är allmänmedicin med massor med oselekerade fall.

Till lunch kastar jag i mig lasagne från helgen för att hinna handla mat.

Eftermiddag

Barnavårdscentral med nyfödda och invandrare. Det är spännande att möta en annan kultur. Mitt under barnavårdscentralen langar en av mina pojkar in sin skolväska på väg till innefotboll.

Efter barnavårdscentralen är det tid för telefontid och planering med avdelningsföreståndaren.

Hem till middag. Det blir pannakaka och sen promenad med god väninna som får vara "container". Sen väntar sängen med budgetplanen för 90-talet som kvällslektyr.

Tisdag

Jag vaknar med huvudvärk. På "morgonbönen" känner jag att jag är orolig inför ledningsgruppens möte i slutet av veckan och vill samla in så många som möjligt av kollegornas synpunkter. Mötet ska avhandla resursfördelningen mellan primärvårdsområdena. Ingen vill lämna ifrån sig några resurser.

Efter öppna mottagningen har jag några tidsbeställda patienter. På lunchen möte med läkemedelsrepresentant.

Hela eftermiddagen går åt till administrativt arbete, sen hinner jag ut och handla innan ungdomsmottagningen börjar. Den håller på till klockan sju. På kvällen smiter jag in till grannen för att titta på bröllopsbilder.

Onsdag

I natt har jag sovit oroligt. Efter morgonbönen får jag samtal från banken. Jag skall intervjuas av Catrin Jacobs på tema "Kvinnor och ekonomi"! Därefter mottagning hela förmiddagen.

På eftermiddagen till privatmottagningen. Jag sköter praktiken åt en kvinnlig kollega som bor två år i London. För mig som arbetar som landsstingsanställd ger mottagningen nya erfarenheter. Vad vill patienten ha från sjukvården? Varför söker man privat? Det är jobbigt att vara ensam på mottagningen utan kringsservice. Jag fyller i alla papper själv och tar prover. Efter mottagningen måste jag handla igen, jag har lovat barnen pizza och måste fylla på mjölkförrådet. Sen diskar och stryker jag och förbereder mig samtidigt inför ledningsseminariet.

Torsdag

Först som vanligt morgonbön och förmiddagsmottagning. Vi får besök av monitorerare för klinisk prövning av streptotest. Hon är nöjd med oss – alla patientjournalerna är väl ifyllda och vi får beröm.

På eftermiddagen samlas ledningsgruppen på konferenshotell för seminarium. Samtliga vårdcentralschefer är där, distriktsöverläkaren och primärvårdschefen med stab. Alla har stora förväntningar och dagordningen är späckad med ett digert program. Tyvärr har ekonomichefen inte hunnit (?) ta fram sifferunderlag för resursomfördelningen. Han skyller på bud-

getarbete, men jag känner mig lurad. Först hotar jag med att sitta själv som gisslan på konferenshotellet tills siffrorna tas fram, men sen tappar jag sugen.

På kvällen ringer jag hem och nattar barnen telefonledes. Jag känner mig alltid ensam på hotell.

Fredag

Morgonen inleds med bad i bubbelpoolen där jag simmar runt och diskuterar finansieringen av vårdcentralen med primärvårdschefen som också "kopplar av" i bassängen. Förmiddagens ämne blir seg planering av rehabilitering inom primärvården.

På eftermiddagen diskuterar vi dilemmat med differentierad lönesättning av personal. Vårdcentralschefen har ingen som helst möjlighet att styra inom detta område, där fackföreningarna bestämmer. För att försöka lösa problemet tillsätts en ny utredning, men jag anar att det saknas egentlig vilja att lösa det.

Kvällen tillbringas med barnen i simhallen.

Lördag

Jag är trött och orkar bara med en promenad med barnen. Vi passar på att göra veckoinköpen samtidigt.

Söndag

Nu påbörjas redan nästa arbetsvecka med en del telefonsamtal och brev. Och en del funderingar av typen "vad håller jag på med???"

Rosmarie Gäcke-Herbst, vårdcentralschef

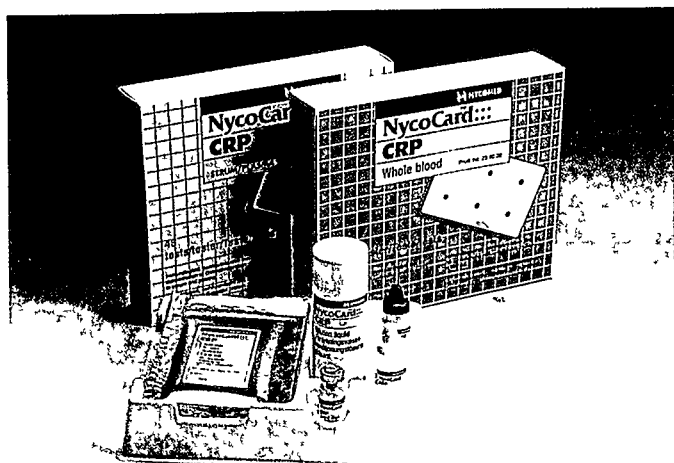
Postadress: Myrtens vårdcentral, Södergatan 16, 462 34 Vänersborg.

Helblodstest!

NycoCardTM:::CRP



*Mäter C-reaktivt protein i helblod
på 1 minut!*



- Semikvantitativ immunkemisk bestämning av fem CRP nivåer från 10 mg/L till 200 mg/L.
 - Liten provvolym – 25 µl blod.
 - 48 test/förpackning.
- NycoCard CRP Whole blood, Prod.nr. 239028.
NycoCard CRP Serum/Plasma, Prod.nr. 239010.



NYCOMED

NYCOMED AB
Box 1215 - 181 24 LIDINGÖ
Telefon: 08/765 29 30

... och doktorn kom!

En kvinnlig provinsialläkare bläddrar i minnenas bok

MÄRTA PALMBORG

Till min dotter

Innan minnet sviker
Innan tanken viker
Innan rösten tystnar
Medan någon lyssnar
Skriver vad jag känner
– jag har levt bland vänner

Nattens tystnad bryts av en telefonsignal "snälla doktorn kom, grannhustrun har blivit så sjuk och hennes gamla man är ensam – kommer doktorn?"

Under mottagningstid telefon om en äldre man, som fått svåra smärtor i bröstet "kommer doktorn?"...

Det är älgjakt – en av jaktdelta-garna har tagit sig fram till en telefon för att kalla på doktorn – en av jägarna har segnat ned på passet "han är nog död, kommer doktorn?"...

På julaftons morgon trippelkrock i halkan, flera skadade "vi har ringt efter ambulans, men kommer doktorn?"...

... och doktorn kom!

Nyckelord: Distriktsläkare, historia, Värmland

Ack Värmland du sköna

Det var höst, när doktor Borg första gången mötte det vackra Värmland. Bilfärden gick längs älven upp genom den bördiga dalgången med tätliggande gårdar. Det var en skönhetsupplevelse av stora mått för storstadsmänniskan. Den framkallade känslor av lycka och framtidstro men samtidigt något odefinierbart främlingskap.

Doktorn var på väg till Berga (Charlottenberg), stationsort för den ledigförklarade provinsialläkartjänsten. I hennes inre bultade en viss oro inför steget ut från klinikens lugna värld till ett nytt arbetsfält, där hon i fortsättningen ensam skulle tvingas till viktiga avgöranden. Var det här hon skulle våga förverkliga drömmen om att bli provinsialläkare? En dröm, som varit drivfjädern under studie- och klinikåren, en het önskan att få bo och verka ute bland människorna, möta både de små vardagsbekymren och de stora sorgerna, men också få del av all den glädje, men livet ändå ger. Hon överraskade sig själv med att för första

Detta är den första av tre artiklar, där f d provinsialläkaren Märta Palmberg delar med sig av sina erfarenheter. Den visar, att vi som allmänmedicinare har mycket att lära av vår historia. Därför hoppas vi, att fler äldre kollegor fattar pennan och skriver för AllmänMedicin.

Redaktionen

gången fråga sig om en kvinnlig läkare över huvud taget är lämplig som provinsialläkare ute på landsbygden.

Till sist nåddes slutmålet, ett stationssamhälle med äldre bebyggelse, som ingalunda kunde kallas vacker.

Den stora, röda f d disponentvillan, som under en lång följd av år varit tjänsteläkarens mottagning och bostad, låg i en stor parkliknande trädgård.

Det första intrycket var ett välkomnande men anblicken av den anspråkslösa lilla mottagningen berörde henne illa. Den föreföll ingalunda dimensionerad för det stora antal patienter, som uppgavs dagligen besöka mottagningen.

Distriktet omfattade tre socknar med en sammanlagd folkmängd på drygt 10000 personer – det var 6000 mer än det borde vara, hade man sagt på Medicinalstyrelsen. Tjänsten ansågs mycket krävande, men inkomstbringande för den befattningshavare, som orkade arbeta praktiskt taget dygnet runt.

Här gällde det reella arbetsinsatser på andras villkor och efter normer, som innebar fullständig bundenhet dygnet runt. Utöver semestern hade provinsialläkaren rätt till 24 timmars bortovaro från sitt distrikt högst 15 gånger per år och jourledighet varannan lördag eftermiddag till måndag morgon. Denna jourtjänst delades med tjänsteläkaren i granndistriktet, ett till ytan stort distrikt med dåliga vägar. Dessa hårda arbetsvillkor tillförsäkrade befolkningen ständig tillgång på läkare och kontinuitet i vården.

I mitten av november flyttade familjen till Värmland. Regn och dimma försvårade nattkörningen. Två gånger under färden hade de sett den stora, våta presenningsöverdragna lastbilen med hemmet och en sparsam läkarutrustning på väg mot samma mål. I bilen var det trångt men stilla. Man hörde ett sakta susande från två sovande smålandsflickor, som medtagits för att hjälpa till på mottagningen och i hemmet. Mellan dem låg den elva månader gamla dottern Maria. Dessutom fanns i baksätet två pudlar

och på golvet en fågelbur med undulater.

När de första solstrålarna slickade den gamla villans brutna tak, anlände familjen till Berga.

Så kom det våta flyttlasset, presennerna drogs av – det mesta var fuktigt! Med fasa såg doktorn hur matsalsbordet användes som lastpall bakom flaket, men vad gjorde det denna underbara morgon i Värmland – det fick väl torka!

Efter endast några timmar kom en av distriktssköterskorna på besök för att hälsa familjen välkommen.

All vår början bliver svår

Dagen "D" var inne. Dörren till mottagningen öppnades kl 0700. Just under dessa första timmar med ett fullt väntrum infann sig åter en viss osäkerhetskänsla – skulle befolkningen verkligen acceptera en kvinnlig provinsialläkare?

Oavsett inställning till den nya doktorn sökte sig talrika patienter till den lilla mottagningen. Väntrummet var ständigt fullt och gjorde tyvärr skäl för benämningen *väntrum*. Tidsbeställning på en provinsialläkarmottagning var ännu ett okänt begrepp ute på landet. För de statsanställda inom post, tull och järnväg fanns enligt gällande bestämmelser en fastställd en-timmesmottagning varje morgon, som gav sken av orättvisa i turordningen och ofta skapade onödigt irritation i väntrummet – antingen fick en statsanställd gå före i kön under denna timme eller också fick han vänta, när akutfall måste ges företräde. Vid ett tillfälle utbrast en indignerad tulltjänsteman: "Den nya doktorn åsidosätter våra mänskliga rättigheter."

Efter mycket kort tid insåg doktor Borg nödvändigheten av att öka ut mottagningen med ett rum från bostaden, som låg intill. Hon skulle därigenom få ett eget arbetsrum, som så väl behövdes.

