

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Allmänläkarnas
efterutbildning

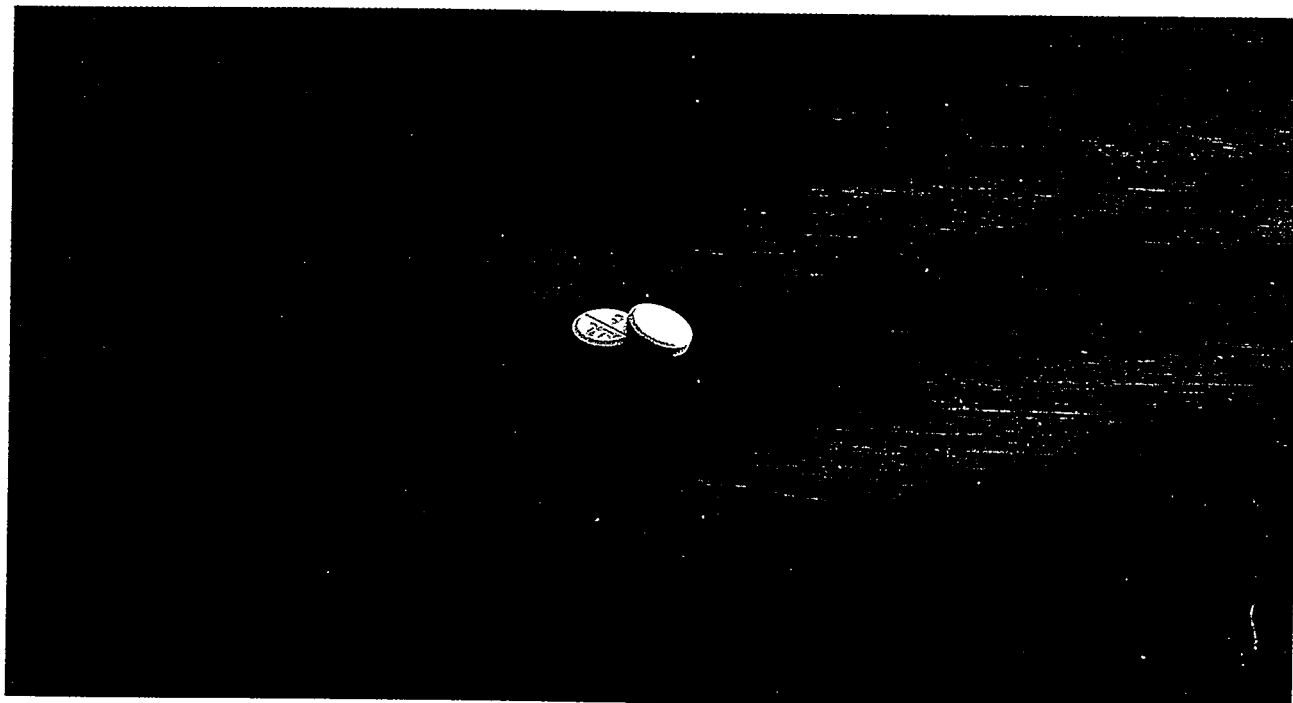
6
1991

Konsultationen
– konst och veten-
skap i förening

SVENSKA KLASSIKER!



Framkallar glädje, stärker mänskliga relationer och skapar välbefinnande...



LUNDHOLM & FREDRIKSSON

Neutraliserar syra, är cytoprotektiv, binder gallsalter och inaktiverar pepsin.

Novaluzid[®]

Indikationer: Ulcus ventriculi et duodeni. Symtomatisk behandling vid epigastralgi och halsbränna.
Finns som mixtur (binder 85 mmol HCl/10 ml) och som tuggtablett (binder 25 mmol HCl/tablett).

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

Manus-stopp!

I tabellen redovisas de datum som gäller för manusstopp och planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1991/92.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
1/92	11/11-91	6
2/92	13/1-92	14
3/92	9/3-92	23
4/92	1/6-92	37
5/92	10/8-92	42
6/92	7/9-92	47

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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

Annonser:
YH Annonsförmedling,
Alströmergatan 18, n b, 112 47 Stockholm
Tel: 08/651 67 60

Prenumerationsavgift:
405 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän-
medicin).

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

Tryckt på miljövänligt papper hos
Töfters tryckeri ab, Östervåla, 1991

ISSN 0281-3513

Kalendarium

235

Ledare

Posteducatio necesse est
Göran Sjönnell

236

Nytt från SFAM

Allmänläkarens efterutbildning, Dokument från Kiruna 11-14 septembe
1991

237

Debatt

Sjukvård motsvarande 300 distriktsläkare försvinner
Sune Johansson

240

Primärvården behöver mångfald och samverkan – inte kvartersakut som
riksnorm
Hans Thörn

240

Kurser & konferenser

Konsultation – vetenskap
Carl Edvard Rudebeck

241

Ny förklaringsmodell för yrkesrelaterade muskelbesvär i skuldra och
nacke
Ulf Måwe

247

Aktuell allmänmedicinsk forskning
Anders Håkansson

247

Polymyalgia reumatica vid en allmänläkarmottagning
Anders Överby

251

**Apoteksbolaget**

253–256

En jämförande multicenterstudie av Cefadroxil och Pivmecillinam vid
okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor
Jerker Löfgren

257

Diagnosregistrering som "medical audit"
Tomas Kanter

260

Hur uppfattar vårdcentralsbesökare screening av riskfaktorer för hjärt-
kärlsjukdom? – En studie från primärvården i Sollentuna
Jonas Wersäll, Ingvar Krakau, Mai-Lis Hellénus, Lena Karlberg

265

Läkares kontra patienters kön – litteraturstudie
Per Wändell

266

Jag vet att jag icke blir frisk
– fria associationer kring en dikt av Edith Södergran, inspirerade av
Nordisk kongress i Allmänmedicin 1991
Christer Petersson

270

Inför 200-årsminnet av Wolfgang Amadeus Mozarts död
– en kort beskrivning av hans sjukdomar och död
Bengt Nordling

273

Recensioner

Sjölenius B. Handbok i delegeringsregler och läkemedelshantering
Kennert Lenhoff

276

Carlsson B. Grundläggande forskningsmetodik för medicin och
beteendevetenskap
Kerstin Petersson

276

Välkommen

till

värmöte i Växjö

14 - 16 maj 1992

Program

Torsdag

Doktor Linné från Råshult

Ryggbitar - vad gör ont och hur hittar vi det onda?

Aktuell allmänmedicinsk forskning - fria föredrag
från forskningsfronten

Piff eller Puff eller en brännhet facklig fråga

BANKETT

Fredag

Hoten mot barns hälsa - vad kan vården göra?

Jakten på hälsa äventyrar sjukvården?

Aktuell allmänmedicinsk forskning - fria föredrag
från forskningsfronten

Dyspepsi - skopi eller klinik som grund för behandling

GLASBRUKSRUNDA MED HYTTSILL

Lördag

Distriktsläkarföreningens årsmöte

För ledsagarna blir det bland annat besök på Sven Ljungbergs museum,
Huseby bruk och Utvandarnas hus.

Definitivt program och anmälningssblankett skickas ut i februari.

Kronobergs distriktsläkare

SFAM

DLF

1991

DECEMBER

□ **2-3 december** i Hindås utanför Göteborg. Orienterande kurs i klinisk läkemedelsprövning. En 2-dagars kurs för läkare, sjuksköterskor, farmaceuter och andra som deltar i eller planerar att delta i arbetet med kliniska läkemedelsprövningar. Anmälan före 4 oktober.

Information: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekar societeten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm, tel 08-24 5085.

□ **2-6 december.** Danderyd. Prov läkarfondens kurs: Psykiatri.

Information: Distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm. Tel 08-790 33 91.

Medlemmar rekrytera till SFAM

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

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

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

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

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

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

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

□ **9-12 december.** Hong Kong. International Conference on Care of Elderly.

Information: HKCSS, 11 f, Duke of Windsor, Soc Serv Bldg, 15 Hennessy Rd, Wancha, Hong Kong. Tel 914 0324.

□ **9-13 december.** Säter. Prov läkarfondens kurs: Ortopedisk medicin ssk ryggdiagnos.

Information: Distriktsläkarföreningen, se ovan.

□ **9-13 december.** Solna. EU-kurs i epidemiologi för läkare.

Information: Ylva Rodval, IMM, Box 60208, 104 01 Stockholm. Tel 08-728 74 81, Fax 08-31 39 61.

□ **13-14 december.** London 8 rd European Health Services Research Meeting.

Information: Rosemary McMahon, Prof Briefings, 120 Wilton Rd, London SW 1V 1JZ. Tel (44) 71 233-8322.

1992

APRIL

□ **6-10 april.** Solna. EU-kurs i epidemiologi för läkare.

Information: Ylva Rodval, IMM, Box 60208, 104 01 Stockholm. Tel 08-728 74 81, Fax 08-31 39 61.

□ **19-24 april.** Buenos Aires. 8th World Conference on Smoking and Health.

Information: Union antiabauca Argentina, 8th World Conference on Smoking ..., P O Box 3260, (1000) Correo Central, Buenos Aires, Argentina.

□ **26-27 april.** St Louis, MO. 25th Ann Spring Conference of Society of Teachers of Family Medicine.

Information: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114, USA.

MAJ

□ **9-15 maj.** Vancouver. WONCA '92, 13th World Congress on Family Medicine.

Information: Colege of Family Physicians of Canada, 4000 Leslie St, Willowdale, Ont M2K 2R9, Kanada.

□ **14-16 maj.** Växjö. Allmänmedicinsk kongress, SFAM/DLF årsmöten.

Information: Anders Håkansson, Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö.

Socialmedicinsk Tidskrift – Temanummer, 9-10 1991

MÖTET MED PATIENTEN

Redaktörer Elisabeth Arborelius, Sven Bremberg

Ur innehållet:

Varför är kontakten med läkaren så viktig för patienten

Elisabeth Arborelius, Sven Bremberg

Om läkaren som placebo

Erik Hägg

Kan empatisk förmåga mätas?

Ulla Holm

Maktförhållanden i patient/läkarrelationen

Ulla Söderström

Pediatriska samtal och social distans

Karin Aronsson

Undervisning i samtalskonst och patient-läkarrelation

Gunnar Birgegård

Vad kan läkaren göra för att åstadkomma en framgångsrik konsultation?

Elisabeth Arborelius, Sven Bremberg

Videon – ett medel för kvalitetsvärdering av mötet läkare-patient

Kenneth Widäng, Birgit Breitholz

Konsultationen – utbildning och forskning vid allmänmedicinska institutionen i Uppsala

Gösta Tibblin

Möjligheter och gränser för professionella i vårdorganisationen

Staffan Selander, Lennart Råstam

Kan beställas från **Socialmedicinsk Tidskrift, Färjestadsvägen 18, 161 54 Bromma. Tel. 08-37 99 10.**

Posteducatio necesse est

GÖRAN SJÖNELL

Efter decenniernas diskussioner i allmänläkarkretsar i Sverige om efterutbildningen, kom så äntligen Svensk Förening för Allmänmedicin till beslut i frågan. Initiativet togs av Norrbottens kretsen som, under Kenneth Widängs entusiastiska ledning, ordnade SFAM-mötet i Kiruna, september 1991. Huvudtemat för SFAM-mötet var efterutbildning. Redan i början av 1980-talet var efterutbildningen en central fråga i SFAMs styrelse, men bristande resurser och andra mer prioriterade arbetsuppgifter i styrelsearbetet har gjort att efterutbildningen inte ordentligt kommit i fokus.

Etiskt imperativ

Anna-Karin Furhoff, vid Institutionen för Allmänmedicin i Stockholm, formulerade på ett utmärkt sätt inledningen till vårt efterutbildningsprogram "Den medicinska kunskapen förnyas ständigt och patienternas behov ändras över tiden. Livslång efterutbildning är därför ett etiskt imperativ för alla läkare". Detta sätt att formulera efterutbildningens självklarhet pekar också mot några kritiska frågor avseende den egna efterutbildningen för varje allmänläkare. Frågan ställs: Vilken efterutbildning ska prioriteras? Är det kurserna med de ämnesområden inom yrket som man själv tycker är mycket stimulerande som bör prioriteras? De kurser man går på med stor inlevelse och med stort engagemang. Eller är det de luckor i det allmänmedicinska kunnandet som var och en av oss har som borde täckas i efterutbildningsprogrammet? Borde vi inte gå dessa "ointressanta" kurser i stället? Instrument för att bättre beskriva de verkliga efterutbildningsbehoven för varje allmänläkare måste skapas. Vägen till denna kartläggning går sannolikt genom kritisk granskning och diskussion i mindre grupper, allmänläkare emellan.

Utländska erfarenheter

Att efterutbildningen är prioriterad och uppmärksammas i andra länder framgick väl av föreläsarnas inlägg vid Kirunamötet. James McCormick från Irland, Niels Bentzen från Danmark och Arne-Ivar Östensen från Norge framhöll i sina intressanta föredrag det nationella arbetet för efterutbildningen. Så kallat auditförfarande dominerar våra europeiska kollegors efterutbildningsprogram. Grupper om 6-12 allmänläkare inventerar själva sitt

eget arbete. Vid så kallat audit samlar läkarna information under till exempel en månad om hur de handlägger angina pectoris, halsfluss, huvudvärk eller andra symtom och därefter analyseras i grupp hur var och en gjort med sina patienter och från detta kan sedan ny kunskap genereras. På Irland har man med statlig huvudman inrättat ett så kallat tutorsystem. En "National tutor" ansvarar för efterutbildningsprogram och vederbörande är ersatt halvtid för detta arbete. Runt om i regionen skapas lokala "tutors", som mot en ersättning på 5-10 timmar per vecka, organiserar den lokala efterutbildningen. Dessa "tutors" arbete går ut på att starta grupper om cirka 6-12 allmänläkare, som initierat det egna efterutbildningsprogrammet. "Tutor" har möjlighet att ge utbildningsmaterial till de första träffarna men därefter är huvuduppgiften för "tutor" att se till att grupperna hålls igång och är aktiva. I Danmark har länge så kallade tolvmansföreningar existerat (feministiska svenska allmänläkare må ursäktas språkbruket) vilka är grupper av kollegor som träffas regelbundet, ofta en gång i månaden på kvällstid för att själva genomföra efterutbildning. Det norska systemet bygger på ett obligatorium där ett visst pensum i efterutbildning är obligatoriskt att genomföra för varje allmänläkare under en femårsperiod. Kurser, auskultation på sjukhus och andra aktiviteter bokförs och ger underlag för förnyat specialistcertifikat. De som inte fullföljer sin efterutbildning förlorar rätten att kalla sig för allmänläkare. Detta betyder också att intäkter i det dagliga patientarbetet reduceras med cirka 15 procent. Den norska utvecklingen går nu mot en ökad andel lokal efterutbildning och en minskning av så kallade centrala kurser. Efterutbildningen i vardagen prioriteras.

Obligatorium eller ej

Obligatoriet har diskuterats i svenska allmänläkarkretsar i minst 10 års tid. Många har hävdats att vi bör ta över det norska systemet och ha en obligatorisk efterutbildning för allmänläkare i Sverige. Huvudmotivet för detta har varit att därmed skapa garantier för att alla allmänläkare får den efterutbildning som krävs. Finns ett obligatorium finns också ett automatiskt svar hos huvudmannen att erbjuda allmänläkaren den efterutbildning som krävs. Det andra skälet till att förordna

ett obligatorium, är att många av de kollegor som "borde engagera sig i efterutbildningskurser" inte gör detta och det leder så småningom till en sämre kvalitet. Dessa oengagerade kollegor skulle i ett obligatoriskt system, beroende på moroten att behålla sin goda lönenivå, aktivera sig och därmed utveckla och fördjupa sina kunskaper. Mot ett obligatorium i Sverige står så konkreta fakta som att en statlig myndighet som skulle kontrollera och driva allmänläkarnas efterutbildning av de flesta idag uppfattas som alltför byråkratisk och omöjlig. Dispenser, recertifikat och represalier etc skulle skapa en påtaglig byråkrati som i sig inte medför någon förbättring av allmänmedicinen i Sverige. Det tyngsta argumentet mot ett obligatorium är givetvis att efterutbildning är ett enskilt åliggande för varje allmänläkare, ett "yrkesetiskt imperativ". Ett obligatorium ger fel signaler till allmänläkarna. Det ger en känsla av att andra organiserar och tar hand om efterutbildning och tillser att man får den efterutbildning man behöver. Detta är en mycket dålig grund för att utveckla kunskap och färdigheter inom svensk allmänmedicin. Den enskilde läkaren måste själv ta ansvar och initiativ för sin egen efterutbildning. Utan det egna intresset och initiativet blir kunskapsinhämtningen minimal eller obefintlig. Avseende de inaktiva kollegorna påpekade James McCormick att dessa är förlorade i efterutbildningen oavsett system – man kan inte tvinga kunskap i läkare som ej är motiverade.

En mycket stor majoritet av deltagarna vid SFAM-mötet i Kiruna anslöt sig till arbetsutskottets förslag: att allmänläkarnas efterutbildning i Sverige ej skall vara obligatorisk.

Intern efterutbildning

Den arbetsgrupp som tillbringade SFAM-mötet i Kiruna i källaren med att försöka skriva ett gemensamt efterutbildningsdokument för alla Sveriges allmänläkare hade också att ta ställning till hur efterutbildningen ska vara organiserad i framtiden. Arbetsgruppens dokument, vilket publiceras i detta nummer av AllmänMedicin, är en sammanfattning av arbetet och en presentation av arbetsutskottets medlemmar. Gruppen anser att det är mycket väsentligt att det finns en mångfald inom allmänläkarnas efterutbildning. Alla som önskar anordna

extern efterutbildning för allmänläkare är självklart välkomna att göra det. Provinsialläkarfonden, universiteten, läkemedelsindustrin, försäkringskassan, Apotekarsocieteten, privata utbildningsinstitut etc – alla ska självklart ha en möjlighet att erbjuda allmänläkarna goda efterutbildningskurser. Gruppen fann det dock väsentligt att påpeka att den interna efterutbildningen är minst lika viktig om inte viktigare än den externa. I vardagsarbetet måste ett aktivt efterutbildningsprogram föreligga för alla Sveriges allmänläkare. Fyra timmar per vecka, det vill säga tio procent av veckoarbetstiden ansåg gruppen vara nödvändig för att bibehålla och att utveckla allmänläkarnas kunskaper och färdigheter. Efterutbildning i grupp tillsammans med andra kollegor rekommenderas som metod för att få en kvalitativt god intern efterutbildning.

Institutet för efterutbildning

Avslutningsvis kunde gruppen konstatera att behovet av en nationell sam-

ordnare för allmänläkarnas efterutbildning var uppenbar. Gruppen valde att kalla den nationella samordnaren för Institutet för allmänläkarnas efterutbildning. Att en nationell kraft behövs för att driva efterutbildningsfrågor, värdera, kritisera och bedöma externa kurser, initiera och utveckla lokala efterutbildningsgrupper, förhandla med myndigheter och företag om ekonomiska villkor för efterutbildning var uppenbart för gruppen. Det är dock väsentligt att en nationell samordning inom efterutbildningen är mycket begränsad och att den arbetar genom regionala och lokala nätverk. På annan plats i detta nummer i AllmänMedicin kan läsaren se hur gruppen tänker sig det nya institutet organiserat. Arbetsgruppens förhoppning är att SFAM ska bli huvudman för och utveckla efterutbildningen för allmänläkarna i Sverige. Det krävs dock att kraftfulla resurser skapas för att garantera allmänläkarna i Sverige en god efterutbildning. Till sist är det vi själva som måste ta ansvaret och om inte

extern finansiering skapas är det en självklarhet att en avgift i storleksordningen 1000–2000 kronor per år betalas av oss alla för att skapa möjligheter för en god efterutbildning. Den allmänläkare som inte vill avsätta 0.5–1 procent av sin nettoinkomst per år för sin egen efterutbildning för utveckling och förkovran inom yrket, bör starkt överväga om han/hon kan kalla sig allmänläkare. Om vi inte i likhet med våra kollegor ute i världen satsar egna resurser för vår egen utveckling kommer vi att hamna på efterkälken kollektialt och vi kommer också på sikt att skapa en vård med lägre kvalitet än jämförbar allmänmedicin i världen. Något som vore pinsamt för en svensk allmänmedicin på frammarsch.

Författarpresentation

Göran Sjönell, chefsöverläkare.

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm.

Nytt från SFAM

LB06602

Allmänläkarens efterutbildning

Dokument från Kiruna 11–14 september 1991

ARBETSGRUPPENS DOKUMENT

Den medicinska kunskapen förnyas ständigt och patienternas behov ändras över tiden. Livslång efterutbildning är därför ett etiskt imperativ för alla läkare.

Efterutbildning för allmänläkare bör ej vara ett organisatoriskt obligatorium. Detta skapar onödig byråkrati och fräntar allmänläkarna det personliga ansvaret för den egna professionella utvecklingen.

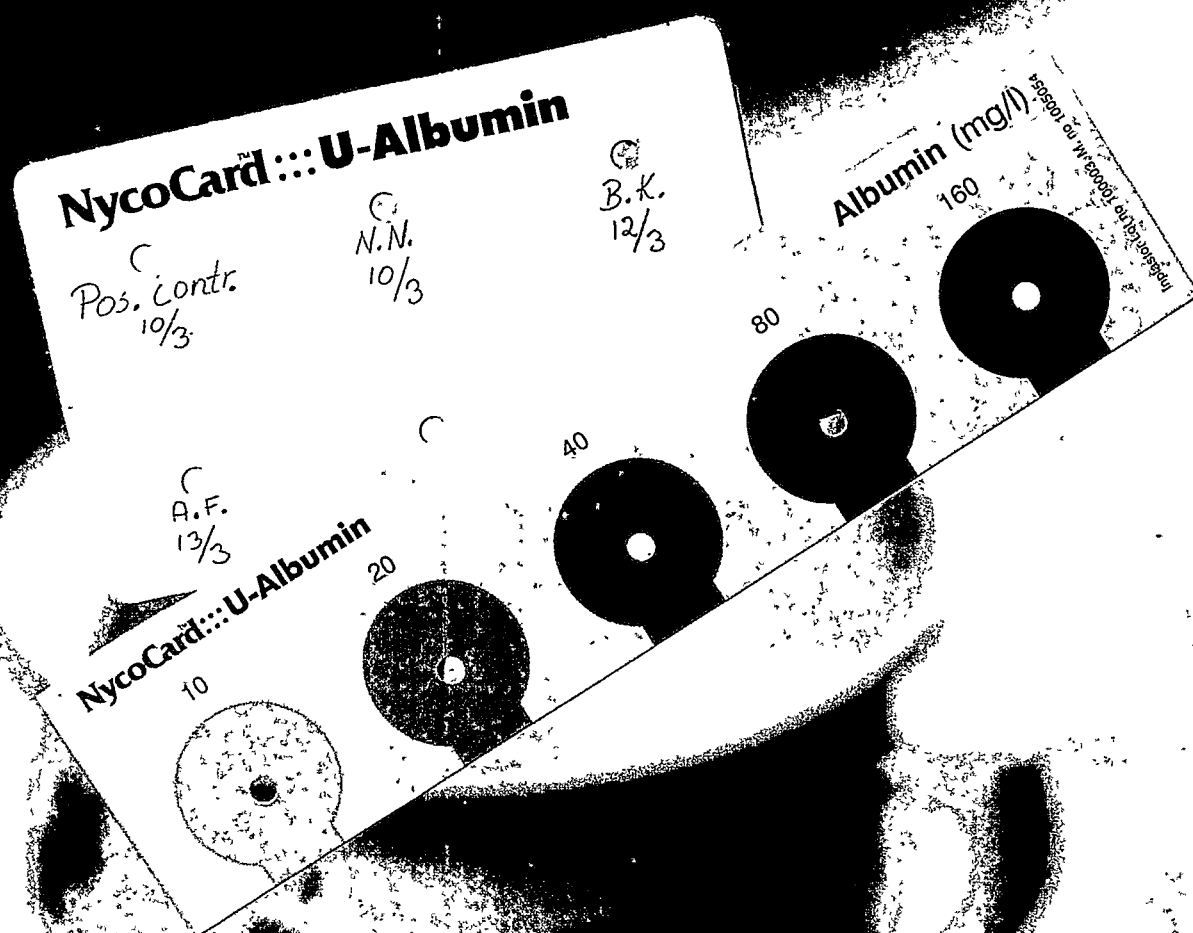
Efterutbildningen i detta dokument är giltig för alla allmänläkare oavsett driftsform. Det betyder att såväl landstings- som kommunalanställda distriktsläkare, privatpraktiserande allmänläkare, företagsläkare med husläkarkontrakt, entreprenadanställda eller kooperativt anställda allmänläkare gemensamt måste skapa förutsättningar för och delta i efterutbildning.