Ändringen av mottagningslokalerna med insättande av ett antal dörrar föreföll doktorn vara en bagatell – men ingalunda när kommunala instanser skulle behandla och avgöra ärendet. Från kommunalt beslut till handling

gick det oväntat fort och snart fanns dörrarna på plats. Doktors ljusa, vackra rum med skrivbordet framme vid burspråket skänkte verkligen arbetsglädje och mottagningsarbetet flöt nu lugnare och jämnare.

Nummer två på önskelistan efter den lyckade ändringen av mottagningslokalerna stod anställandet av legitimerad sjuksköterska. På en liten ort som Berga visade det sig ingalunda lätt, men man spårade upp en gift sjuksköterska, som arbetade på lasarettet i närliggande stad, men bodde i Berga. Den efterlängtningsmedarbetaren kom, men relationerna till lasaretet försämrades markant. Sjukhuset förlorade sin enda svenska sjuksköterska!

Så kom då den första nattresan. Det gällde en tonåring med magsmärtor. Med makens säkra hand vid ratten gick färden på en nästan oframkomlig, hal och kurvig skogsväg upp mot norska gränsen. Bron var riven och man fick gå på isen över sjön. På den lilla telefonstationen väntade en granne med spark och rep – det sista om isen inte bar längre. Väl framkomna hördes en dånande transistorradio och i sängen låg en välmående pojke och åt smörgås. Modern anade i vilka banor doktorn tänkte och förekom henne med att säga "tur då geck övver, anersch hadd'en int lefft nå". Så anträdde återfärden, denna gång ännu försiktigare, för nu hade doktorn med sig en påse färskt ägg, som den ängsliga modern tyckte att besöket var värt. Aldrig glömde doktorn hennes avskedsord: "Var rädd om sej doktorn, mann min geck ner schäj här för ett par år schen".

Redan samma höst som doktor Borg tillträdde tjänsten i Berga, infortrade förste provinsialläkaren uppgift om hur många skolbarn inom distriktet, som inte var smittkoppsvaccinerade. Gällande lag föreskrev ympningsplikt före skolåldern, men det hade inte slagit igenom häruppe i gränsbygden och betraktades av de flesta föräldrar som både onödigt och farligt. Denna inventering var en högst impopulär åtgärd och uppfattades säkert av många som nya doktors eget påfund. Det visade sig, att mer än 100 barn ännu var ovaccinerade utan att man begärt befrielse eller uppskov.

På smalspårig järnväg

Utöver den egentliga sjukvården med mottagning i Berga och i Forsa – ett industrisamhälle med två stora industrier i kontinuerlig drift – samt dagliga sjukresor, tillkom den kommunala medicinska servicen, som omfattade polis, skolor och ålderdomshem. Dessutom förelåg skyldighet att svara för landstingets mödra- och barnavård och som tjänsteläkare även närvara vid hälsovårdsnämndernas samman-

träden och företaga vissa tjänsteresor inom distriktet.

Inom provinsialläkardistriktet fanns ännu en befattningshavare, för vilken doktor Borg var "förman", nämligen distriktsbarnmorskan – en energisk kvinna från södra Sverige, som tjänstgjort i bygden i många år innan doktorn tillträdde sin tjänst. Hon talade varmt för hemförlossningar, som ehuru litet till antalet, dock vållade doktorn mycket vända.

Medverkan i hälsovårdsnämndernas arbete var i regel mera planerat, men även här kunde det uppstå tillspetsade situationer. Tillsammans med nämndens ordförande besökte doktorn en "fabrik", som tillverkade ärtsoppa. Det fanns anledning ifrågasätta godtagbar hygien! I ett brygghus ute på gården stod en gammal järngryta med ärtsoppa och i ett träkar på golvet förvarades fläsket – men ack, vilket fläsk! Med en trasig skopa rörde "fabrikören" om i soppan, tills den blev så het, att han inte längre kunde stoppa ner underarmen. Soppan fick puttra färdigt utan omrörning och mot slutet stjälpes fläsket ner i grytan. Ärtsoppan fylldes sedan i pappersformar och såldes till affärerna i bygden. I kraft av gällande bestämmelser för livsmedels- hantering förbjöds omedelbart tillverkningen och doktorn assisterade ordföranden, när dörren till brygghuset spikades igen.

Till dystra provinsialläkarminnen hör den 80-åriga kvinnan som föredrog att beröva sig livet framför att röntga magen. Hon insjuknade i en

allvarlig magblödning och doktorn försökte få henne att gå med på sjukhusvård, men hon avböjde. Efter någon månad var hon i förvånansvärt god kondition – en järnvilja kan göra underverk! Den ambitiösa doktorn föreslog magröntgen – det rörde sig ju inte om att ligga kvar på sjukhuset. Patienten hade inga invändningar och tid beställdes. Den aktuella morgonen gick hon som vanligt ner i hönshuset men hade sagt till brodern: "Häls te doktern att då int ä lönt te havsöle gamle skor". När hon inte syntes till och bilen kom för att hämta henne, anade man oråd. Hon återfanns död i hönshuset med en snara runt halsen och en kullvält låda framför sina fötter. Hur kunde det hända?

De sista åren i Berga

Under de sista åren rådde det ett mycket gott förhållande mellan den kvinnliga provinsialläkaren och befolkningen. Doktorn mottog många bevis på uppskattning och log stilla inom sig när pensionären på ålderdomshemmet invid kyrkan berömmande sa: "Då går bra för däj. Då har inte ringt i körkläckera på fjortan dagar". Hur anorlunda hade hon inte känt det under den första tiden i Berga!

Den stora arbetsbördan blev dock till sist avgörande för doktor Borgs möjligheter att stanna kvar i Berga. Tankarna på att söka ett mindre krävande distrikt växte sig allt starkare. Kanske tiden nu var mogen för uppbrott?

18:e Internationella kongressen i kemoterapi, Stockholm, Sverige, 27 juni–2 juli 1993

Den 18:e Internationella kongressen i kemoterapi, ICC 93, hålls i Stockholm 1993. Det vetenskapliga programmet kommer att inriktas på följande områden:

- patogenes vid infektionssjukdomar
- immunförsvar vid infektionssjukdomar och cancer
- cancerkemoterapi
- antibakteriell kemoterapi
- antiviral kemoterapi, inkl HIV/AIDS
- antimykotisk kemoterapi
- immunmodulering
- omvårdnadsfrågor

Kongressens president är Ragnar Norrby, Lund, vice president Jerzy Einhorn, Stockholm, generalsekreterare Lars Åke Pellborn, Stockholm och ordförande i vetenskapliga kommittén Carl Erik Nord, Stockholm. Information om kongressen lämnas av Stockholm Convention Bureau, Box 6911, 102 39 Stockholm, telefon: 08-23 09 90.

FoU-projekt inom primärvården

– en inventering

TOMAS FARESJÖ · KRISTINA DAVIDSON

Det förekommer ett brett spektrum av forsknings- och utvecklingsprojekt inom primärvården, från långsiktiga och renodlade forskningsprojekt till mer avgränsade utvecklingsprojekt och verksamhetsuppföljningar. Det visar en inventering av projekt inom centrala sjukvårdsdistriktet vid Landstinget i Östergötland, som Primärvårdens FoU-enhet i Linköping genomfört. Många olika personalgrupper är också inblandade i projekten, inte minst distriktssköterskor och sjukgymnaster, men distriktsläkargruppen har här fortfarande en tydlig och dominerande roll.

Nyckelord: Primärvård, forskning, utveckling, FoU, projekt, Östergötland

I hälso- och sjukvårdslagen och i HS 90-utredningen (Hälso- och sjukvården inför 90-talet) ställs ökade krav på forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Både Landstingsförbundet och Medicinska Forskningsrådet har uttalat ett starkt stöd för en satsning på FoU-arbete inom primärvården. På många håll i landet pågår också sedan några år en uppbyggnad av FoU-enheter och samhällsmedicinska funktioner inom primärvården. Forsknings- och utvecklingsarbete kommer därför framöver sannolikt att bli en allt vanligare och naturligare del av primärvårdens dagliga verksamhet. Genom bland annat tillskapandet av FoU-enheter i landstingens regi ökar möjligheterna för primärvårdens personal att bedriva och medverka i FoU-projekt.

Tidigare studier av förekomsten av FoU-projekt inom primärvården har visat att det har förelegat stora regionala skillnader i landet när det gäller forsknings- och utvecklingsarbete (2). I en sådan studie framkom till exempel att omkring 17 procent av vårdcentralerna i landet bedrev någon typ av FoU-arbete. Variationerna i aktivitetsnivå i detta avseende kunde främst förklaras med ett varierande lokalt intresse samt skillnader i resurstilldelning och prioriteringar. Det har även genomförts flera mer regionala och lokala inventeringar av FoU-projekt bland annat i Gävleborgs, Malmöhus

och Kristianstads läns landsting (3,4,5). Om man ser till dessa olika studier, så förefaller aktivitetsnivån och andelen vårdcentraler som bedriver FoU-arbete att öka över tiden.

Inventering av FoU-projekt

Denna studie är en inventering av FoU-projekt inom primärvården i Landstinget i Östergötlands centrala sjukvårdsdistrikt, som omfattar Linköping, Åtvidaberg, Kinda och Ydre kommuner. Studien genomfördes vid årsskiftet 1989/90 av Primärvårdens FoU-enhet i Linköping och gäller de forsknings- och utvecklingsprojekt som nu pågår eller som pågått under den senaste 5-års perioden. Syftet med projektinventeringen var att skapa en översiktlig bild av omfattning, inriktning och engagemang i forsknings- och utvecklingsprojekt vid primärvårdens olika basenheter och bland olika personalkategorier. Inventeringen baserades på en enkät som gick ut till ledningen för samtliga vårdcentraler samt till företrädare för mödrahälsovård, barnhälsovård, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Sammanfattningar av den FoU-projekt som inrapporterades i studien har sammanställts och utgivits i en översiktlig projektkatalog (6).

FoU-projekt vid vårdcentralerna

Vid inventeringen av projekt framkom att det nu pågår eller under senare år har pågått totalt 76 olika projekt inom primärvården i centrala sjukvårdsdistriktet vid landstinget i Öster-

götland. Alla 12 vårdcentraler inom sjukvårdsdistriktet bedrev eller har under senare år bedrivit någon typ av FoU-projekt. Däremot varierade antalet projekt ganska kraftigt mellan de olika vårdcentralerna. Här intogs till exempel vårdcentralen i Kisa en särställning, då omkring vart tredje projekt inom det studerade sjukvårdsdistriktet pågår eller har pågått under senare år vid just denna vårdcentral.

I vilken omfattning primärvårdens olika personalkategorier antingen medverkar i eller är huvud- eller medansvariga för i FoU-projekten redovisas i Tabell I. Olika personalgrupper kan medverka i eller ansvara för ett och samma projekt, varför man inte kan summera siffrorna i tabellen.

När det gäller medverkan i FoU-projekt och inte minst vad gäller ansvar och ledning av primärvårdsprojekten, så föreligger det tydliga variationer mellan de olika yrkeskategorierna. Distriktsläkarna medverkar inte bara i ett stort antal av samtliga FoU-projekt, utan de är också i mycket hög grad ansvariga för de projekt som de medverkar i. Distriktssköterskorna medverkar i en stor del av projekten, men de är bara ansvariga för ett fåtal projekt. Undersköterskor och biträdespersonal är en annan grupp som medverkar i ett flertal projekt, men har i princip inget eget ansvar för projekten. Detsamma gäller gruppen läkarsekreterare. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter förefaller vara två mycket aktiva yrkesgrupper är det gäller att bedriva olika typer av utvecklings-

Tabell I. Antal projekt där primärvårdens olika personalkategorier medverkar respektive är huvud- eller medansvariga.

Personalkategori	Medverkan i antal projekt	Huvud-/medansvarig i antal projekt
VÅRD-CENTRAL		
Vårdcentralsledning	21	18
Distriktsläkare	45	39
FV-läkare	2	2
Distriktssköterskor	37	7
Undersköterskor, biträden	12	1
Läkarsekreterare	7	–
Sjukgymnaster	14	8
Arbetsterapeuter	10	6
Laboratorieassistenter	5	3
Dietister	3	1
Övriga	2	1
PRIMÄRVÅRDSLEDNING		
Medicinsk	12	11
Administrativ	3	3

projekt. I drygt hälften av projekten som dessa båda grupper medverkar i är de också huvudansvariga eller medansvariga. En likartad men svagare tendens finner man bland laboratorie-assistenterna.

De olika ledningsfunktionerna inom primärvården avser dels den lokala ledningen på vårdcentralerna (vårdcentralschef, intendent eller expeditionsföreståndare etc) och den centrala medicinska ledningen för primärvården med primärvårdsöverläkare, mödrahälsovårdsöverläkare, barnhälsovårdsöverläkare etc samt primärvårdens administrativa ledning. Ledningarna vid vårdcentralerna medverkar och ansvarar för en hel del FoU-projekt, men både distriktsläkare och distriktssköterskor medverkar i betydligt fler projekt. Den centrala primärvårdsledningen medverkar i ganska begränsad omfattning i FoU-projekten och det gäller särskilt primärvårdens administrativa ledning.

Extern medverkan och ekonomiska anslag till projekten

Till de flesta av primärvårdsprojekten är någon typ av extern medverkan knuten. Det gäller framför allt personal och kompetens från specialistkliniker och universitetsinstitutioner, men det förekommer även i vissa fall extern medverkan till exempel från läkemedelsbolag och kommuner. I omkring en tredjedel av projekten medverkar endast primärvårdens egen personal. Inventeringen visar att flertalet primärvårdsprojekt huvudsakligen bedrivs inom ramen för den vardagliga verksamheten vid vårdcentralerna. Vårdcentralerna har nämligen i ganska begränsad omfattning fått särskilda ekonomiska anslag eller extra personella resurser för att genomföra projekten. Endast omkring en tredjedel av FoU-projekten har erhållit någon typ av extra ekonomiskt stöd i form av ekonomiska anslag till exempel från landstingets särskilda forskningsfond i Östergötland, andra forskningsfonder och forskningsråd eller bidrag från läkemedelsbolag.

Inriktningen på primärvårdsprojekten

Inriktningen på primärvårdsprojekten kan kategoriseras i tre stora huvudgrupper som gäller folkhälsa, sjuklighet och vårdutnyttjande samt vårdens inre arbete och organisation, vilket framgår av Figur 1.

Drygt hälften av primärvårdsprojekten har en inriktning mot vårdens inre arbete och vårdens organisation. FoU-projekt med denna inriktning har ofta en karaktär av utvecklingsarbete och kan gälla till exempel utvärderingar av speciella vårdrutiner eller uppföljningar av vårdorganisatoriska förändring-

ar. Omkring en tredjedel av primärvårdsprojekten är inriktade mot studier av speciella sjukdomar eller befolkningens kontakter med primärvården. Studierna av sjuklighet avser som regel våra stora folksjukdomar som till exempel hjärt-kärlsjukdomar, ryggproblem eller diabetes. Ungefär vart femte primärvårdsprojekt är mer direkt inriktat mot folkhälsa och har en tydlig preventiv inriktning.

Kommentarer

Vid projektinventeringen har det framkommit att det pågår ett relativt stort antal forsknings- och utvecklingsprojekt inom primärvården i denna del av landet. När det gäller kvalitet och vetenskaplig nivå på primärvårdsprojekten så finns det naturligtvis tydliga variationer mellan olika FoU-projekt. Men det är också en styrka för primärvården att man i sin dagliga verksamhet kan inrymma både kvalificerade forskningsprojekt och mer avgränsade utvecklingsprojekt. Det förhållandet att aktivitetsnivån avseende FoU-arbete varierar mellan olika vårdcentraler kan sannolikt förklaras med variationer avseende såväl kompetens, bemanning och intresse som traditioner och prioriteringar på olika vårdcentraler. Man får i detta sammanhang inte heller bortse från betydelsen av pådrivande eldsjäl. Sådana lokala krafter som både besitter intresse, kunskap och fallenhet för FoU-arbete kan i hög grad bidra till att höja aktivitetsnivån när det gäller att starta och driva olika projekt. På samma sätt kan avsaknaden av sådana krafter innebära en lägre aktivitetsnivå. Det kan till exempel konstateras att vid den vårdcentral med den absolut högsta aktivitetsnivån när det gäller FoU-arbete i detta sjukvårdsdistrikt, verkar en av de fåtal disputerade distriktsläkarna i landstinget. Om man vill öka aktivitetsnivån bör man bland annat

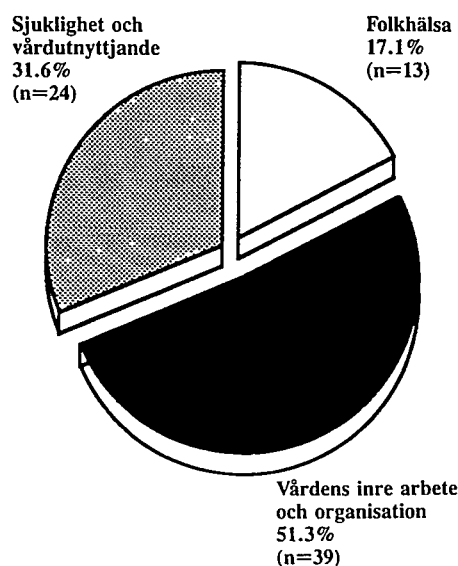
satsa på ett ökat antal disputerade distriktsläkare.

Inventeringen visar också att olika personalkategoriers medverkan i och framför allt ansvar för projekt till stora delar följer ett traditionellt och förväntat mönster när det gäller yrkeshierarkier. Distriktsläkarna medverkar i en stor del av projekten och är i hög utsträckning också ansvariga för projekten, medan till exempel distriktssköterskorna visserligen deltar i en mängd projekt men är medansvariga i endast ett fåtal. Yrkesgrupper som undersköterskor, biträden och läkarsekreterare är i mycket liten omfattning medansvariga för primärvårdsprojekten. Däremot uppvisar de relativt nya yrkesgrupperna inom primärvården, som sjukgymnaster och arbetsterapeuter, en ganska hög aktivitetsnivå avseende FoU-projekt i denna studie. Det kan bland annat vara en avspeglning av dessa gruppers strävan efter egen identitet och roll som yrkesgrupp inom sjukvården. När det gäller olika yrkesgruppers engagemang kan man konstatera, att primärvårdsprojekten i hög grad styrs av personalen på basplanet, då främst distriktsläkarna, snarare än primärvårdsledningen.

Om man ser till inriktningen av projekten framkommer en tydlig bild, där projekt som riktas mot vårdens inre arbete och organisation tydligt dominerar. Detta är inte helt förvånande då en stor del av primärvårdsprojekten är av typ utvecklingsprojekt snarare än renodlade forskningsprojekt. Utvecklingsarbetet i primärvården är ofta inriktat mot att utveckla det inre vårdarbetet eller att följa upp organisatoriska förändringar. De mer traditionella forskningsprojekten finner man inom kategorin sjuklighet och vårdutnyttjande. Dessa utgör omkring en tredjedel av projekten och kan gälla kliniska eller epidemiologiskt inriktade studier av speciella sjukdomar eller studier som belyser befolkningens kontakter med primärvården. Studier som inriktas mot folkhälsa kan antingen vara upplagda som forskningsprojekt eller utvecklingsprojekt och utgör endast omkring en femtedel av samtliga primärvårdsprojekt i denna inventering. Det förhållandet att prevention utgör en av primärvårdens viktiga grundpelare, återspeglas kanske inte ännu fullt ut i antalet projekt med denna inriktning inom primärvården.

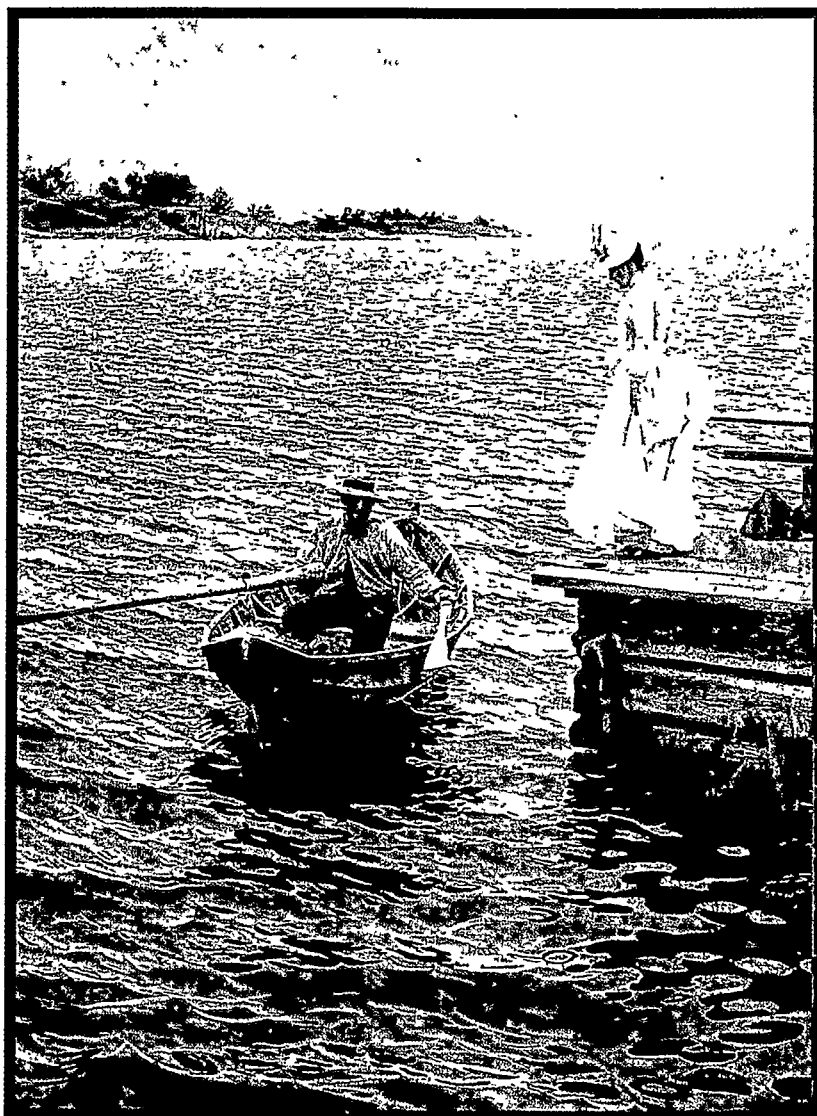
Respekt för forskning

När det gäller FoU-arbete i primärvården kan det ibland vara svårt att särskilja vad som är ett utvecklingsprojekt och vad som i stället snarare ska ses som en reguljär och naturlig process i den dagliga verksamheten. Mycket av det som idag görs avseende till exempel förändring av behand-



Figur 1. Inriktning på primärvårdsprojekten.

Nytt antihypertensivum med tilltalande metabol profil.