All efterutbildning förutsätts återföras och användas i hela medarbetargruppen. Chefsöverläkare eller motsvarande har det slutliga ansvaret för detta.

EFTERUTBILDNING, INNEHÅLL OCH FORMER

INNEHÅLL	FORMER
Läkarrollen Personlig utveckling	Mentorskap Balintgrupp Kulturellt och socialt engagemang
Specialistrollen Allmänmedicinsk kompetens	Interna och externa kurser och utbildningsdagar med medicinskt faktainnehåll (styrda av distriktsläkare). Handläggningsgrupp inklusive "dagens fel".
Studiebesök. Konsultationsträning, tex video, sit in, Wretmark-kurs. Utbildning med konsult/ hearing. Auskultation/tjänstgöring på sjukhuskliniker. Medical audit/12-manna-grupp. Studier av litteratur och tidsskrifter.	
Ledarrollen Organisations- och ledarutveckling	Chefsmöten. Ledarutvecklingsprogram. "Kronprins"-skap. Fackliga kurser.
Lärrrollen Pedagogisk utbildning	FoU-kurser Handledargruppen. ("handledning på handledning"). Utbildning i gruppdynamik.
Forskarrollen Arbete med utveckling/kvalitetskontroll/utvärdering	FoU-kurser. Projektarbeten. Kongresser, vetenskapliga möten och studieresor. Tjänstgöring vid FoU-enhet, allmänmedicinsk institution, miljö- och samhällsmedicinsk enhet. Master of public health-examen.

NycoCardTM ::: U-Albumin



Ett snabbt och enkelt test för bestämning av albuminuri

- Kort analysid, 1–2 minuter.
- Mätområde: 10–160 mg/l.
- Enkel och pålitlig avläsning utan instrument.

 **NYCOMED**
Box 1215
181 24 Lidingö
08-765 29 30

För att alla Sveriges allmänläkare skall kunna garanteras en god och välfungerande efterutbildning, måste möjligheter för alla allmänläkare finnas att delta i sådan efterutbildningsverksamhet samt måste sådan efterutbildning organiseras och kvalitetssäkras.

För alla svenska allmänläkare bör 10% av veckoarbetstiden, ungefär fyra timmar, avsättas för intern efterutbildning och 5% av årsarbetstiden, ungefär två veckor för extern efterutbildning.

För extern efterutbildning måste även ekonomiska förutsättningar existera för att betala resa, uppehälle och kursavgifter. Dessa kostnader tillkommer förutom cirka 5%.

Alla allmänläkare i Sverige och alla arbetsgivare som är driftsansvariga för svensk allmänläkarvård skall i sina avtal skriva in en efterutbildningsklausul som garanterar intern och extern efterutbildning i den storleksordning som nämns ovan. Landsting, kommuner, entreprenörer av olika slag, som ej avsätter resurser och garanterar sina anställda allmänläkare en kontinuerlig efterutbildning bör offentligt kritiserats för detta, till exempel genom publicering av årets "svarta lista" i tidskriften för AllmänMedicin.

Institutet för allmänläkarnas efterutbildning

Arbetsgruppen har i sina diskussioner kommit fram till att en nationell samordnare och utvecklare av allmänläkarnas efterutbildning måste tillskapas. Vi har valt att kalla organisationen för Institutet för allmänläkarnas efterutbildning.

Institutet skall ha följande arbetsupp-
gift:

Initiera och utveckla allmänläkarnas efterutbildning i Sverige genom att:

- Utveckla de pedagogiska instrumenten för efterutbildningen.
- Utveckla hjälpmedel för den interna efterutbildningen.
- Skapa sådana viktiga kurser för allmänläkare som "ingen annan vill organisera"
- Värdera och bedöma all efterutbildning som erbjuds svenska allmänläkare.
- Utge en årlig kurskatalog där bedömning av kursernas kvalitet och innehåll framgår.

Finansiering

Allmänläkarna i Sverige måste ta ett ökat ansvar för den egna efterutbildningen. Detta kan ske genom "medlemsavgift i institutet" eller en kraftigt höjd medlemsavgift i Svensk Förening för Allmänmedicin om SFAM åtar sig att driva institutet för allmänläkarnas efterutbildning.

Det finansiella behovet uppgår till cirka 3 miljoner kronor per år. Finansiering från kommun, stat och landsting bör sökas. Det vore rimligt att staten stod för hälften av finansiering i allmänläkarnas efterutbildningsinstitut eftersom man på detta sätt garanterar invånarna en förbättrad och utvecklad kvalitet i vardagssjukvården. Om ej extern finansiering kan erhållas, måste allmänläkarna själva ta kostnaden, ungefär 1.500 kronor per läkare och år.

Bemanning

Institutet skall verka genom lokala och regionala nätverk. En tänkt bemanning kan vara en allmänläkare halvtid som chef, som dessutom regionalt är ansvarig för sin region. Vidare sex 10-timmars tjänster i de övriga regionerna i Sverige. Institutets centralt anställda bör vara en sekreterare och en pedagog. Det bör betonas att chefen för institutet inte alls behöver komma från Stockholmsområdet, institutet behöver inte heller vara placerat i Stockholmsområdet. Kompetens, engagemang och utvecklingsvilja skall vara underlag för bedömning av institutets geografiska placering, som också kan ändras från tid till annan. Institutets egna kurser kommer att på lika villkor konkurrera med andra kursgivare i allmänläkarnas efterutbildning, till exempel Provinsialläkarfonden, läkemedelsindustrin, Apoteksbolaget, försäkringskassorna, privata institut, privata kursgivare, specialistföreningar, universiteten och distriktsläkarnas utbildningsråd.

Lokalt efterutbildningsarbete

Institutets sju utbildningsansvariga (chefen + de sex regionalt anställda) bör stimulera till att skapa "facilitators" (EU-ombud). Dessa bör vara initiativrika och utbildningsintresserade kollegor som påtager sig ett ansvar att i det lokala nätverket tillsammans med studierektor och lokalt

SFAM-ombud vara motorn i det lokala efterutbildningsarbetet. EU-ombuden kan ha följande arbetsupp-
gift:

- A. Initiera och utveckla efterutbildningen lokalt.
- B. Inbjudas till och starta mindre efterutbildningsgrupper om cirka tio allmänläkare per grupp.
- C. Förmedla och distribuera institutets interna efterutbildningsmaterial lokalt.
- D. Delta i värdering och bedömning av externa kurser.
- E. Aktivt verka för att kartlägga och beskriva allmänläkarnas lokala efterutbildningsbehov och rapportera detta vidare till institutet för allmänläkarnas efterutbildning.

Tiden är nu mogen för en kraftig satsning och prioritering av svenska allmänläkares efterutbildning. Mångfald, kvalitet och kontinuitet kan bara skapas av oss själva. Det är dags att gå från ord till handling.

ARBETSGRUPPEN FÖR EFTERUTBILDNING

Kiruna 13 september 1991

Ordförande:

Göran Sjönell

Övriga ledamöter:

Cecilia Björkelund, Göteborg
Anna-Karin Furhoff, Stockholm
Mogens Hey, Höör
Elisabeth Jaenson, Malmö
Ylva Johansson, Sundsvall
Torgny Karlsson, Övertorneå
Christer Nordenhäll, Piteå
Ingvar Ovhed, Karlskrona
Ester Werner, Stockholm

Sekreterare:

Gudrun Marklund, Boden

Sjukvård motsvarande 300 distriktsläkare försvinner

SUNE JOHANSSON

Den 1 januari 1992 ändras reglerna för bidrag till företagshälsovården. Ingen sjukvård för förekomma. Begreppet arbetsrelaterad sjukvård försvinner. Arbetsgivarna får – förutom betalningsansvar för sjuklön de 14 första dagarna – också en utvidgad skyldighet att underlätta återgång till arbete i det egna företaget.

Min erfarenhet från SFAMs höstmöte är, att kollegorna i primärvården inte är förberedda på merarbete. För att inte bli tagen på sängen, rekommenderar jag varje distriktsläkare att ta kontakt med företagsläkarna i omgivningen. Om företagsläkaren ska behålla sin sjukvård, krävs att ni förhandlar om ett vårdavtal eller byte av patienter enligt nedan. Om inte detta går, krävs fler distriktsläkartjänster. Att inte göra någonting förefaller oklokt.

Lagen om allmän försäkring har fått en ny paragraf om rehabilitering. I denna krävs:

- Läkarnutlåtande som styrker behovet av rehabilitering – medicinsk och yrkesinriktad – när en sjukperiod pågått mer än 4 veckor.
- Rehabiliteringsutredning som utföres av arbetsgivaren i följande fall:

- a. när en sjukperiod pågått mer än 4 veckor;
- b. vid upprepade sjukdomsfall – cirka 6–10 per år;
- c. när den försäkrade begär det.

Försäkringskassan upprättar vid behov en rehabiliteringsplan som är en förutsättning för rehabiliteringsersättning upp till 100% och vidare en förutsättning för att erhålla tekniska hjälpmedel.

Arbetsgivaren får ett utökat ansvar för rehabilitering och rehabiliteringsutredning och därmed ett utökat behov av medicinska bedömningar.

Avsikten med dessa beslut är bland annat att höja kvaliteten på företagshälsovården för att garantera att resurser finns för arbetsmiljöarbete, anpassnings- och rehabiliteringsarbete.

Förslag till diskussionsunderlag när distriktsläkare och företagsläkare träffas:

- Allmänmedicinska patienter till primärvården och arbetsmedicinska patienter till företagshälsovården.
- Vårdavtal om allmänmedicinska patienter ska vara kvar i företagshälsovården eller fler distriktsläkartjänster?
- Överströmningen av patienter väl-

kommen i en utbyggd primärvård?
– Företagshälsovårdens skyldighet att garantera bedömning av patienten efter 4 veckors sjukskrivning eller upprepade sjukfall – förslagsvis 6 per år.

Styrinstrument för samarbete kommer genom det nya utlåtandet för sjukpenning.

Således träffas gärna före den 1 januari 1992! Läs gärna också Åke Peterssons inslag i AllmänMedicin nr 4. Företagen har idag en kostnad på cirka 500 kronor per patientbesök till företagsläkaren eller betalar själva sjukvård motsvarande cirka 300 distriktsläkare.

Missuppfattningen i artikeln är dock, att resurserna skulle finnas i det skattefinansierade systemet – det är således företagen som betalar allmänmedicinen i företagshälsovården.

Författarpresentation

Sune Johansson, företagsläkare.

Postadress: Företagshälsovården, Jönköpings kommun, 551 89 Jönköping.

LB 6604

Primärvården behöver mångfald och samverkan – inte kvartersakut som riksnorm

HANS THÖRN

I AllmänMedicin nr 4 1991, polemiserar Björn Nilsson och Björn Olsson mot Kjell Lindströms kritiska inlägg mot Kvartersakuten.