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

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

AlfadiL
(doxazosin)



Katalogtext

ALFADIL R. Tabletter 1 mg, 2 mg och 4 mg C02CA04. Blodtryckssänkande medel. Deklaration. 1 tablett à 1 mg innehåller: Doxazosin mesyl. respond. doxazosin. 1 mg, lactos. 40 mg et constit. q.s. 1 tablett à 2 mg innehåller: Doxazosin. mesyl. respond. doxazosin. 2 mg, lactos. 40 mg et constit. q.s. 1 tablett à 4 mg innehåller: Doxazosin. mesyl. respond. 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 farmakokinetiska 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/totalcholesterol 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 tills vidare inte till barn under 12 år. Försiktighet. Tills ytterligare erfarenhet erhållits bör patienter med nedsatt leverfunktion kontrolleras noggrant. Graviditet. Kategori B:3. Se speciellt avsnitt markt [g]. Erfarenheter från människa är begränsade men hitintills har ej någon form av säkerställd störning i reproduktionsprocessen kunnat iakttagas. Fertilitetsstudier på råttor som erhållit höga doser doxazosin har visat reversibla effekter på hanarnas fertilitet (fördröjd ejakulation). Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om doxazosin passerar över i modersmjolk. Biverkningar. Förkommande biverkningar härrör 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. Lufsvägar: Andnöd, nästäppa. Psyk: Fördröjd ejakulation, apati. Urinvägar: Tät trängningar, ökad urinutskrivning. Ögon: Akkommodationsstörningar. Mindre vanliga. Allmänna: Ansikts/generellt ödem, synkope, aniktsrodnad, feber/frossbrytningar, blekhet. Cirk: Postural hypotension, arytm, perifer ischemi, angina pectoris. CNS: Darrningar, muskelstelhet. GI: Anorexi, aptitökning. Hud: Alopeci. Lufsvägar: Näsblood, bronkospasm, hosta, faryngit. Metabol: Törst, hypokalem i, gikt. Muskulatur: Muskel-smärtor, ledsvallnad/ledvärk, muskelsvaghet. Neurol: Smakförändringar. Psyk: Mardrömmar, minnesförlust, känslolabilitet. Urinvägar: Inkontinens, urineringsstörningar, dysuri. Ögon: Onormalt tårflöde, fotofobi. Öron: Susningar. Sällsynta (<1/1000) Cirk: Cerebrovaskulär störning Metabol: Hypoglykemi. Lufsvägar: Struphuvudsöm. Dosering. ALFADIL tabletter ges en gång dagligen. Initialdosen är 1 mg. Dosen kan beroende på terapipåverkan 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 blodtrycksreduktion. Förpackningar och priser. Tabletter 1 mg (vita, runda, präglings CN-1). 28 st (dagmark, tryckpack) 131:70, vnr 157370. 98 st (dagmark, tryckpack) 418:70, vnr 130120. Tabletter 2 mg (vita, avlånga, våldade med skåra, präglings CN-2). 98 st (dagmark, tryckpack) 481:70, vnr 157396. 100 st (glas) 491:20, vnr 157388. Tabletter 4 mg (vita, rombiska, gravyr CN-4). 98 st (dagmark, tryckpack) 557:30, vnr 157784. 100 st (glas) 568:40, vnr 157578.

Pfizer

PFIZER AB, BOX 501, 183 25 TÄBY. TEL. 08-758 01 30.

lingsrutiner eller yrkesfunktioner är ju en form av utvecklingsarbete, men uppfattas inte alltid som utvecklingsprojekt. Detta trots att sådan verksamhet många gånger nog så väl uppfyller kriterier för vad man skulle kunna kalla ett projekt. Det finns nämligen som regel en stor respekt för begrepp som forskning och FoU-arbete bland primärvårdspersonalen. Det utvecklingsarbete man ibland håller på med i den kliniska vardagen betraktar man inte alltid som ett projekt. Man kanske inte alltid heller ser den potentiella utvecklingsmöjligheten att utveckla och bygga vidare och att lägga upp arbetet som ett tydligt utvecklingsprojekt eller varför inte ett mer renodlat forskningsprojekt.

En viktig uppgift för en FoU-enhet inom primärvården i detta sammanhang kan vara att avdramatisera forsknings- och utvecklingsarbetet i primärvården. Men det räcker inte alltid med bara entusiasm och intresse. Det gäller inte minst mer avancerat forskningsarbete där det krävs såväl en egen kunskapsuppbyggnad som stöd

och handledning. Här har också en FoU-enhet en viktig funktion att fylla genom att öka kompetensen i FoU-arbete bland primärvårdens personal bland annat genom handledning och grundläggande kurser i tex forskningsmetodik. Om det vid en arbetsplats pågår olika typer av forsknings- och utvecklingsarbete kan detta leda till positiva effekter för den inre arbetsmiljön. När olika personalgrupper engageras och är delaktiga i FoU-arbete, har man goda förutsättningar att få en spännande och attraktiv arbetsplats för primärvårdens personal.

Referenser

1. Statens Offentliga Utredningar. Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS 90). Huvudrapport SOU 1984:39. Stockholm: Allmänna förlaget.
2. Boström G, Haglund B, Svanström L. FoU-arbeten vid vårdcentraler i Sverige. AllmänMedicin 1983;4:5.
3. Ribacke M. Forsknings- och utvecklingsarbete i primärvården i Gävleborgs läns landsting. AllmänMedicin 1983;4:12-3.
4. West K. Inventering av FoU-arbete vid

vårdcentraler inom Malmöhus läns landsting. AllmänMedicin 1985;6:112-3.

5. Andersson I, Håkansson A, Ejertsson G. FoU i primärvården i Kristianstads läns landsting. AllmänMedicin 1989;10:36-7.
6. Faresjö T, Davidson K. Forsknings- och utvecklingsprojekt inom primärvården 1990 - en inventering i centrala distriktet, Landstinget i Östergötland. FoU-rapport 1990:1. Primärvårdens FoU-enhet/HSC. Linköping.

Författarpresentation

Tomas Faresjö, medicinsk sociolog (fil dr) och chef för Primärvårdens Forsknings- och Utvecklingsenhet i Linköping.

Kristina Davidson, beteendevetare och FoU-sekreterare vid Primärvårdens FoU-enhet i Linköping, Landstinget i Östergötland.

Postadress: Primärvårdens FoU-enhet/HSC, 581 85 Linköping.

1808783

En terapeutisk preliminär

EINAR BJÖRKELUND

Gamla doktorer bär på iakttagelser som sällan blir bearbetade, långt mindre publicerade och går i graven med doktorn. En sådan terapeutisk preliminär presenteras härmed för att bearbetas av vem som vill.

År 1947 kom till min mottagning en 29-årig man och sökte för sin Prurigo eczematodes allergica Besnier, senare döpt till atopiskt eksem. Dess etiologi var då som nu okänd - man vet bara att den har med genetik att göra och står astma och hösnuva nära. Numera vet man också att Ig E hör till bilden. Då som nu behandlas tillståndet med utvärt medel, framför allt med hydrokortison. Om allergologi visste jag vid denna tid inte så mycket. Jag lärde känna en utländsk allergolog, det uppstod samarbete och av honom fick jag rådet att ge min patient egenblodinjectioner. Han finns nu inte kvar bland oss och jag har genom åren inte sett metoden publicerad. Det tillgär så att man tar venblod från patienten och ger det i intramuskulär injek-

tion i höftmuskulaturen. Man börjar med 0.5 ml och ökar successivt en gång i veckan med 0.5 ml till 5 eller högst 10 ml. Man tillfogar med andra ord patienten ett hematom. Sedan ger man denna dos var eller varannan vecka under en längre tid. Ofta rör det sig om 30 injektioner, ibland ännu fler.

Genom åren har jag på detta sätt behandlat ett tiotal patienter. Inga biverkningar har märkts och samtliga har blivit symptomfria. Särskilt minns jag en 25-årig fru, som hade ett av sjukdomen vanställt ansikte. Det var en upplevelse att se det vackraste ansikte växa fram under behandlingens gång. Sedan januari 1989 har jag under vård en 23-årig kvinna, som haft eksem sedan spädd ålder, mest i knä- och armveck. Anlitat specialist, testats men ej reagerat. Har av fackmannen fått kortison, både lokalt och systemiskt "Som mest sex tabletter Betapred per dag, hade då eksem överallt". Har under sistlidna 1.5 år av mig fått

40 egenblodinjectioner och är nu läkt. Man gör klokt i att från början göra klart för sig och patienten att det tar månader eller år, innan effekt är att vänta. Intet hindrar att annan, lokal behandling fortsätter medan kuren pågår. Resultatet brukar bli bestående. Vad som skett bakom kulisserna är det väl ingen som vet. Hur metoden kom till är mig obekant. Kanske såg den dagen vid en tid när man sysslade med "ospecifik hyposensibilisering" och man gav injektioner med mjölk, svavel, Omnadin, bakterievaccin m m. Metoden torde kunna betecknas som den vänligaste av dem alla.

Skall man sedan se på vad kalaset kostar och jämföra med priset för kortison genom åren, behöver det inte bli dyrare än en enda vård dag i slutet vård av idag.

Författarpresentation

Einar Björkelund, praktiserande läkare

Postadress: Bantorget 3, 222 29 Lund.

FLUANXOL®

(flupentixol)

Neuroleptikum som i låga doser (1-2 mg/dag)
vid psykiska insufficienstillstånd
har effekt på depression och ångest

- ★ Snabbt insättande effekt
- ★ **Inget beroendeframkallande**
- ★ Låg biverkningsfrekvens

Tabletter 0,25, 0,5, 1 mg

Se även FASS

PRIMPERAN®

(metoklopramid)

Antiemetisk effekt **plus** motilitetsfrämjande effekt
inom ventrikel-, duodenum- och tunntarmsområdet

Suppositorierna är ett bra alternativ då patientens kräkningar
försvårar antiemetikabehandlingen.

Suppositorier, tabletter, mixtur,
injektionsvätska, infusionskoncentrat

Se även FASS

The logo for Lundbeck, featuring the company name in a stylized, handwritten-style script.

H. Lundbeck AB, Box 23, 250 53 HELSINGBORG. Tel 042-20 13 60

Family Medicine

PETER R WILLIAMS

Oxford: Oxford University Press, 1989.
108 sidor.

Här är ännu en bok i "Oxford general practice series". Några av de övriga har tidigare recenserats i AllmänMedicin.

Också den här boken har hög kvalitet och präglas av bästa brittiska allmänläkartradition. Det är en spännande bok som ger ny kunskap. Här ges, i korta lättlästa kapitel, praktiskt anknuten kunskap i ämnet familjemedicin.

Syftet med boken är att lära allmänläkare att upptäcka, förstå och arbeta med familjeproblem. Problem som presenteras som den enskilde individens kan på så sätt bli förstådda och behandlade.

Boken inleds med en kunskapsöversikt, där resultat inom forskningsområdet presenteras. Huvuddelen av boken beskriver hur allmänläkarna kan arbeta med hela eller delar av familjen. Enkla metoder som är användbara i allmänläkarens vardag presenteras. Att upprätta genogram avslöjar mönster genom generationer. Att rita "familjehjul" tillsammans med familjen är att förtydliga relationerna mellan familjemedlemmarna. Prevention av familjeproblem diskuteras. Familje "Apgar" presenteras. Genom att gradera fem frågor, kan man mäta hur familjen fungerar.

I förordet sägs att familjemedicin är en utmaning som liknar diagnostik av depressioner. Båda är tillstånd som presenteras i kroppslig förklädhet eller med undanhållna symtom. Få allmänläkare är vana att arbeta med familjer. Efter att ha läst den här boken, tycker jag att vi borde göra det oftare.

Malin André

Postadress: Vårdcentralen Britsarvet, Box 712, 791 29 Falun.