Jag tycker deras polemik är otydlig och vill gärna att vissa sidor klarläggs.

– Finns det en allennärådande sanning för hur vårdcentralarbete skall organiseras i Sverige?

– Kan det vara så att det finns flera möjliga vägar?

– Varför skall allt primärvårdsarbete bedrivas av läkare? Blir det billigare av det?

När Björn Olsson tänker att hans personal på Hertsöns vårdcentral är något slags "ransonerare" av läkartid och

inte en självständigt arbetande resurs med medicinsk kompetens, visar det tydligt att han gått rakt i "doktorsfällan" därtill lockad av myten om den omnipotente "ensam är stark"-doktorn. En hyllning till ett obsolet läkarideal. Och det kan väl i sig förklara att han har svårt att få vårdcentralsmodellen att fungera ...

Nej, allvarligt talat ärade kolleger, det är faktiskt dags att inse att om vi skall kunna härda ut i detta strävsamma yrke, måste vi respektera och samverka med andra medicinskt skolade personer.

En allmänläkartäthet på 1/2000 invånare ligger inte nära till hands på den här sidan sekelskiftet. Bara i mitt

landsting med en allmänläkartäthet på 2450 invånare/läkare, skulle det kräva ett tillskott av färdiga allmänläkare på cirka 30–40. Och dessa finns ju inte att uppbringa bara för att man skapar fler tjänster eller att vi börjar sköta bokning själv och ta emot betalning och koppla EKG även om det kanske kan vara ett mysigt och avkopplande pysel för en händig distriktsläkare.

Om rekryteringen skall förbättras så måste arbetets innehåll fördjupas. Vi måste utveckla förhållningssättet till patienter och arbetskamrater. En väg är den jag kallar "Familjemedicin" vilket ger verksamheten en annan kvalitativ nivå. Vi blir tydligare som problemlösare. Vi lär oss knyta ihop män-

niskor som är viktiga för varandra och relatera problem och lösningar som rör livet till icke-professionella i stället för att knyta samman patientens behov av bekräftelse med vårt eget behov av omnipotens.

Husläkarmodellen för in mera okvalificerade arbetsuppgifter och hänvisar oss till en kräftgång in i snuvornas värld (om än med viss kontroll av tidboken) i stället för att utveckla vår unika kompetens i samver-

kan med andra professionella grupper.

Författarpresentation

Hans Thörn, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen, 455 00 Munkedal.

Kurser & konferenser

LB 06605

Konsultation – vetenskap

CARL EDVARD RUDEBECK

Konsultationsforskningen grupperar sig kring frågorna:

– Vad sker i konsultationen?

– Vad blir resultatet?

– Vad kan förbättras?

Resultaten stöder det ganska självklara antagandet att det är viktigt att aktivt söka patientens förväntningar och idéer. En begränsning ligger dock i den gängse åsikten, att kommunikation är något för sig, skilt från det medicinska innehållet.

Mötet mellan läkare och patient är en komplett och unik praktik, som måste utforskas på sina egna villkor. Kommunikationsanalys på språkvetenskaplig grund når inte fram till själva substansen i läkar-patientinteraktionen.

Artikeln är en bearbetning av ett plenumföredrag vid den Nordiska kongressen i allmänmedicin i Oslo, juni 1991.

"Visheten är det som blir kvar när kunskaperna försvunit", har någon sagt. Det här uttrycket gäller som en tillspetsad sanning om förhållandet mellan teori och praktik i konsultationen. I de viktiga ögonblicken måste vi lyssna till patienten, inte tänka på hur vi ska lyssna. "Glömskan" ger det utrymme och den spontanitet, som gör att den professionella erfarenheten kan möta patientens. Men de flesta av oss kan inte passivt invänta att vi blir gamla och visa. Vi behöver lära oss att "glömma" vilket i det här sammanhanget betyder, att skaffa oss en förmåga att möta livs levande människor i vårt arbete, utan att distraheras av vår ambition att tolka, förstå och att ställa tillräkta. Den här artikeln handlar om hur empirin om patient-läkar-kommunikation står i förhållande till glömskan som "communication skill", det vill säga om konsultationen som studieobjekt och som konkret verklighet. Jag kommer att börja med att

med några exempel beskriva och diskutera forskningsfältet, som det grupperar sig kring tre centrala frågor: Vad sker i konsultationen? Vad blir resultatet? Hur kan resultatet förbättras-förändras? Något ska också sägas om förhållandet mellan kvantitativa och kvalitativa forskningsmetoder.

Vad sker?

Vad sker? är den fråga som ställs i deskriptiva studier. Här undersöks vad som faktiskt försiggår i konsultationen. Byrne och Long utgick från 2.500 konsultationer inspelade på ljudband (1). Genom att dela in konsultationen i faser efter innehåll, kunde de konstatera att kommunikationen oftare brast om bara kort tid ägnades åt att klarlägga orsaken till besöket. De delade också in läkarnas individuella stilar i fyra grupper i förhållande till hur mycket eller litet patienten inbjöds till delaktighet. Den mest doktorscentrerade stilen präglades av direkta och slutna frågor, medan uppmuntran och reflekterande gensvar var vanliga i den mest patient-tillvända. I 75 procent av konsultationerna dominerade doktors perspektiv eftertryckligt. Stilarna visade sig mycket stabila. Byrne och Long hävdar i sin bok att de kan förutsäga 80 procent av en allmänläkares sätt att kommunicera utifrån 20 bandinspelade konsultationer.

Den stora mängden data och de matematiska beräkningarna gör att man kanske i första hand uppfattar Byrnes och Longs studie som kvantitativ, men i själva verket är deras pionjärinsats snarare av kvalitativt slag. Fasindelningen av konsultationen och identifieringen av läkarstilarna är i sig väsentliga "vetenskapliga upptäckter" som redan gjort deras bok till en klassiker. Men att Byrne och Long understryker sina fynd med kvantitativa jämförelser gör ju inte fynden sämre.

Byrne och Long klassificerade doktorernas frågor och fann efter summering, att de "direkta frågorna" dominerade i den doktorscentrerade stilen. Iakttagelsen förutsätter, att frågor som till formen är direkta också är det

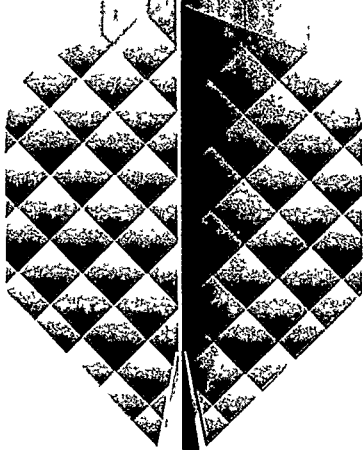
till innehållet. Men vi vet att språket är mer mångtydigt än så. Vill man veta vad som specifikt sker i olika kliniska situationer, måste man överge sifferberäkningarna för att i stället försöka tolka meningen i det som sker. Elisabeth Arborelius och medarbetare använde en kvalitativ metod för att studera vad som kännetecknar de situationer där allmänläkaren blir förvirrad och tappar kontrollen (2). Videokonsultationer, där läkarna själva identifierade dessa situationer, analyserades. Det visade sig att den direkta orsaken oftast var osäkerhet om orsaken till besöket eller oförmåga att ställa medicinsk diagnos. Att dessa begripliga svårigheter i sin tur ledde till en känsla av att förlora kontrollen, bottande i en oförmåga att erkänna svårigheterna inför sig själv och patienten. I den här studien finns inga signifikansberäkningar. Det vetenskapliga värdet avgörs i stället i metoden, för att identifiera de "förvirrade" situationerna och av analysen.

Om kvantitativt och kvalitativt

Sida vid sida demonstrerar Byrnes/Longs och Arborelius' studier, att motsättningen mellan kvantitativ och kvalitativ forskning är skenbar, så länge som frågeställningarna styr metodvalet. De kvantitativa metodernas begränsning är den relativa ytligheten. Men detta är ju inte något problem, om de kategorier som beräknas är viktiga, eller om yta och djup stämmer överens, det vill säga om de fenomen man studerar är stabila. De kvalitativa metodernas begränsning ligger i svårigheten att göra tolkningsramen så tydlig att det går att skilja på förväntade och faktiska resultat.

Begränsningar i metoderna

Det deskriptiva tillvägagångssättet tillåter en stor variation i både frågeställningar och metoder. De kan utföras opretentiöst, nära det vardagliga och mitt i det man upplever väsentligt. Men det finns en dubbelhet i de deskriptiva studiernas förutsättningslöshet. Frågor och kategorier underförstått värderingar om vad som är önsk-



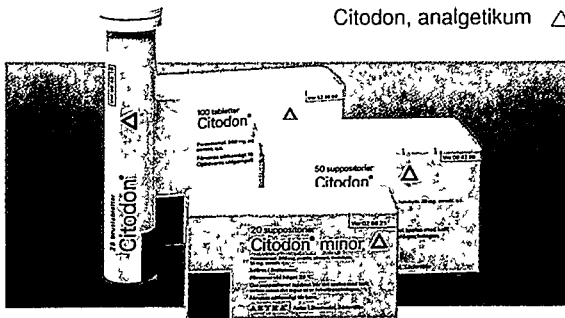
Citodon

Citodon®

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

***vid akuta smärttillstånd
t ex från rygg/nacke***

Citodon, analgetikum △



Tabletter – brustabletter – suppositorier

Snabbt tillslag* Effektivt

* vanligen inom 30 minuter



Astra Läkemedel AB

151 85 Sodertälje

vårt och mindre önskvärt i läkarens arbete, annars skulle studierna knappast ha genomförts. De deskriptiva studierna väcker följdfrågor som bara kan besvaras om också resultatet av konsultationen undersöks.

Vad blir resultatet?

Om de deskriptiva studierna ökar vår professionella självinsikt, så är förhoppningen med de resultatriktade studierna att kunna identifiera förhållningssätt och handlingar som ökar patientens utbyte. Stewart, Levenstein och Henbest bland andra har i ett flertal arbeten presenterat det de kallar "the patient-centred clinical method" (3-8). Metoden syftar till att öka läkarens känslighet för antydningar från patienten om hans eller hennes förväntningar, känslor och farhågor. Ökad uppmärksamhet på patientens egen dagordning har visat sig signifikant höja compliance och minska patientens oro.

Lars Ch Lassen (9) kunde utifrån en värdering av kvaliteten i den verbala kommunikationen mellan läkare och patient förutsäga compliance respektive icke compliance tre veckor efter konsultationen hos två av tre patienter. De patienter som följde ordinationer och råd mätte också bättre. Fyn den var statistiskt signifikanta.

En process-resultatstudie på kasuistiknivå ingår som en del i Inga Lundes kvalitativa studie "Patienters egenvärdering" (10). Hennes intervjuer belyser vad som händer när patientens förväntningar infrias eller inte infrias och hur patientens syn på det aktuella hälsoproblemet påverkas av läkarbesöket. Inga Lundes studie ger på detta sätt detaljkunskap om förlopp i ett patientperspektiv som är djupare och mer nyanserat än det sedvanliga frågeformulärets.

Begränsningar i metoderna

Process-resultatstudiernas frågeställningar är vitala, inte minst när det gäller att jämföra och säkerställa kvalitet. Men betydande metodproblem finns:

1. Många patienter är inte sjuka, och många har självläkande åkommor, vilket gör det svårt att identifiera vad som skulle kunna vara resultat av läkarens insatser. Tillfredsställelse är ett mycket oprecist mått, eftersom de allra flesta patienter uppger sig vara nöjda. I Bensings studie från Holland (11) kunde experter med stor pålitlighet skilja mellan bra och dåligt psykosocialt bemötande i videoinspelade, autentiska konsultationer. Men patienterna själva brydde sig endast obetydligt om dessa skillnader.
2. Konsultationen är en sammansatt händelse där många omständigheter gemensamt påverkar de resultatmått vi använder. Beror sam-

bandet mellan patienttillvändhet och compliance på doktors planmässiga handlande eller på att de följsamma patienterna också är lättare att prata med? För att vi ska komma runt den här svårigheten, måste studiet av konsultationen göras så specifikt som möjligt. Ju mer distinkt ett element i konsultationen kan avgränsas, till exempel att göra klart hur läkare och patient var och en ser på problemet, desto lättare är det att sammanbinda detta element med resultatparametrar. Frågan är bara hur vi når denna specificitet. Det gäller att isolera ett fenomen i den helhet som konsultationen utgör. Smits och medarbetare hävdar utifrån sin studie från Holland (12), att doktorer som är mer kommunikativa också är mer professionella när det gäller somatisk undersökning. Man konkluderar att kompetensen förefaller förankrad i en generell dimension och inte låter sig förklaras av "delskickligheter". På ett ideologiskt plan har vi länge hävdat helhetssynen, ett divergent perspektiv. I forskningen förefaller vi tvingas in i ett studium av detaljer – ett konvergent perspektiv. Här har vi ett relevansproblem.