A textbook of Family Medicine

IAN R McWHINNEY

New York: Oxford University Press, 1989.
380 sidor.
ISBN 0 19 505037 1

Det här är andra upplagan av McWhinneys lärobok i familjemedicin. Den första utkom redan 1981 och hade titeln "Introduction to Family Medicine". Tyvärr läste jag aldrig den och kan således inte göra någon jämförelse.

Den aktuella boken är uppdelad i fyra delar, benämnda "Basic Principles", "Clinical Problems", "The Practice of Family Medicine" och "Education and Research".

Den första delen upptar ungefär 60 procent av boken och är den del som gör boken värd att läsa. Här kan den blivande allmänläkaren indoktrinera sig i familjemedicin och den mer erfarna distriktsläkaren friska upp sin ideologi. Många kapitel i denna del är i mitt tycke alldeles utmärkt. Författaren redogör mycket genomtänkt för familjemedicinens basala principer. I bokens centrala kapitel behandlas den patientcenterade kliniska metoden. Författaren har här hämtat inspiration från såväl Balint som Sackett. I kapitlet om prevention har jag till min glädje funnit definitioner på termerna *effectiveness*, *efficacy* och *efficiency*. En annan detalj är att man i Nordamerika inte anser det meningsfullt att screena för diabetes mellitus, med undantag för graviditeten.

Den andra delen behandlar fem vanliga kliniska problem sedda från allmänläkarens synvinkel. I tur och ordning behandlas halsfluss, huvudvärk, trötthet, hypertoni och diabetes. Styrkan i dessa kapitel är allmänläkarperspektivet och författaren refererar i första hand till studier gjorda i allmänpraxis.

Den tredje delen handlar om hur man praktiserar familjemedicin i Nordamerika och har inte mycket att ge en svensk läsare.

Den sista delen är kort och fragmentarisk. För den som vill läsa mera utförligt om forskning i allmänmedicin, vill jag istället rekommendera två aktuella brittiska böcker: "Research in General Practice" av Howie och "Research Methods for General Practitioners" av Armstrong, Calnan och Grace.

Sammanfattningsvis har vi här en bok med en väl genomtänkt familjemedicinsk ideologi, en bok som är väl värd att läsa för såväl den blivande som den erfarna allmänläkaren.

Anders Håkansson

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

Julie är död

KARSTEN HOLM

Översättning: Björn och Ingeborg Hellberg

Stockholm: Almqvist & Wiksell Läromedel AB, 1990.

Pris: 205 kronor. 108 sidor.
ISBN

Författaren är dansk psykolog och beskriver sin och hustruns reaktion på den sexåriga dotterns oväntade död. De första två tredjedelarna av boken beskriver upplevelsen och resten är en genomgång av krisen som process, dess perioder och utveckling.

Genom att skriva om sina egna känslor i orimlad versform, lyckas han förtäta ett halvårigt, smärtsamt förlopp till några lättlästa sidor. Man kan väl uppleva de känslor av aggressivitet, ångest och sorg som han beskriver. Han beskriver mycket talande det bristande stöd sjukvården ofta ger anhöriga vid dödsfall, vår iver att dämpa känslouttryck med Valium.

Den teoretiska genomgången av krisen och dess uttryck är gjord på ett lättfattligt men ändå uttömmande sätt. Han visar också på hur vi lättare kan hjälpa människor i kris, bland annat genom att våga tränga oss på.

I dagens samhälle talar vi sällan om döden eller om andra krisframkallande händelser, vi har dålig beredskap att möta vår egen och andras kris. Ändå riskerar vi alla (om vi inte helt skärmat av oss) att förlora det vi älskar och därmed hamna i en kris. Därför är det välkommet att få läsa en "professionells" reaktioner på det han så väl skall kunna och ta del av de erfarenheterna. Boken är läsvärd både före och efter en kris och rekommenderas varmt till alla.

Anders Beckman, FV-läkare i Malmö

Postadress: Odonvidegatan 7 G, 212 31 Malmö.

När ångest slår knut på livet.

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



LO-41.08

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

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

Sobril®

Oxazepam, tabletter 5, 10, 15 och 25 mg.

Dämpar ångest, dag som natt.

KABI
Pharma

Tel 08-705 40 00

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

Klinisk näringslära – kost vid sjukdom

IB HESSOV
LARS OVESEN

Stockholm: Esselte Studium, 1990.
Pris: 270 kronor. 165 sidor.
ISBN 91 24 35039 7

Klinisk Näringslära är en kortfattad bok om ett angeläget ämne. Många patienter har befunnits lida av undernäring på svenska sjukhus, samtidigt som övernäring eller felaktigt näringsintag beräknas vara orsaker till en stor del av välfärdssamhällets sjukdomar. Klinisk nutrition ingår i alltför liten del i sjukvårdsutbildningen i förhållande till behovet av kost- och nutritionskunskaper hos den kliniskt verksamma läkaren och sjuksköterskan. Det har också saknats en skandinavisk lärobok i ämnet.

Efter en snabb genomgång av normalkostens sammansättning och aktuella näringsrekommendationer, tar författarna upp bokens ämne. Först beskrivs kroppens reaktion på trauma och sjukdom generellt, därefter undersökningsmetodik och kontroll av näringsintag för bedömning av nutritionsbehov och nutritionsmetod. De olika nutritionsmetoderna och nutritionsbehoven vid olika sjukdomstillstånd beskrivs. Slutligen avhandlas interaktion mellan nutrition och läkemedel och toxicitet vid vitaminbehandling. Boken riktar sig till läkare, sjuksköterskor och kliniska dietister och förutsätter baskunskaper i biokemi, fysiologi och sjukdomslära. Tyvärr är bokens språk, framför allt i kapitlet om kroppens reaktion på fasta, trauma och sjukdom onödigt tillkrånglat och svårförståeligt. Boken ger trots sitt sparsamma omfång, en relativt god orientering inom de viktiga områdena av klinisk näringslära. En del språkliga fel och konstigheter skymmer dock det goda intrycket. Att potatisskörden på Irland i mitten av 1800-talet innehöll 75 procent vatten, tror jag inte författarna menar. Det heter tuberkulintest, inte tuberkelintest, och varför skriva H₂O-lösning när man i stycket ovanför skriver vattenlösning? I kapitlet om interaktion mellan nutrition och läkemedel saknar jag ergotaminets biverkning i form av viktuppgång vid långvarigt bruk. För övrigt är kapitlet bra och ger god och tankvärd information. I vitaminbehandlingskapitlet anger man att det saknas hållpunkter för att pyridoxinbehandling kan ha effekt vid premenstruellt syndrom. En svensk undersökning har dock visat signifikanta

skillnader till fördel för pyridoxinbehandlingsgruppen. Författarna är verksamma i Danmark och via fotnoter meddelas ibland att behandlingsterapin kan skilja något mellan Sverige och Danmark. Om detta är författarnas eller översättarens anmärkningar framgår dock ej.

Sammanfattningsvis tycker jag att det är en bra och kortfattad, orienterande bok i klinisk näringslära. Det finns ett stort behov av litteratur i ämnet. Boken skulle må bra av språklig putsning.

Cecilia Björkelund

Postadress: Studenthälsovårdsmottagningen, Box 20,
751 03 Uppsala.

Catrine och rättvisan

HANNA OLSSON

Helsingborg: Carlson Bokförlag,
1990.
Pris: 190 kronor. 221 sidor.
ISBN 91 7983513

Styckmordsrättegången behandlade det mänskligt outhärdliga. Det är naturligt att stänga ute och värja sig emot detta som verklighet. Men det man blundar för kan man inte handskas med. Det är den ena utgångspunkten för Hanna Olssons belysning av rättsprocessen. Solidariteten med offret och dess anhöriga är den andra och den genomsyrar hela boken.

Som sekreterare i prostitutionsutredningen har författaren förvärvat kunskaper och insikter. Prostitutionen ses som en spegling av vårt samhälle och förhållandet mellan könen. I rätten ställs offret, den prostituerade narkomanen, mot välutbildade läkare. Offret förblir dock osynligt. Den anklagade tillhör samma kön och samhällsskikt som rättsväsendets funktionärer. Åkagare Helin talar om en "fair" rättegång. Hanna Olsson reflekterar, vrider och vänder på detta uttalande. Ett fåtal av de prostituerade som lämnat uppgifter till förundersökningen får komma till tals i rätten. Massmedia andas därför en viss förundran när en av dessa uppträder med en självklar rättframhet inför rätten. "Hennes utsaga var logisk och glasklar."

Detsamma kan sägas om Hanna Olssons genomgång av den snåriga rättsprocessen. Språket är enkelt, sakligt, genomarbetat och nästan vackert. Kontrasten mot innehållet i texten är förunderlig. Det blir särskilt tydligt i beskrivningen av den prestigefyllda akademiska striden kring om det rör-

de sig om en aggressiv eller defensiv styckning.

Kvarstår gör dock en del gåtor. Vad var till exempel motivet till den journalistiskt lömska bragden att få nämndemännen att i förtid tala bredvid mun?

Namnen på läkarna publiceras inte och boken får därför en mera allmän-giltig karaktär.

Boken är en bra bakgrund till debatten inom läkarförbundet om de anklagades legitimation.

Läsningen är ibland smärtsam och motbjudande – för den som inte väljer att blunda.

Peter Olsson, distriktsläkare

Postadress: Tullgårdens vårdcentral, 371 00 Karlskrona.

Den ofödda människan

HUGO LAGERCRANTZ

Stockholm: Norstedts förlag, 1989.
Pris: 190 kronor. 151 sidor.
ISBN 91-1-883782-4

Detta är en bok som handlar om fostrets utveckling och dess omställning vid födelsen, samt till stor del om den forskning som bedrivs inom detta område. Mycket av det vi vet idag var okänt så sent som för 20 år sedan. Tack vare all medicinsk teknologi, som ultraljudsdiagnostik, foster-vattenanalys, CTG-registrering och pH-analys, vet vi mycket om hur fostret mår i fosterlivets olika skeden. Vi känner till hur de inre organen mognar och vad vi skall observera efter en för tidig födsel. Många för tidigt födda barn räddas numera till ett normalt liv.

Kapitlet om hjärnans utveckling, dess sårbarhet och förmåga till omstrukturering vid eventuella skador var mycket intressant. Avsnitten om fostrets temperatur, gångrörelse, dykreflexer, andningsrörelser och stress vid födelsen var också bra. Mindre givande var ansnittet om hur man undersöker fostrets arvsmassa. Vissa illustrationer var lite väl avancerade och svårförståeliga. Boken vänder sig i första hand till blivande och nyblivna föräldrar. Vår uppfattning är emellertid, att den är något för komplicerad för lekmän. För oss barnmorskor var den mycket lättläst, över-skådlig och intressant. Vi tycker, att den skall finnas som stöd för oss i för-

äldreundervisningen. Ju mer vi kan lära de blivande föräldrarna om det intrauterina livet, desto mer rädda om sin graviditet blir de förhoppningsvis. En annan viktig målgrupp är personalen inom neonatalvården.

Inger Löfgreen och Margareta Svartling, barnmorskor.

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

Det kliniska prövningsprojektet – Planering och genomförande

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

Kursen består av korta föreläsningar och ett projektgruppsarbete, där deltagarnas uppgift är att driva ett kliniskt prövningsprojekt från fas II till registrering. De olika aktiviteterna knyter an till ett modellprojekt, som så långt möjligt efterliknar verkligheten. Projektet belyses ur olika vinklar, t ex medicinska, etiska, metodologiska, statistiska och planeringsstrategiska.

Kursen vänder sig till personer som har grundutbildning i och erfarenhet av klinisk läkemedelsprövning.

Tid och plats: 24–26 april 1991, Aspenäs, Lerum.