Hur kan resultatet förändras/förbättras?

Utbildning i kommunikation har av Byrne och Long (1) och gruppen kring "the patient-centred clinical method" (6) visat sig göra läkare något mer patienttillvända. Konsultationsstilar kan modifieras.

Studier av Kaplan, Greenfield och Ware (13) visar att patienter med diabetes och hypertoni, som vägletts i hur de ska ta till vara sina intressen när de träffar läkaren, sänker sina HbA1C-respektive blodtrycksnivåer i förhållande till kontrollpatienter, som enbart fått en faktainformation.

En drastisk och direkt intervention har Björn Olsson och medarbetare beskrivit (14). Patienter med halsinfektion som fick ett grundligt och delvis rituellt bemötande men med utrymme också för egna frågor tillfrisknade snabbare än de som bemöttes endast mycket ytligt och snabbt.

Interventionen kan också vara, som Kirsti Malterud (15) beskriver i sin avhandling, att medvetet och inom en teoretiskt definierad ram utveckla ett antal nyckelfrågor, som förväntas ge bredare kunskap om kvinnliga patienters föreställningar, försäntningar och erfarenheter. Eftersom det här handlar om individuell aktionsforskning utvecklas interventionen kontinuerligt. Nyckelfrågorna skulpteras fram i växelverkan med det gensvar som väcks.

Begränsningar i metoderna

Den stora fördelen med interventionen är att påverkan av yttre faktorer neutraliseras, åtminstone om man gör en kontrollerad studie. Men det finns bara få kontrollerade studier av konsultationen, vilket troligen hänger ihop med att det är lättare att styra doser av läkemedel än av drogen doktor. Dessutom går många av process-resultatstudiens problem igen i interventionsstudien, oberoende av om denna är kontrollerad eller ej. Det är nämligen svårt att säga vad i interventionen som faktiskt ger den registrerade effekten. Element måste isoleras även här. Till exempel är det, i Björn Olssons studie (14) av halsinfektioner, svårt att veta om det var pannspegeln eller patientens frågeutrymme som gav effekt. I Kirsti Malteruds studie (15) är det svårt att avgöra om det är hennes nyckelfrågor specifikt eller det förhållningssätt hon utvecklar med frågorna som samlade begrepp, som öppnar dörren till kvinnornas erfarenhetsvärld. För Kirsti Malteruds egna kliniska arbete spelar inte detta någon större roll, men när det gäller att generalisera hennes erfarenheter har det betydelse.

Vad har konsultationsforskningen uppnått?

Konsultationsforskningens resultat stöder den ganska självklara uppfattningen, att det är viktigt att aktivt söka patientens förväntningar och idéer. Medicinens underlåtenhet i det här avseendet kan bara tillskrivas den samlade effekten av gamla auktoritära strukturer i läkarrollen och den biomedicinska reduktionens framgångar. De metodologiska begränsningarna gör att konsultationsforskningen endast ger begränsade inblickar i den kompletta medicinska verklighet som konsultationen egentligen är. Ändå större begränsning ligger dock i den del av arvet från Byrne och Long, som säger att kommunikation är något för sig, skilt från det medicinska innehållet. Det är nödvändigt att bryta med den här traditionen om konsultationsforskningen mer påtagligt ska kunna närma sig praktiken. Jag tänker därför i det följande ge synpunkter på förhållandet mellan ...

Konsultationen som praktik och som vetenskap

Konsultationen är inte bara prat utan ett samlade begrepp för en speciell mänsklig praktik av kött och blod och språk. Om forskningen om konsultationen ska komma den här praktiken på spåren, bör vi som allmänläkare och presumtiva forskare tänka på tre saker:

För det första: Vi måste inse att konsultationsforskningen alltid kommer

FORSKNINGS- STIPENDIUM

ALLMÄNMEDICIN/PRIMÄRVÅRD

Forskningsstipendiet som är på 75.000 kronor syftar till att stödja såväl klinisk som epidemiologisk forskning inom allmänmedicin. 1992 års stipendium är avsett att stödja och stimulera forskning som syftar till att öka kunskapen om hjärt/kärlsjukdomar. Stipendiet är avsett för icke graduerade forskare inom allmänmedicin/primärvård. Stipendiet finns 1992 tillgängligt att fördelas till en eller flera sökande. Beloppet eller de fördelade beloppen skall utnyttjas som

forskningskostnader

- a) t ex materialanskaffning, eller
- b) studieresor som har betydelse för sökandes forskning.

Innevarande år består stipendiekommittén av

professor Calle Bengtsson, Göteborg (ordförande)
professor Bengt Scherstén, Lund
professor Gösta Tibblin, Uppsala
professor Erik Trell, Linköping
dr Jan Abelin, Bayer Sverige AB, Stockholm

Stipendiekommitténs kontaktman för praktiska frågor är Sten Jelinek, tel 031-83 98 00. **Ansökan** skall innehålla kortfattad forskningsplan med litteraturreferenser, ekonomisk kalkyl samt curriculum vitae. Sökanden skall vara färdigutbildad läkare, men även icke graduerad läkare kan söka. Ansökningsblankett och stadgar kan rekvireras från Bayer Sverige AB.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda **senast den 1 februari 1992 (poststämpels datum)** under adress:

Bayer Sverige AB, Affärsområde Farma, Box 5237, 402 24 Göteborg.

Kommitténs beslut kommer att tillställas de sökande personligen och kan ej överklagas.

Avrapportering sker i kort form till stipendiekommitténs ordförande.

att vara begränsad i förhållande till praktiken själv. Praktikern kommer aldrig att bli en vetenskapsman i den meningen att allt han eller hon gör kan härledas till ett vetenskapligt övervägande. Man kan heller inte gå in i konsultationen med medvetandet vänt mot forskningsbaserade detaljanvisningar utan att bli mer eller mindre otillgänglig.

Man behöver i stället utveckla generella förhållningssätt och färdigheter som möjliggör spontanitet och individualisering. Att uppfatta helheten i det patienten presenterar, och där kunna utskilja det allra väsentligaste, är den specifika och samtidigt praktiska förmåga, som gör läkaren.

För det andra: Vi bör skapa en plattform av kollektiv reflektion, som gör att det unika inte evigt förblir också det privata och hemliga. Det är skillnad på tyst kunskap och på att hålla tyst. Det traditionella vetenskapliga regelverket kan här fungera antivetenskapligt genom att förhindra att viktig verklighet blir avtäckt. Fallbeskrivningen är central, men det gäller också att försöka systematisera erfarenhet på praktikens egna villkor. Kort sagt, vi behöver en allmänmedicinens essäistik, som ett friskt flöde i våra vetenskapliga tidskrifter. Kvalitetskraven behöver man inte släppa på, för essäer kan man inte läsa om de skrivs hur som helst.

Det tredje vi bör tänka på för att komma vår egen praktik på spåren, är våra begrepp. Den medicinska ordboken går från M till M, från morbus till mors. Vi har alla varit läroaktiga och sitter nu snärda av språkliga konventioner, som hindrar oss att namnge våra erfarenheter. Jag ska här göra ett försök att med en kortfattad begreppsanalys illustrera skillnaden mellan medicinsk teori och medicinsk praxisteori, eller konsultationsteori om man så vill. Det handlar om symptom och symtompresentation. I den medicinska teorin är symtomet ett uttryck för en definierad kroppslig förändring eller störning, ett konvergent begrepp. För patienten är symtomet däremot framför allt en hotfull eller plågsam förändring i kroppsupplevelsen, som är en jagupplevelse. Det går inte att säga "jag" och samtidigt tänka bort sin kropp. I konsultationen framträder symtomet i en tredje dimension – som en symtompresentation. Närmare än till presentationen kommer läkaren aldrig symtomet. Vad läkaren bedömer i kliniken är i själva verket en handling; ett försök av patienten att förmedla den förändrade jagupplevelsen: "Jag har ont i bröstet!" Form och innehåll går inte att särskilja i presentationen. Ett starkt uttryck för smärta är i praktiken också stark smärta och en diffus presentation blir ett diffust symtom, oberoende av vad

patoanatomien säger. Symtompresentationen är ett divergent begrepp. Det kan inte utsägas utan att allt samtidigt finns där – mottagningsrummet i tiden och det sociala sammanhanget, patienten med sin förändrade jagupplevelse och sitt behov att bli förstådd, läkaren med sin förståelseberedskap mobiliserad, tillfälligt glömsk av sina kunskaper. Förstår läkaren symtompresentationen, jag då har han förstått en medmänniska. Diagnostik och kommunikation löper i samma spår. Vetenskapen om konsultationen kan därför inte i första hand vara en vetenskap om pausers placering och replikers språkliga kännetecken. Intressantare är att symtomet bröstsmärta kan betyda allt från hjärtesorg till hjärtinfarkt, men att symtompresentationen – "Jag har ont i bröstet!" – alltid har en specifik innebörd, eftersom den uttals av en särskild människa vid en given tidpunkt. Här, i den specifika tolkningen, ställs konsultationsforskningen inför sin verkliga utmaning.

Referenser

1. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. Exeter: Royal College of General Practitioners, 1976.
2. Arborelius E, Bremberg S, Timpka T. What is going on when the general practitioner doesn't grasp the situation? Fam Pract 1991;8:3-9.
3. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Soc Sci Med 1984;19:167-75.
4. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown J. The patient-centred clinical method. 1. A method for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract 1986;3:24-30.
5. Brown J, Stewart MA, McCracken EC, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. Fam Pract 1986;3:75-9.
6. Stewart MA, Brown J, Levenstein J, McCracken EC, McWhinney IR. The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. Fam Pract 1986;3:164-7.
7. Henbest RJ, Stewart MA. Patient-centredness in the consultation. 1. A method for measurement. Fam Pract 1989;6:249-53.
8. Henbest RJ, Stewart MA. Patient-centredness in the consultation. 2. Does it really make a difference? Fam Pract 1989;7:28-33.
9. Lassen LC. Compliance i almen praksis. (Avhandling). Köpenhamn: Institut for almen medicin, Köpenhamns universitet, 1989.
10. Lunde IM. Patienters egenbedömning – et medicinskt perspektivskift. (Avhandling). Köpenhamn/Århus/Odense: FADL's forlag, 1990.
11. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Soc Sci Med 1991;32:1301-10.
12. Smits AJA, Meyboom WA, Mokkink HGA, van Son JAJ, van Eijk J. Medi-

cal versus behavioural skills: an observation study of 75 general practitioners. Fam Pract 1991;8:14-8.

13. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989;27:110-27.
14. Olsson B, Olsson B, Tibblin G. Förväntansekter vid tonsillitbehandling. Personligt bemötande gav snabba tillfrisknande. Läkartidningen 1988;85:610-3.
15. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. (Avhandling). Oslo: Tano, 1990.

Författarpresentation

Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare.

Postadress: Kvartersakuten Tor, Surbrunnsgatan 66, 113 27.

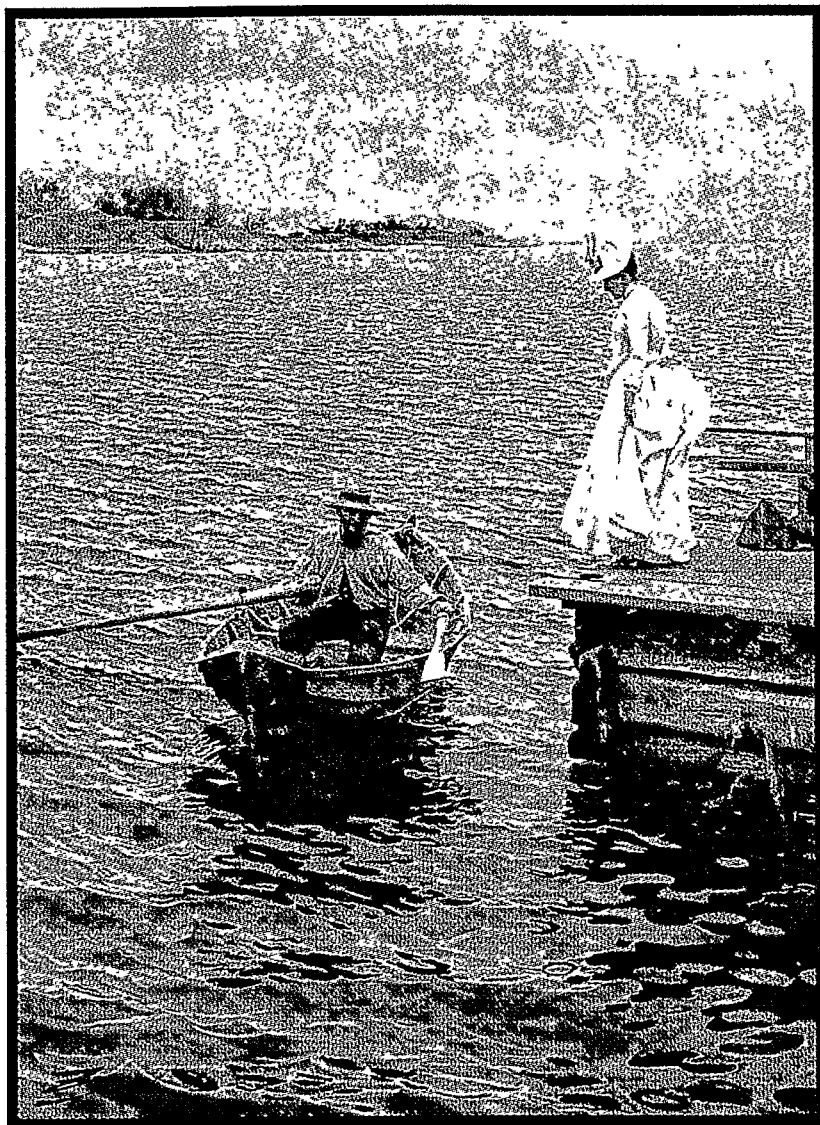
SFAMs Stiftelse för Allmänmedicinsk Forskning utlyser 1991 års stiftelsepris

Styrelsen för stiftelsen har valt, att inriktningen för 1991 års pris skall vara utvecklingen av handledarfunktionen. Vi söker personer som har bedrivit utvecklingsarbete av handledarfunktionen. Ansökningar till pris eller förslag på pristagare med motivering skall lämnas senast den 15 december 1991 till

Professor Calle Bengtsson
Allmänmedicinska Institutionen
Redbergsvägen 6
416 65 Göteborg

Inkomna ansökningar till stiftelsen bedöms av stiftelsens styrelse som beslutar om utdelning av fondmedel. Priset utdelas på SFAMs vårmöte 1992.

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)



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

Katalogtext

ALFADIL R. Tabletter 1 mg, 2 mg och 4 mg. CO2C A04. 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 plasmakonzentration 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/total kolesterol även vid långtidsbehandling. Inga negativa metaboliska effekter har visats. Indikationer. Hypertoni. ALFADIL tabletter kan användas som monoterapi eller i kombination med en tiazid eller betablockerande substans, då behandling med diuretika eller beta-receptorblockerare 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 B3. Se speciellt avsnitt märkning. Erfarenheter från människa är begränsade men hitintills har ej någon form av säkerställd störning i reproduktionsprocessen kunnat iakttas. Fertilitetsstudier på råttor som erhållit höga doser doxazosin har visat reversibla effekter på hanarnas fertilitet (fördröjd ejakulation). Tills ytterligare erfarenheter föreligger bör ALFADIL ej ges under graviditet annat än efter särskilt övervägande. Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om doxazosin passerar över i modersmjolk. Biverkningar. Forekommande 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: Tata trängningar, ökad urinutsöndring. Ögon: Ackommodationsstörningar. Mindre vanliga. Allmänna: Ansikts/generellt ödem, synkope, ansiktsrodnad, feber/frossbrytningar, blekhet. Cirk.: Postural hypotension, arytm, perifert ischemi, angina pectoris. CNS: Darrningar, muskelstelhet. GI: Anorexi, aptitökning. Hud: Alopeci. Lufsvägar: Näsblod, bronkospasm, hosta, faryngit. Metabol.: Törst, hypokalemi, gikt. Muskuloskel.: Muskelsmärtor, ledsvullnad/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: Struphuvudsödem. Dosering. ALFADIL tabletter ges en gång dagligen. Initialdosen är 1 mg. Dosen kan beroende på terapisvar 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, prägling CN-1, Pfizersymbol). 28 st (dagmärkt, tryckpack). 133:00. 98 st (dagmärkt, tryckpack) 420:00. Tabletter 2 mg (vita, avlånga, välvda med skåra, prägling CN-2, Pfizersymbol). 98 st (dagmärkt, tryckpack) 483:00. 100 st (glas) 492:50. Tabletter 4 mg (vita, rombiska, prägling CN-4, Pfizersymbol). 98 st (dagmärkt, tryckpack). 612:80. 100 st (glas) 625:00. Apotekets utförligspris feb. 1991.

Ny förklaringsmodell för yrkesrelaterade muskelbesvär i skuldra och nacke

ULF MÅWE

Vid ett symposium organiserat av Naprapathögskolan i Stockholm och Svenska Naprapatförbundet den 26 maj 1991 i Stockholm, redogjorde Göran Hägg, civilingenjör, Arbetsmiljöinstitutet i Solna, inför ett auditorium på cirka 200 personer, om sina forskningsrön.

Inte hela utan specifika delar av muskeln drabbas vid statisk belastning

Föreläsaren hävdade att de metaboliska överansträngningsskadorna som sker på mitokondrienivå vid belastning i muskulatur inte är generella utan drabbar speciella motoriska enheter. Tvärt emot tidigare teorier kring yrkesmässiga muskelskador spelar enligt denna teori inte belastningens grad någon avgörande roll. Det är i stället tiden som den motoriska enheten är aktiverad som avgör om mitokondrieskada uppstår eller ej.

Motorenheterna aktiveras och inaktiveras trappstegsvis

Det är också visat att den motoriska enhet som aktiveras först tillika inak-

tiveras sist. I en och samma muskel finns olika typer av motoriska enheter med olika sammansättning. De motoriska enheterna indelas i olika grupper efter när de aktiveras.

Ju mer belastning desto fler motoriska enheter blir aktiverade men under kortare tid och har därför, jämfört med dem som rekryteras först, mindre risk att bli skadade.

Föreläsaren kallade därför dessa motorenheter som aktiveras först och inaktiveras sist för "askungeenheter".

Statisk belastning skadar selektivt vissa motorenheter

Poängen är att det alltid är den motoriska enhet som aktiveras först (och inaktiveras sist) som först blir skadad. De övriga motoriska enheterna blir sedan trappstegsvis aktuella för den statiska belastningsskadan. Durationen av den statiska belastningen och inte graden avgör skadans omfattning.

Ett förändrat arbetsmiljöarbete måste till

Om Göran Häggs elektromyologiska undersökningar är riktiga, vilket ju

kan stämma med kliniska iakttagelser, är det meningslöst att genom olika tekniska anordningar och ergonomiska åtgärder minska graden av den statiska belastningen.

Tidsbegränsa statistiskt arbete

Den viktigaste slutsatsen blir, att ordnara avbrott med exempelvis dynamisk aktivitet vid allt statistiskt arbete. Det kan ju lösas på flera sätt. Ett arbete med statiska komponenter delas in i 10-20 minuters intervall med paus eller växling i arbetsuppgifterna. Löpande bandet med arbetsuppgifter som inte är särskilt tunga ur belastningssynpunkt, men där statistiskt precisionsarbete förekommer timme ut och timme in, är enligt Göran Häggs förklaringsmodell dem man alltså ska undvika.

Författarpresentation

Ulf Måwe, distriktsläkare.

Postadress: Mjölkuddens vårdcentral, 951 57 Luleå.

Aktuell allmänmedicinsk forskning

ANDERS HÅKANSSON

Det första allmänmedicinska forskarkollegiet avhölls under tiden 27-28 augusti i Dalby. Sveriges disputerade distriktsläkare och de allmänmedicinska

professorerna träffades och utbyte erfarenheter under rubriken "Forskning igår-idag-imorgon".

Professor Bengt Scherstén kallade till allmänmedicinskt forskarkollegium i Dalby den 27-28 augusti. Och nästan alla kom. Inbjudna var Sveriges disputerade distriktsläkare och de allmänmedicinska professorerna.



Forskargruppen samlad utanför vårdcentralen i Dalby.

Bättre syrakontroll!

● Refluxesofagit

● Ventrikelsår

● Duodenalsår

Symbolen för LOSEC® föreställer en stiliserad parietalcell. LOSEC® aktiveras i denna cell och påverkar där saltsyraproduktionens slutsteg. Därigenom uppnås - i jämförelse med H₂-receptorblockerare - en bättre kontroll av saltsyran vid behandling av refluxesofagit, ventrikelsår och duodenalsår.

LOSEC® (omeprazol) är en protonpumpshämmare och finns som kapslar (14, 28 och 56 st) samt injektionssubstans (I+II) 40 mg. Indikationer: Korttidsbehandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit. Zollinger-Ellisons syndrom. För fullständig information se FASS.

omeprazol
LOSEC®
-protonpumpshämmaren

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

Läkare, idag verksamma som distriktsläkare, disputerade inom allmänmedicin eller annat ämnesområde – deras verksamhetsorter och avhandlingstitlar. (Listan bygger på uppgifter från de allmänmedicinska institutionerna).