Anmälan före den 25 februari 1991.

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

Författarregister 1990

LB 06542

Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1990. Sorterade efter första författare.

Ahlzén E. Sundström-Feigenberg K. När livet var som bäst – kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn. AllmänMedicin 1990;11:174. SEARCH WORDS: Familjeplanering, fertilitet, kvinnor, intervju/enkätundersökningar, recensioner.

Andersson B, Hesslid I, Westin K. Upplevelse av symtom på utbrändhet – en jämförelse mellan sjuksköterskor i privat och offentlig vård. AllmänMedicin 1990;11:25-8. SEARCH WORDS: Sjuksköterskor, intervju/enkätundersökningar, utbrändhet.

Andersson C. Medicinska och sociala konsekvenser av akut intermitterant porfyri. Porfyriundersökning i Arjeplog 1989-90. AllmänMedicin 1990;11:19-20. SEARCH WORDS: Forskning, fallstudier, porfyri, Arjeplog.

Andersson D. Tibblin G, Haglund G (red). Allmänmedicin. AllmänMedicin 1990;11:88. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, recensioner.

Andersson I. Andersen HB, Eriksen J, Hauberg Johansen S (red). Smarter og smertebehandling. AllmänMedicin 1990;11:131. SEARCH WORDS: Smärta, recensioner.

Andersson S. Kan lidande ha en mening? AllmänMedicin 1990;11:62. SEARCH WORDS: Livskvalité, hälsa, debatt, lidande.

André M. Referat från konferens om kvinnliga läkares villkor. AllmänMedicin 1990;11:78-9. SEARCH WORDS: Läka-re, kvinnor, jämställdhet, könsroller, kongressrapporter.

André M. Wallenberg J. Förnyat arbetsliv? Om personalinflytande i offentlig sektor. AllmänMedicin 1990;11:176. SEARCH WORDS: Administration, recensioner.

Andreasson Å. Handläggning av tyreoidasjukdom i primärvården. AllmänMedicin 1990;11:16-7. SEARCH WORDS: Primärvård, hypertyroidism, utvärderingsstudier, struma.

Arborelius E, Timpka T. En jämförelse av patienters och läkares kommentarer av videoinspelade läkarbesök. AllmänMedicin 1990;11:163-6. SEARCH WORDS: Läkare-patientrelationer, forskning, kommunikationssvårigheter.

Asplund B. En novembervecka. AllmänMedicin 1990;11:36. SEARCH WORDS: Distriktsläkare, dagböcker.

Axelsson I-M, M:son-Dahlblerg L, Öjlert S. Är kontroll efter okomplicerad nedre urinvägsinfektion nödvändig? AllmänMedicin 1990;11:85-6. SEARCH WORDS: Urinsystemet, infektioner, klinisk forskning, UVI.

Bengtsson C. FoU-verksamhet vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg. AllmänMedicin 1990;11:51-6. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, forskning, utbildning, Göteborg.

Bengtsson C. Felodipine som tillägg till metoprolol vid behandling av hypertoni – en multicenterstudie genomförd på 23 svenska vårdcentraler. AllmänMedicin 1990;11:114. SEARCH WORDS: Hypertoni, läkemedelsterapi, forskning, multicenterstudier.

Bengtsson I. Hundar får också hjärtinfarkt. AllmänMedicin 1990;11:20. SEARCH WORDS: Fibrer, kolesterol, hundar.

Bengtsson K. Ljungberg B, Tunving K, Andersson B. Rena sprutor till narkomaner – HIV-förebyggande åtgärder enl Lundamodellen. AllmänMedicin 1990;11:130. SEARCH WORDS: Drogmissbruk, prevention, recensioner.

Bergstad B, Ribacke M. Utbildning i allmänmedicin – internat för FV-läkare. AllmänMedicin 1990;11:186. SEARCH WORDS: Allmänläkare, utbildning.

Bergstad B, Åbom B. Allmänläkaren som praktiker och forskare. Föreläsning när SFAM Gävleborg bildades. AllmänMedicin 1990;11:137-8. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, kongressrapporter, SFAM.

Björkelund C. Rapport från skolläkarmöte i Sundsvall 18-19 januari 1990. AllmänMedicin 1990;11:104. SEARCH WORDS: Skolhälsovård, hälsoprogram, allergi, Sundsvall.

Breitholtz B. Examen i allmänmedicin. Handledaryttrande. AllmänMedicin 1990;11:121. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Brydolf G. Pratbubblan som sprack. AllmänMedicin 1990;11:57-8. SEARCH WORDS: Utbildning, debatt.

Cars H. Lööf-Johanson M. Hälsoarbete. AllmänMedicin 1990;11:172. SEARCH WORDS: Hälsoupplysning, recensioner.

Dahl G. Intervention vid tidiga alkoholproblem – en pilotstudie. AllmänMedicin 1990;11:81-5. SEARCH WORDS: Alkoholism, intervention, primärvård, forskning.

Dahl G. Nordén Å (red). Alkohol som sjukdomsorsak. AllmänMedicin 1990;11:220. SEARCH WORDS: Alkoholism, recensioner.

Dufmats H. Akupunkturbehandling av smärtpatienter. AllmänMedicin 1990;11:100. SEARCH WORDS: Akupunktur, debatt.

Ekdahl C. Höök O (red). Medicinsk rehabilitering. AllmänMedicin 1990;11:131. SEARCH WORDS: Rehabilitering, recensioner.

Engberg G. Vi måste lära våra kroniska smärtpatienter att ta ansvar för sig själva! AllmänMedicin 1990;11:14. SEARCH WORDS: Smärta, behandling, debatt.

Englund L. Lewit K. Manipulationsbehandling vid rehabilitering av rörelseapparaten. AllmänMedicin 1990;11:260. SEARCH WORDS: Störd rörelseförmåga, ortopedisk medicin, rehabilitering, recensioner.

Englund O. Specialistutbildningen. Handledning – erfarenheter och framtidsvisioner. FV-handledning i Jämtlands län. AllmänMedicin 1990;11:69. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare, handledning.

- Eriksson UL.** Backman J. Att skriva och läsa vetenskapliga rapporter. AllmänMedicin 1990;11:174-5. SEARCH WORDS: Rapportskrivning, recensionier.
- Fahlén G, Hammarström L.** Hur påverkas våra levnadsvanor tre år efter Tjernobylolyckan? AllmänMedicin 1990;11:34-5. SEARCH WORDS: Kostvanor, livsstil, intervju/enkätundersökningar, Tjernobylolyckan.
- Furhoff A-K.** Vad ska vi göra med amalgampatienterna? AllmänMedicin 1990;11:92-3. SEARCH WORDS: Oral galvanism, behandling, debatt, ledare, amalgam.
- Furhoff A-K.** Examen i allmänmedicin. Genomgång av litteratur. AllmänMedicin 1990;11:116. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.
- Gamstedt A, Nilsson M.** Kombination av insulin och sulfonureid vid behandlings-svikt med peroral diabetesmedel. AllmänMedicin 1990;11:246-8. SEARCH WORDS: Diabetes mellitus, läkemedels-terapi, klinisk forskning, Örebro.
- Gudjonsson S, Lindblad U.** Remisser från vårdcentral till öronklinik. AllmänMedicin 1990;11:151-2. SEARCH WORDS: Samarbete, remisser, primärvård, öronklinik, registerstudier, otorinolaryngologi, forskning, ÖNH.
- Hallberg H, Jaenson E.** Empati och läkekonst. Några intryck från Balint-kongressen i Stockholm. AllmänMedicin 1990;11:75-8. SEARCH WORDS: Balintgrupper, läkare-patientrelationer, kongressrapporter, empati.
- Hellénius M-L.** Stort behov av utbildning i prevention av hjärt/kärlsjukdom. AllmänMedicin 1990;11:31-2. SEARCH WORDS: Hjärt/kärlsjukdomar, prevention, primärvård, utbildning.
- Henricson B.** Databasen Spriline. AllmänMedicin 1990;11:10. SEARCH WORDS: Databaser, informationsåtervinningssystem, hälso- och sjukvård, Spriline.
- Hermansson I.** En kärna eller hela frukten. AllmänMedicin 1990;11:13. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, debatt.
- Hermansson I.** Doktor Anton Tjehov och allmänmedicinen. Skönlitteratur som väg till människokunskap. AllmänMedicin 1990;11:123. SEARCH WORDS: Allmänläkare, humanism, debatt, skönlitteratur, människokunskap.
- Hey M.** Allmänläkarnas efterutbildning. AllmänMedicin 1990;11:59. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare.
- Hey M.** Information om Sydsvenska Allmänläkarklubben inför 1990/91. AllmänMedicin 1990;11:149. SEARCH WORDS: Allmänläkare, kongressrapporter.
- Hultsten K.** Rehabilitering – återgång i arbete. AllmänMedicin 1990;11:182. SEARCH WORDS: Rehabilitering, debatt.
- Håkansson A.** Forskning i europeisk allmänmedicin. Rapport från EGPRW-möte i Ungern. AllmänMedicin 1990;11:204-5. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, kongressrapporter, EGPRW, Ungern.
- Håkansson A.** Aquilonius S-M, Fagius J (red). Neurologi. AllmänMedicin 1990;11:258. SEARCH WORDS: Neurologi, recensionier.
- Håkansson A.** Höjer B, Höjeberg P. Friska barn och sjuka. AllmänMedicin 1990;11:61. SEARCH WORDS: Barn, sjukdomar, recensionier.
- Håkansson A.** Köhler L (red). Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. AllmänMedicin 1990;11:254. SEARCH WORDS: Barn, föräldrar, hälsa, livskvalitet, recensionier.
- Håkansson A.** Lundborg G. Handkirurgi – en introduktion. AllmänMedicin 1990;11:172. SEARCH WORDS: Händer, kirurgi, recensionier.
- Håkansson A.** MacFarlane A, Sefi S, Cordeiro M. Child Health: The screening tests. AllmänMedicin 1990;11:175. SEARCH WORDS: Screening, recensionier.
- Håkansson A.** Matell G, Reichard H. Akutmedicin. AllmänMedicin 1990;11:42. SEARCH WORDS: Akutvård, recensionier.
- Håkansson A.** Schoultz von B. Gynekologi i öppen vård. AllmänMedicin 1990;11:172. SEARCH WORDS: Gynekologi, primärvård, recensionier.
- Håkansson A.** Sjöberg C, Thunberg B. Miljöboken. AllmänMedicin 1990;11:132. SEARCH WORDS: Miljö, miljöförstöring, recensionier.
- Håkansson A.** Thune Jacobsen E (red). Børn i sundhedsvæsenet – om organisation af den sundhedsmæssige indsats i sygehushvæsen og primær sektor. AllmänMedicin 1990;11:35. SEARCH WORDS: Barn, hälso- och sjukvård, recensionier.
- Ivarsson I-K, Thimansson H.** Frågade distriktsläkaren sin blivande hjärtinfarkt- eller lungcancerpatient om han/hon rökte? AllmänMedicin 1990;11:250-1. SEARCH WORDS: Epidemiologi, riskfaktorer, rökning, hjärtinfarkt, cancer, registerstudier, Höör.
- Jaenson E.** Specialistutbildningen. Handledning – erfarenheter och framtidsvisioner. Specialistutbildningen i allmänmedicin från Malmös horisont. AllmänMedicin 1990;11:69-70. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare, handledning.
- Jaenson E.** Irritabel colon – två fallbeskrivningar. AllmänMedicin 1990;11:211-3. SEARCH WORDS: Diarré, colit, psykoterapi, irritabel colon.
- Johansson L, Lindqvist J.** Tre års uppföljning av viktgrupper. AllmänMedicin 1990;11:206-7. SEARCH WORDS: Viktminskning, gruppterapi, uppföljningsstudier.
- Johansson Y.** Specialistutbildningen. Handledning – erfarenheter och framtidsvisioner. Handledning i Medelpad. Struktur – process. AllmänMedicin 1990;11:70-1. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare, handledning.
- Jokumsen J.** Ihse I, Sjö Dahl R, Bodemar G. Gastrointestinal diagnostik – en symptom-baserad lärobok. AllmänMedicin 1990;11:256. SEARCH WORDS: Tarm-sjukdomar, mage, diagnos, recensionier.
- Jonsson GG, Öreberg M, West K.** Rapport från Hörby marknad. AllmänMedicin 1990;11:106-8. SEARCH WORDS: Primärvård, prevention, Hörby.
- Jönsson RG.** Fagrell B (red). Lärobok i medicinsk angiologi. AllmänMedicin 1990;11:258. SEARCH WORDS: Kärl-sjukdomar, recensionier, angiologi.
- Karlberg L.** Specialistutbildningen. Handledning – erfarenheter och framtidsvisioner. Allmänmedicin i Stockholm. AllmänMedicin 1990;11:71-4. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare, handledning.
- Karlsson T.** Examen i allmänmedicin. Skriftlig dokumentation. AllmänMedicin 1990;11:120. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.
- Krantz G.** Primärvård i Ungern – några reseintryck. AllmänMedicin 1990;11:183-4. SEARCH WORDS: Primärvård, internationellt utbyte, Ungern.
- Larsson A.** Sen diagnos av Lues. AllmänMedicin 1990;11:234. SEARCH WORDS: Veneriska sjukdomar, diagnos, lues.
- Larsson B.** Den brinnande distriktsläkaren. AllmänMedicin 1990;11:113. SEARCH WORDS: Allmänläkare, debatt, stressreaktioner, psykologiska faktorer.
- Larsson S.** Att vara allmänläkare vid kvartersakut i Stockholms innerstad. AllmänMedicin 1990;11:192-3. SEARCH WORDS: Allmänläkare, arbetsbelastning, arbetsorganisation.
- Larsson S, Troein M.** Nyheter om specialistutbildningen i allmänmedicin. AllmänMedicin 1990;11:138. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, medicinsk utbildning.
- Lenhoff K.** Sjölenius B (red). Hälso- och sjukvårdsrätt. Del 1 och 2. AllmänMedicin 1990;11:219. SEARCH WORDS: Hälso- och sjukvård, lagstiftning, recensionier.
- Lindman A, Widäng K.** Arbetsformer – dags för nya grepp. AllmänMedicin 1990;11:140. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, arbetsformer, debatt.
- Lindskog U, Bremberg S.** Elever med MBD – hur spåras de? AllmänMedicin 1990;11:160-1. SEARCH WORDS: Skolbarn, perception, forskning, diagnos, terapi, MBD.
- Londré S.** Dagboken. AllmänMedicin 1990;11:166-8. SEARCH WORDS: Distriktsläkare, arbetsbelastning, dagböcker.
- Löfvander M.** Sjuk- och hälsovård för invandrare. Från Rinkeby till London – rapport från en studieresa. AllmänMedicin 1990;11:38-41. SEARCH WORDS: Invandrare, primärvård, översiktsartiklar, England.
- Mattsson B.** Cullberg J. Dynamisk psykiatri. AllmänMedicin 1990;11:220. SEARCH WORDS: Psykiatri, recensionier.