Per-Olof Bitzén Dalby	On the early detection and treatment of non-insulin-dependent diabetes mellitus in primary health care.
Cecilia Björkelund Göteborg	The Strömstad survey. A model for prevention of cerebrovascular and cardiovascular disease in women within the primary health care organization.
Lars Borgqvist Eslöv	Hip fracture patients in primary health care. Rehabilitation, outcome and costs.
Jan Cederholm Uppsala	A population study of glucose tolerance with aspects concerning non-insulin-dependent diabetes mellitus and hypertension.
Robert Eggertsen Mölnlycke	Beta-Adrenoceptor blockade and vasodilatation in essential hypertension. Hemodynamic studies at rest and during exposure to stress.
Melcher Falkenberg Kisa	Diabetes mellitus and hyper- and hypothyroidism in a community. Epidemiological and therapeutic aspects.
Sven Ferry Umeå	Urinary tract infections in primary health care in northern Sweden. Epidemiological, bacteriological and clinical aspects.
Anna-Karin Furhoff Huddinge	Jaundice and itching in pregnancy.
Barbro Hagander Dalby	Fibre and the diabetic diet. An evaluation of the metabolic response to standardized meals.
Birgitta Hovelius Lund	Staphylococcus saprophyticus. Characteristics, laboratory diagnosis and involvement in urinary tract infections.
Anders Håkansson Växjö	Epidemiology of pregnancy and infancy. Population-based studies in primary health care.
Arne Jakobsson Dalby	EKG i öppen och sluten vård – Praxis och nytta.
Ingvar Krakau Sollentuna	Development of primary care in Sollentuna.
Jerzy Leppert Västerås	Primary Raynaud's phenomenon in women. Epidemiological, clinical and therapeutic aspects.
Lars Lindholm Dalby	Hypertension and its risks. Epidemiological studies in Swedish primary health care.
Hans Lundgren Borby	Diabetes type 2. Results from a population study of women and from four primary health care centres with special reference to risk factors for diabetes.
Bertil Marklund Vänersborg	Medicinsk rådgivning på vårdcentraler och apotek. Omfattning, innehåll och utvärdering med särskild tonvikt på vårdcentralernas telefonrådgivning.
Bengt Mattsson Umeå	Clinical, genetic and pharmacological studies in Huntington's chorea.
Sture Mützell Uppsala	Alcohol consumption in a population sample of urban men with neuropsychological assessment and computed tomography of the brain.
Sigvard Mölstad Höör	Antibiotics usage and betalactamase production in respiratory tract bacteria.
Christina Nerbrand Karlstad	Cardiovascular diseases in seven counties of Sweden – Regional differences and risk factors.
Leopold Recht Lund	A new, simple hand test for assessment of normal grip function and for detection of early inflammatory hand dysfunction in primary health care.
Lennart Råstam Malmö	Vårdprogram för högt blodtryck. Ett försök med strukturerad hypertoni-vård i Skaraborgs län.
Bengt Segerbo Skärhamn	Biochemical effects altering seizure mechanisms of acute oxygen poisoning.
Johann Sigurdsson Reykjavik	High blood pressure in women. A cross-sectional and longitudinal population study of women.
Göran Sjönell Stockholm	Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area.
Jan Stillström Märsta	Studies on the immunogenicity, immunosensitivity and oncogenicity of SV40-transformed cells in the CBA mouse.
Göran Westman Umeå	Respiratory tract infections in children. Aspects of etiology, incidence and recurrent infections.
Margareta Söderström Dalby	Planning primary health care provision. Assessment of development work at a health centre.
Eva Österberg Sollentuna	Urinary tract infection in primary health care. Aspects of clinical evaluation, etiological factors, laboratory diagnosis and therapy.

Forskning igår-idag-imorgon

Under två intensiva dagar presenterade forskare från Simrishamn i söder till Umeå i norr sig för varandra under rubriken "Forskning igår-idag-imorgon! Det handlade om allt från syrgasförgiftning till telefonrådgivning, från graviditetsklåda till höftfrakturer. De vanligaste avhandlingsämnena rörde diabetes och hypertoni, luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner.

Flertalet forskare presenterade hela eller delar av sin avhandling och många passade på att ge högst personliga synpunkter på sin forskarkarriär. Ofta var det tillfälligheter som initierade forskningen. Alltid krävdes sedan såväl stort intresse som stora uppoftningar.

Den samlade allmänmedicinska publikationslistan var imponerande – 1250 gram i A4-format. Naturligtvis vägrade professorernas meriter tyngst, men flera av de yngre forskarna hade publicerat en stor mängd artiklar. De framtida allmänmedicinska professorerna lär utan tvekan kunna hämtas från de egna leden.

Alla hade inte disputerat vid någon av de allmänmedicinska institutionerna – våra institutioner är ju fortfarande väldigt unga. Totalt hade tio allmänmedicinare disputerat i Dalby, sju i Göteborg, fem i Uppsala, fyra i Stockholm, tre i Umeå och en i Linköping.

Stimulerande diskussion

Genomgående var diskussionen mellan föredragen mycket stimulerande och under den avslutande debatten hettade det till ordentligt.

Skall forskaren och hans/hennes forskning vara djup eller bred? Kanske bör man som forskare vara relativt djup, medan man som handledare måste satsa på bredden. I dagens situation, med brist på kompetenta handledare, är i varje fall bredden en tvingande nödvändighet.

Skall den allmänmedicinska forskaren skriva på engelska eller svenska? De mera betydande arbetena bör naturligtvis publiceras i internationella referentgranskade tidskrifter, men i samband med meritvärdering, bör nog en ökande tyngd ges till goda arbeten publicerade på modersmålet. Allt forsknings- och utvecklingsarbete lämpar sig inte för en internationell publik.

Hur mycket tid bör forskaren lägga på sin forskning och hur skapar man sig denna tid? Kanske är halvtid forskning och halvtid klinik en lämplig blandning. Eller en tredjedel av vardera forskning, undervisning och patientarbete. En del av de äldre forskarna hade fått tjänster som kliniska lärare/högskolelektorer, andra hade lyckats få högst personliga tjänster med upp till halvtid för forskning även i de



Vårdarna Bengt Scherstén och Inger Ekvall.

mindre landstingen. Dock konstaterades att intresset för forskning är viktigast och att tiden inte är fullt så viktig.

Hur skall egentligen den allmänmedicinska forskningen fördelas mellan de perifert belägna vårdcentralerna och de centrala institutionerna? Här måste nog svaret vara "både/och". Den vanlige distriktsläkarens engagemang i forskningen är högst väsentligt och institutionen har ett stort ansvar vad beträffar handledningen.

Varifrån får vi pengar till vår forskning? Här kom vi in på prioriteringsarbetet i Medicinska forskningsrådet. Vi rekommenderades också att söka pengar från läkaresällskapets olika fonder. Självklart har också det enskilda landstinget ett stort ansvar för att vardagsforskningen skall fungera. Många forskningsresultat är ju direkt användbara i det vanliga patientarbetet.

Varifrån rekryterar vi våra forskare? Genom att engagera oss mera i grundutbildningen stimulerar vi yngre kollegor till att söka sig till vår specialitet. Under specialistutbildningen bör vi uppmuntra till FV(ST)-arbeten. I södra regionen har redan ett par forskarutbildningskurser genomförts med såväl blivande som färdiga distriktsläkare som målgrupp.

Slutligen var vi nästan helt eniga om att kollektiv prenumeration på Scandinavian Journal of Primary Health Care bör vara en självklarhet för SFAMs medlemmar. Det är på intet sätt orimligt att vi som medlemmar i den vetenskapliga föreningen lägger 60–70 kronor per år på var och en av våra båda tidskrifter.

Prominenta gäster och primärvårdskejsare

Bland de inbjudna gästerna märktes medicine hedersdoktor Gustav Haglund, förre professorn i Dalby Åke Nordén, Christina Doctare från Soci-

alstyrelsen och Mats Ribacke från SFAMs styrelse. Professor Paul Backer från Köpenhamn bidrog med många tänkvärda synpunkter från andra sidan Sundet.

Med flygbåt över Öresund gick färden på tisdagskvällen. Efter en promenad uppför Ströget väntade middag på restaurang Kong Frederik. Diskussionens vågor gick höga vid middagsborden. Vid vårt bord tog vi bland annat fram lämpliga tjänstebeteckningar för den vanlige distriktsläkaren. I chefsöverläkarreformens kölvatten är det fritt fram för vars och ens påhittighet. Bland de mer imponerande titlarna kan nämnas "provinsiällkare av fältmarskalks grad" eller varför inte "primärvårdskejsare"!

Framtida forskarmöten

Avslutningsvis skall ett stort tack framföras till Sandoz, som stod för de ekonomiska förutsättningarna. De lokala krafterna, professor Bengt Scherstén och hans sekreterare Inger Ekvall, skall också ha många tack för ett mycket lyckat arrangemang.

Om ett år är det dags för ett nytt forskarkollegium, också detta i Dalby, också detta med Sandoz som sponsor. Dessförinnan, närmare bestämt den 14–16 maj 1992, skall den aktuella allmänmedicinska forskningen presenteras för SFAMs och distriktsläkarföreningens medlemmar under det för de båda föreningarna gemensamma vårmötet i Växjö.

Författarpresentation

Anders Håkansson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 35005 Växjö.

Polymyalgia reumatica vid en allmänläkarmottagning

ANDERS ÖVERBY

Polymyalgia reumatica (PMR) är en besvärlig sjukdom där allmänläkaren snabbt på egen hand kan få patienten besvärsfri. Här presenteras ett material på 15 patienter med PMR. Det visar sig bland annat att sjukdomen kan förekomma utan att sänkan är förhöjd. En normal temporalartärbiopsi kan finnas trots arteritsymtom.

Nyckelord: Polymyalgia reumatica, Temporalartärarterit, jättecellsarterit, Huvudvärk, Feber, Diagnos, Behandling, Forskning.

Polymyalgia är ett kliniskt begrepp som beskriver ett tillstånd med stelhet och värk i proximala muskelgrupper. Temporalartärarterit/jättecellsarterit är en granulomatös arterit som särskilt drabbar grenarna från arteria carotis. PMR och temporalartärarterit finns ofta samtidigt. Många anser det vara olika manifestationer av samma grundsjukdom (1).

Muskelsmärtan och stelheten vid PMR anses orsakad av en synovit som dock ej åtföljs av leddestruktion som vid reumatoid artrit (2). Besvären kan komma gradvis eller akut på en natt (2). Allmänsymtom, med feber, avmagring, dålig aptit eller trötthet, åtföljer oftast muskelsmärtan, men det förekommer att PMR debuterar enbart med sådana symtom (1). Huvudvärk, synstörningar eller andra besvär inom carotisområdet kan tyda på arterit (2). Temporalartärbiopsi bör då övervägas.

Metod och Material

Denna studie har genomförts på patienter med PMR-symtom. En del har också haft tecken på arterit. De kriterier som använts för att ställa diagnosen polymyalgia reumatica, framgår av Tabell I (1). Varje patient uppfyllde minst fyra av diagnoskriterierna.

Undersökningen är retrospektiv, materialet insamlades våren 1990. De 15 patienternas sjukdom hade debuterat mellan 1978–90. Tolv patienter hade själva beställt tid för läkarundersökning på grund av PMR-symtom. Hos tre personer upptäcktes åkomman i samband med återbesök för annan sjukdom.

Hos 14 patienter hade allmänläkaren ställt diagnosen PMR (varav författaren svarade för elva). Hos en hade

författaren ställt diagnosen paraneoplastiskt syndrom; patienten hade en lungförändring som sedan bedömdes som benign. Sex patienter remitterades till sjukhus i samband med insjuknandet, men de senaste åren har diagnosen helt skötts vid läkarstationen. Uppföljningen har för samtliga patienter gjorts av författaren. Av de 15 patienterna var sju kvinnor. Medelåldern var 73 år (59–85).

Resultat

Symtom

Fördelningen av PMR-symtomen framgår av Tabell I. Hos sex patienter fanns även symtom som talade för arterit (Tabell II). Symtomdurationen före PMR-diagnos var i genomsnitt tre månader (en till sex månader).

Laboratorieundersökningar

SR varierade mellan 10–101 mm, fyra patienter av 15 hade en SR under 30 mm (en av dessa hade arteritsymtom). Hb låg mellan 99–142 g/l. De sju som hade ett Hb under 120 g/l hade också förhöjd SR. Alkaliskt fosfatas eller ALAT var patologiskt hos tre av 15 personer. Sex patienter genomgick temporalartärbiopsi, som hos samtliga var normal (tre av dessa hade arteritsymtom). Tretton patienter utreddes på misstanke om malignitet eller kolagenos i samband med sjukdomens debut.

Behandling och förlopp

Den initiala cortisondosen var i genomsnitt 25 mg prednisolon per dygn (15–60 mg). Alla förbättrades snabbt på cortison. Två år efter sjukdomens debut behövde åtta av tolv patienter (67 procent) fortfarande cortison. Längsta behandlingstid var sex år. Tolv av 15 personer behandlades 1990 fortfarande med cortison, det vill säga sjukdomen var aktiv.

Flera recidiv av PMR uppträdde efter utsättning av cortison, i genomsnitt kom återfallen ett och ett halvt år efter utsättning. I ett fall dröjde det över sex år.

En patient drabbades under pågående cortisonterapi av osteoporos och kotkompressioner.

En patient fick först diagnosen PMR (proximal extremitetssmärta, stelhet, huvudvärk, SR 67) både av allmänläkare och på sjukhus. Ett halvår senare fick patienten på sjukhus diagnosen seronegativ reumatoid artrit med smärta och svullnad i handleder, smärta i knän och axlar. Lever-

Tabell I. Diagnoskriterier hos 15 patienter med polymyalgia reumatica. I genomsnitt uppfyllde varje patient drygt fem (fyra till sex) av nedanstående kriterier.