Mostförm P. Screening för diabetes mellitus vid vårdcentral. *AllmänMedicin* 1990;11:159-60. SEARCH WORDS: Diabetes mellitus, screening, prevention, Piteå.

Måwe U. Examen i allmänmedicin. *AllmänMedicin* 1990;11:115. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Mölstad CM. Hulter-Åsberg K. ADL-trappan. *AllmänMedicin* 1990;11:258. SEARCH WORDS: Geriatrik, recension, forskning, ADL-index.

Mölstad S. Antibiotic usage and betalactamase production in respiratory tract bacteria. *AllmänMedicin* 1990;11:148-9. SEARCH WORDS: Antibiotika, resistens, betalaktamase, förskrivningsmönster, luftvägsinfektion, daghemsbarn, doktorsavhandlingar.

Nerbrand C. Troein M. Rapport från en workshop i London, 30 maj – 3 juni 1990. "Strategies, methods and assessment of vocational training and continuing education of general practitioners". *AllmänMedicin* 1990;11:227-8. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, internationella jämförelser, kongressrapporter, London, utbildning.

Nilsson IL. Specialistutbildningen. Handledning – erfarenheter och framtidsvisioner. Piteå – blivande distriktsläkares Klondike? *AllmänMedicin* 1990;11:74. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare, handledning.

Nilsson P. Kommundiagnostik i grundutbildningen av läkare. *AllmänMedicin* 1990;11:196. SEARCH WORDS: Samhällsdiagnos, medicinsk utbildning, kommundiagnos.

Nordenhäll C. Examen i allmänmedicin. Levnadsbeskrivning. *AllmänMedicin* 1990;11:116. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Nordling B. Alho A, Benum P, Langeland N. Skadekirurgi. *AllmänMedicin* 1990;11:256. SEARCH WORDS: Kirurgi, olycksfall, recensioner, skadekirurgi, traumatologi.

Olofsson C. Framtida ADB-verksamhet för socialförsäkringen – bakgrund, utveckling och framtid. *AllmänMedicin* 1990;11:245-6. SEARCH WORDS: Sjukförsäkring, FAS 90, basdata, ADB-system, statistik.

Olsson B. Hur upplevs deltagande i riskfaktorscreening? *AllmänMedicin* 1990;11:144-7. SEARCH WORDS: Screening, riskindex, debatt.

Olsson B. Examinandernas syn på deltagande i examen. *AllmänMedicin* 1990;11:235-7. SEARCH WORDS: Examination, allmänläkare.

Olsson P. Almind G, Bruusgaard D, Bentzen N, Hovellius B. (reds.) Forskning i nordisk allmänmedicin. *AllmänMedicin* 1990;11:41-2. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, forskning, recensioner.

Olsson P. Björgell P, Björgell A. Jourläkarboken. *AllmänMedicin* 1990;11:88. SEARCH WORDS: Akutvård, recensioner.

Olsson P. Dahlbom-Hall B. Lära läkare leda. *AllmänMedicin* 1990;11:175-6. SEARCH WORDS: Ledarskapsfrågor, recensioner.

Olsson P. Köhler L (red). Folkhälsovetenskap – ett nordiskt perspektiv. *AllmänMedicin* 1990;11:176. SEARCH WORDS: Public health, forskning.

Petersson C. Respektera tomheten! – Några tankar om kunskap. *AllmänMedicin* 1990;11:180. SEARCH WORDS: Debatt, kunskap, tyst kunskap, kvalitet, ledare.

Petersson C. Armstrong D, Calnan M, Grace J. Research methods for general practitioners. *AllmänMedicin* 1990;11:254. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, forskning, recensioner.

Petersson C. Markus A-C, Murray Parkes C, Tomson P, Johnston M. Psychological problems in general practice. *AllmänMedicin* 1990;11:132. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, recensioner.

Recht L. Mörk Hansen T. Reumatologi. *AllmänMedicin* 1990;11:32. SEARCH WORDS: Reumatism, behandling, recensioner.

Ribacke M. "Ansaret för äldreomsorgen". Remissvar. *AllmänMedicin* 1990;11:5. SEARCH WORDS: Äldreomsorg, remissvar.

Ribacke M. Nytt från SFAM. *AllmänMedicin* 1990;11:93. SEARCH WORDS: Utbildning, allmänmedicin.

Ribacke M. SFAMs rådgivande organ för läkemedelsstudier i primärvård. *AllmänMedicin* 1990;11:227. SEARCH WORDS: Läkemedel, utvärderingsstudier, primärvård, läkemedelsstudier.

Risberg G. Rehabilitering – till nytta för vem? *AllmänMedicin* 1990;11:96-7. SEARCH WORDS: Rehabilitering, debatt, Umeå.

Risberg G. Kommentar - Hultsten K. Rehabilitering – återgång i arbete. *AllmänMedicin* 1990;11:182-3. SEARCH WORDS: Rehabilitering, debatt.

Rudebeck CE. Arbetet i den nya Leeuwenhorstgruppen går vidare. *AllmänMedicin* 1990;11:49-51. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning, internationellt samarbete, Leeuwenhorstgruppen.

Rudebeck CE. Kolesterol som folkrorelse – preventionen exploaterar människors dödsångest. *AllmänMedicin* 1990;11:141-2. SEARCH WORDS: Kolesterol, prevention, hälsopolitik, livsstil, debatt.

Rudebeck CE, Olsson B. Examen i allmänmedicin. I allmänläkarens verkstad, att bedöma konsultationen. *AllmänMedicin* 1990;11:121. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Rytter Evensen Å. Utposten, et norsk tidsskrift for allmenn- og samfunnsmedisin. *AllmänMedicin* 1990;11:157. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, Utposten.

Sjölin-Israelsson B. Finns förutsättningar idag att klara ST-utbildning enligt LSU i primärvården? *AllmänMedicin* 1990;11:61. SEARCH WORDS: ST-utbildning, debatt.

Sjönell G. Ekonomistyrning – allmänmedicinens stora chans? *AllmänMedicin* 1990;11:136-7. SEARCH WORDS: Hälso- och sjukvård, ekonomi, politik, primärvård, debatt, organisation, ekonomistyrning, ledare.

Sjönell G. Från vårdcentral till kvartersakut – en studie i produktivitet och kostnader. *AllmänMedicin* 1990;11:230-4. SEARCH WORDS: Primärvård, kostnader, effektivitet, arbetsorganisation, gruppraktik, utvärdering, kvartersakut, Stockholm.

Svartholm R. Examen i allmänmedicin. Quo vadis? *AllmänMedicin* 1990;11:120. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Svensson R. Kokain, aids och öronakupunktur. *AllmänMedicin* 1990;11:213-4. SEARCH WORDS: Abstinensbehandling, akupunktur.

Svärdsudd K. Epidemiologi och allmänmedicin. *AllmänMedicin* 1990;11:225. SEARCH WORDS: Epidemiologi, allmänmedicin, ledare.

Söderström M. Respiratory tract infections. Aspects of etiology, incidence and recurrent infections. *AllmänMedicin* 1990;11:187-9. SEARCH WORDS: Andningsorganen, infektioner, förskolebarn, intervju/enkätundersökningar, forskning, luftvägsinfektioner, doktorsavhandlingar.

Thorén E, Håkansson A. Öppen mottagning – ingen modenyck. *AllmänMedicin* 1990;11:201-4. SEARCH WORDS: Akutvård, attityder, intervju/enkätundersökningar, öppen mottagning.

Thurfjell M. Specialistutbildningen. Handledning – erfarenheter och framtidsvisioner. Handledning av FV-läkare – lägesrapport Luleå. *AllmänMedicin* 1990;11:74-5. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare, handledning.

Thörn H. Familjemedicin – innovation eller allmänmedicin i ny skepnad? *AllmänMedicin* 1990;11:97-8. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, familjehälsa, debatt.

Thörn H. Kroniska smärtpatienter behöver kunniga allmänläkare! *AllmänMedicin* 1990;11:100. SEARCH WORDS: Akupunktur, debatt.

Tibblin G. Examen i allmänmedicin. Eget skriftligt arbete. *AllmänMedicin* 1990;11:116. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Troein M. Examen i allmänmedicin. Sammanställning av specialistutbildning. *AllmänMedicin* 1990;11:115. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Troein M, Källkvist A. Den nya specialistutbildningen. *AllmänMedicin* 1990;11:48. SEARCH WORDS: Medicinsk utbildning, allmänläkare, handledning, ledare.

Wallén P. Medicinsk träningsterapi – en utvärdering av behandlingsmodellen på patienter med axelbesvär. *AllmänMedicin* 1990;11:253. SEARCH WORDS: Axlar, terapi, utvärdering, medicinsk träningsterapi, Uddevalla.

Wennberg J. Hans Lundgren: Diabetes Type 2 – Results from a population study of women and from four primary health care centres with special reference to riskfactors for diabetes. *AllmänMedicin* 1990;11:63-4. SEARCH WORDS: Diabetes mellitus, kvinnor, riskfaktorer, prevalens, longitudinella studier, forskning, Göteborg, doktorsavhandlingar.

Werner B. Allmänläkare och BVC. AllmänMedicin 1990;11:13-4. SEARCH WORDS: Barnhälsovård, allmänläkare, debatt.

Werner B. Grupp-BVC – ett arbetssätt med många fördelar. AllmänMedicin 1990;11:127-9. SEARCH WORDS: Barnhälsovård, intervju/enkätundersökningar, utvärdering, föräldrar, föräldragrupper, Örebro.

Westman G. Om allmänläkare i allmänhet och distriktsläkare i synnerhet. AllmänMedicin 1990;11:14. SEARCH WORDS: Allmänläkare, distriktsläkare, debatt.

Westman G. Förebyggandets sköna konst inom allmänmedicin. AllmänMedicin 1990;11:48-9. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, prevention, ledare.

Westman G (red). Preventionens estetik. Eller konsten att förebygga. AllmänMedicin 1990;11: Suppl. 13. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, prevention.

Westman G. Examen i allmänmedicin. Skriftligt prov. AllmänMedicin 1990;11:118. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning.

Westman G. Att förhindra sjukdom eller att befärma hälsa – två olika utgångspunkter för förebyggande arbete. AllmänMedicin 1990;11:169-71. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, utbildning, prevention.

Widäng K. Milstolpe i svensk allmänläkarutbildning. AllmänMedicin 1990;11:10-2. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, medicinsk utbildning.

Widäng K. Allmänläkarnas efterutbildning. AllmänMedicin 1990;11:4. SEARCH WORDS: Allmänläkare, medicinsk utbildning, ledare.

Wijkmark K. Psykosomatik i primärvården – ur sjukgymnastiskt perspektiv. AllmänMedicin 1990;11:195. SEARCH WORDS: Sjukgymnastik, psykosomatiska sjukdomar, psykiatri.

Zackrisson A-B, Meyer E, Jonsson C-E. Brännskador. AllmänMedicin 1990;11:42. SEARCH WORDS: Brännskador, behandling, recensioner.

Åberg H, Åberg K. Hembloodtrycksmätning – några erfarenheter. AllmänMedicin 1990;11:216-9. SEARCH WORDS:

Blodtryck, egenvård, forskning, blodtrycksmätning.

Örstig I. Vistelse på Tallmogården – ett försök att utvärdera behandlingseffekten. AllmänMedicin 1990;11:28-30. SEARCH WORDS: Hälsohem, intervju/enkätundersökningar utvärdering, Tallmogården.

Österberg E. Urinary tract infection in primary health care. Aspects of clinical evaluation, etiological factors, laboratory diagnosis and therapy. AllmänMedicin 1990;11:101-3. SEARCH WORDS: Urinsystemet, bakterieinfektioner, diagnos, klinisk forskning, UVI.

Överby A. Sjunker kobalaminnivån hos äldre astmatiker? AllmänMedicin 1990;11:17-9. SEARCH WORDS: Astma, forskning, vitaminbrist, kobalamin, vitamin B12, Värmland.

Överby A, Adevik G. Coxartros och gonartros i glesbygd. AllmänMedicin 1990;11:208-11. SEARCH WORDS: Knä, höfter, forskning, fetma, läkemedel, artros, coxartros, gonartros.

INBJUDAN TILL FORSKARUTBILDNINGSKURS I HÄLSOEKONOMISK UTVÄRDERING

Tid:	19–30 augusti 1991
Målgrupp:	Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården med eget utvärderingsprojekt.
Deltagarantal:	30
Fordringar:	Forskarbehörighet, MPH-examen eller motsvarande. Förtrogenhet med elementär vetenskaplig metodik inklusive biostatistik. Baskunskaper i hälsoekonomi motsvarande Drummond, MF. Economic appraisal in health care. Oxford: Oxford University Press, 1980 eller senare upplagor.
Undervisning:	Introduktionsföreläsningar i relevant teori och metodik. Praktikfall. Seminarieövningar kring deltagarnas egna projekt. Individuell handledning.
Kursens innehåll:	<i>Ekonomisk välfärdsteori.</i> <i>Hälsan som kapital</i> (Grossmans modell). <i>Utbud och efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster</i> (hälsans efterfrågemodell). Syftet är att presentera teoretisk bakgrund och de viktigaste elementen och mätinstrumenten i en ekonomisk analys. <i>Ekonomisk evaluering.</i> Syftet är att i detalj redovisa design och metoder för hälsoekonomisk evaluering och att tillsammans med kursdeltagarna kritiskt granska teoretiska och tekniska problem i anslutning till dessa.
Fakultet:	Professor Bengt Jönsson, Linköping Professor Harri Sintonen, Kuopio Professor Michael Drummond, York Professor Edgar Borgenhammar, NHV Professor Mats Brommels, NHV.

Kursen är avgiftsfri. Även logi på NHV:s internat erbjuds kostnadsfritt.

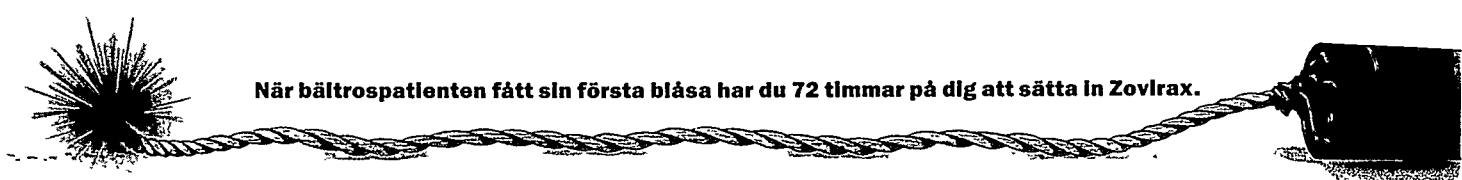
Speciell ansökningsblankett kan rekvideras från:

Nordiska hälsovårdshögskolan
Box 12133
S-402 42 GÖTEBORG

Telefon: +46 31 69 39 00
Telefax: +46 31 69 17 77

Ansökan skall vara oss tillhanda senast 15 februari 1991.

Nu kan du behandla svår bältros!



När bältrospatienten fått sin första blåsa har du 72 timmar på dig att sätta in Zovirax.

Äntligen är det möjligt att behandla varicella zoster eller bältros! Zovirax har redan revolutionerat behandlingen av herpes simplex infektioner. Och nu har indikationen utökats med bältros.

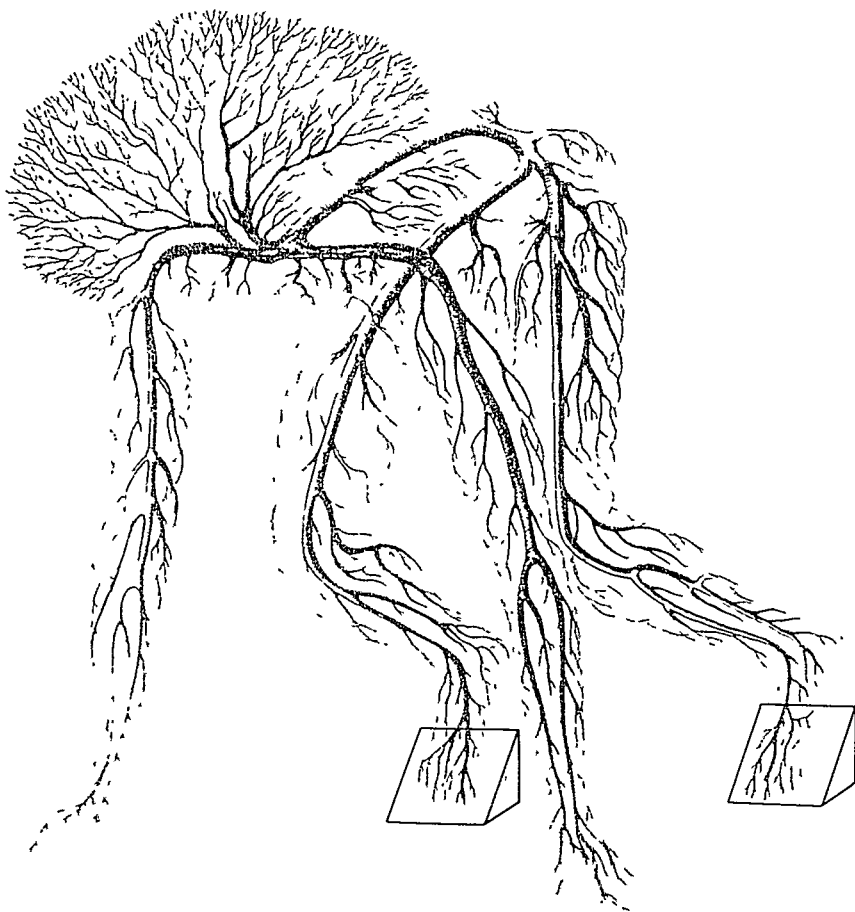
Zovirax ska sättas in vid svåra fall av herpes zoster hos patienter med normalt immunförsvar, tex zoster oftalmicus eller generaliserad zoster. Behandlingen bör då sättas in tidigt, inom 72 timmar från det att första blåsan uppkommit.

Ny tablettstyrka: Zovirax 800 mg

VIKTIGT! Dosera 800 mg×5 i en vecka.

 **ZOVIRAX[®]**
ACYCLOVIR

24-timmarsl



Ett dygn är som ett 24-timmarslopp.

Det gäller att vara så väl rustad som möjligt inför dagens påfrestningar, inte minst om man har för högt blodtryck. Då måste man ha extra bra kontroll på sitt inre lopp — blodomloppet.

För många hypertoni-patienter är Plendil® den rätta starten.

Den kärlelektiva Ca-antagonisten Plendil är en säker och bekväm väg att sänka blodtrycket. Doseringen är alltid en tablett om dagen — alltså bara en tablett att komma ihåg — och effekten varar i 24 timmar.

Att Plendil har 24-timmarseffekt är mycket väl dokumenterat:

Plendil ger en dosrelaterad sänkning av blodtrycket 24 timmar efter dosintag.⁽¹⁾

Det är ingen skillnad i blodtrycks-

sänkande effekt mellan en- och tvådosering av samma dygnsdos Plendil.⁽²⁾

Plendil är ett effektivt förstahandspreparat, men lämpar sig väl både i kombination med β -blockerare och ACE-hämmare. Det är ingen risk för smygande bieffekter, eftersom biverkningarna är direkt relaterade till den kärldilaterande verkningsmekanismen (se FASS).

Starta alltid behandlingen med 5 mg.⁽³⁾

Referenser. 1. Faison Lanahan E P et al. *Am J Hypertens* 1990;3:113A (Abstract 1317). 2. Blychert E et al. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990;15 (suppl 4):S58. 3. Campbell L M et al. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990;15: S69-73.

Teckningen är inspirerad av den klassiska bilden av blodomloppet i Diderots franska encyklopedi från 1700-talet.

Plendil®

Felodipin. Depottabletter 5 mg och 10 mg.

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