	Antal personer
Proximal extremitetssmärta	15
Äldre än 50 år	15
Besvär minst en månad	15
Allmänsymtom: feber, avmagring, anorexi	9
Kraftig stelhet, särskilt på morgonen	11
Ömhet i proximala extremitetsmuskler	6
Sänka över 30 mm	11

Tabell II. Sex av patienterna med polymyalgia reumatica hade arteritsymtom.

	Antal personer
Huvudvärk/tinningvärk	5
Ögonbesvär: synfältsbortfall eller "skymt för ögat" eller dubbelseende	2
Hosta	2
Öronvärk	1

värdena var patologiska. Patienten behandlades med NSAID och guld. Två år efter cortisonterapi avslutande recidiverade PMR-sjukdom med feber, huvudvärk, axelsmärta. Symtomen vek snabbt på cortison.

Vid en rutinkontroll av en patient som två år tidigare fått diagnosen PMR upptäcktes en brösttumör.

Efter PMR-diagnos drabbades fyra patienter av kärlkramp och en av cerebrovaskulär sjukdom. Detta inträffade när PMR-sjukdomen var under kontroll.

Diskussion

Förekomst hos allmänläkaren

Sjukdomen var 1990 aktiv hos tolv patienter vid läkarstationen. Antalet personer över 50 år i distriktet var 1437. PMR blir därmed en inte särskilt ovanlig diagnos hos allmänläkaren, dessutom fanns det en del PMR-patienter som sköttes av sjukhusläkare. Den reella prevalensen av PMR hos personer över 50 år har angivits till 10:1000 (1).

Symtom

Morgonstelheten, som elva av 15 hade i Koppom, är mycket karaktäristisk för sjukdomen. Arteritsymtom fanns hos sex personer. Som framgår av Tabell II fanns ögonsymtom hos två per-

soner (ingen av dessa genomgick temporalartärbiopsi). Här finns risk för synförlust beroende på skada på arteria oftalmica eller arteria centralis retinae (3). Cortisonbehandling skall inledas omgående!

Två av patienterna hade hosta. Halssmärta och hosta har tolkats som arterit i de carotisgrenar som försörjer halsen (2). En patient hade öronsmärta. Detta kan också bero på en arterit (4). Flera patienter hade feber. Har patienten dessutom hosta eller öronvärk kan sjukdomen misstolkas som en luftvägsinfektion. Huvudvärk, som fem patienter uppvisade, kan tala för arterit (2).

Laboratorieundersökningar, biopsi

Fyra av patienterna hade en SR på 30 mm eller lägre, men fick ändå diagnosen PMR. I Sverige har man hittills oftast krävt en förhöjd SR för diagnosen (5). Det finns ett fall i ansvarsnämnden, där en läkare frikänts efter det att läkaren avstått från cortisonbehandling av en patient med PMR-symtom och normal SR. Patienten drabbades av synförlust (6). Publiceringen av det fallet är orsaken till denna studie!

Det finns många rapporter om normal SR både vid temporalartärarterit/jättecellsarterit och vid PMR (7,8,13). Vanligtvis finns en kraftig stegring av SR, men den kan vara normal i över 20 procent (9). En samtidig anemi kan ge en falsk ökning av SR (10).

Tjugo procent av patienterna i Koppom hade patologiska levervärden. Detta är ett välkänt fynd vid PMR (1).

Sex av femton hade genomgått temporalartärbiopsi, vilken hos alla var normal. Under senare år har man alltmåra ifrågasatt värdet av temporalartärbiopsi hos patienter med endast PMR-symtom (5,11). Har patienten arteritsymtom bör man överväga biopsi, men även då kan biopsin vara normal (11,12). Detta kan inträffa även om SR är förhöjd (11), arteritförändringarna kan nämligen vara fläckvis lokaliserade.

Behandling och förlopp

Terapin vid PMR är prednisolon, initialt 15 mg per dygn (1). (Doser angivna i prednison har i denna artikel omvandlats till prednisolon). Om diagnosen är riktig förbättras patienten kraftigt inom några dygn (1). Om så ej sker, bör annan diagnos övervägas såsom kollagenos, neoplasm, hypothyreos, infektion, depression med mera. Det är ej nödvändigt att ha en normal SR när dosen minskas (1), snarast ökar detta risken för steroidbiverkningar. Vid arteritsymtom, särskilt från ögonen, startas cortisonterapi genast. Biopsi kan göras inom en vecka efter cortisonterapiens start. Vid ögonsymtom ges i början 50-60 mg

prednisolon per dygn i upp till fyra veckor (2).

Två år efter sjukdomsdebuten behövde 67 procent av patienterna i Koppom fortfarande cortison. Andra har visat att 70 procent använder cortison efter två år (2). Sjukdomen recidiverade bland Koppompatienterna i genomsnitt ett och ett halvt år efter utsättning av cortison. Det rekommenderas att följa patienten under minst två år efter utsättningen för att upptäcka recidiv (4).

En av patienterna (med arteritsymtom) ådrog sig en kotfraktur. Svenska erfarenheter talar för att cortisonterapi vid arterit inte ökar frekvensen höftfrakturer, och att andra cortisonorsakade biverkningar är milda trots långvarig cortisonterapi (14). Lungtuberkulos kan dock aktiveras av cortisonterapi!

Seronegativ RA fanns hos en person. Det finns en koppling mellan RA och PMR (16). Hos äldre med seronegativ RA bör man misstänka PMR vid symtom från axlar och höftleder. Knäledsbesvär (som hos patienten i Koppom) finns både vid PMR och RA (16). Differentialdiagnostiskt kan en låg cortisondos provas: den har snabb och dramatisk effekt vid PMR medan förbättringen är svagare vid RA (15).

En patient drabbades av malignitet. En dansk studie av patienter med PMR/jättecellsarterit har visat, att malignitetsrisken ej är ökad (16).

Några patienter insjuknade i kärlkramp eller cerebrovaskulär sjukdom vid en tidpunkt när PMR-symtomen var under kontroll. I en svensk studie fann man att patienter med arterit har ökad dödlighet i kärlsjukdom initialt (17). Denna överrisk försvinner efter fyra månader.

Slutsatser

Polymyalgia reumatica var inte en särskilt ovanlig diagnos i Koppom. Flera av patienterna hade dessutom symtom förenliga med arterit. En person hade en seronegativ reumatoid artrit, ett tillstånd som visats vara kopplat till PMR. Några personer hade normal sänka. Knappt hälften av patienterna hade genomgått temporalartärbiopsi som hos alla var normal. De flesta behövde cortison i minst två år.

PMR är en sjukdom som bör kunna utredas och behandlas av allmänläkare. Vid ögonsymtom skall cortisonbehandling startas genast!

Referenser

1. Stander PE. Polymyalgia rheumatica. Postgraduate Medicine 1989;86:131-8.
2. Healey LA. The spectrum of polymyalgia rheumatica. Clin Ger Med 1988; 4:323-31.
3. Bengtsson BÅ, Malmvall BE. The epidemiology of giant cell arteritis including temporal arteritis and polymyalgia rheumatica. Arthritis and Rheumatism 1981;24:899-904.
4. Allen NB, Studentski SA. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. Med Clin North Amer 1986;70:369-84.
5. Carlsson K, Mallmin H, Nordgren H. Temporalartärbiopsi - en meningsfull undersökning? Läkartidningen 1988; 85:2076-7.
6. Anonymus. Polymyalgia rheumatica utan förhöjd SR. Läkartidningen 1986;83:2768.
7. Kelly SP, Robertson DA, Rostron CK. Preventable blindness in giant cell arteritis. BMJ 1987;294:431-2.
8. Biller J, Asconapé J, Weinblatt ME, Toole JF. Temporal arteritis associated with normal sedimentation rate. JAMA 1982;247:486-7.
9. Ellis ME, Ralston S. The ESR in the diagnosis and management of the polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis syndrome. Ann Rheum Dis 1983; 42:168-70.
10. Love DC, Berler DK, O'Dowd GJ, Brooks JZ, Love RA. Erythrocyte sedimentation rate and its relationship to hematocrit in giant cell arteritis. (Letter) Arch Ophthalmol 1988;106: 309-10.
11. Robb-Nicholson C, Chang RW, Anderson S et al. Diagnostic value of the history and examination in giant cell arteritis: A clinical pathological study of 81 temporal artery biopsies. J Rheumatol 1988;15:1793-6.
12. Delocoeuillerie G, Joly P, Cohen de Lara A, Paolaggi JB. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: A retrospective analysis of prognostic features and different corticosteroid regimens (11 year survey of 210 patients). Ann Rheum Dis 1988;47:733-9.
13. Jacobson DM, Siamovits TL. Erythrocyte sedimentation rate and its relationship to hematocrit in giant cell arteritis. Arch Ophthalmol 1987;105:965-7.
14. Andersson R. Giant cell arteritis. Acta Med Scand 1988;224:193-4.
15. Healey LA. Late-onset rheumatoid arthritis vs polymyalgia rheumatica: Making the diagnosis. Geriatrics 1988; 43:65-72.
16. Boesen P, Sørensen SF. Giant cell arteritis, temporal arteritis and polymyalgia rheumatica in a Danish county. Arthritis and Rheumatism 1987; 30:294-9.
17. Nordborg E, Bengtsson BÅ. Death rates and causes of death in 284 consecutive patients with giant cell arteritis confirmed by biopsy. BMJ 1989;299:549-50.

Författarpresentation

Anders Överby, distriktsläkare i Skönneruds läkardistrikt.

Postadress: Läkarstationen, 670 41 Koppom.



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, distriktsläkare

Regionala läkemedelsinformationscentraler finns idag på flera platser i Sverige. Som modell står läkemedelsinformationscentralen vid Huddinge sjukhus, som funnits ända sedan 1974. Idag finns liknande verksamheter på Akademiska sjukhuset i Uppsala (ALICE), Regionsjukhuset i Umeå (ELINOR), Lunds lasarett (ELIS), Karolinska sjukhuset (CAROLINE) och Sahlgrenska sjukhuset (LIV).

Läkemedelsinformationscentralerna bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare. De besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive läkemedelsinformationscentral. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline, utvecklad vid Huddinge läkemedelsinformationscentral och tillgänglig som en del av Medline.

För att ge ökad spridning åt dessa frågor/svar kommer jag att fortsätta publicera några av dem i tidskriften AllmänMedicin.

Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp skriv eller ring till distriktsläkare Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/38500, fax 0766/38506.

Denna gång presenteras frågor från LIV, CAROLINE samt Huddinge Läkemedelsinformationscentral.

FRÅGA

En 63-årig kvinna behandlas sedan två år med metoprolol (Seloken ZOC) 50 mg x2 på grund av VES. Hon har också neurologiska restsymtom efter en encephalit.

Patienten lider sedan många år av migrän och brukar sporadiskt ta ergotaminpreparat för att kupera migränanfall. Då migränen varit svår under en vecka har nu patienten tagit sammanlagt 5 tabletter Lingrän à 2 mg. Redan efter andra tabletten erfor hon perifer kyla och stickningar i händer och fötter, som successivt blev marmorade. Två veckor senare är fötterna fortfarande marmorade kalla med en del echymoser och petekier.

Förstärker betablockare kärlspasmen som utlöses av ergotamin och hur länge kan spasmen sitta kvar?

SVAR

Ergotaminalkaloider och betablockare har välkända vasokonstriktoreriska effekter. Tre rapporter i litteraturen beskriver grav perifer ischemi hos patienter som behandlats samtidigt med betablockare och ergotaminpreparat. Några fallbeskrivningar ur litteraturen får illustrera detta:

Fall 1: En 21-årig man som dagligen i 2 veckor tagit 3 mg metysergid (Sansert) och 120 mg propranolol (Inderal) utvecklade successivt smärtor och perifer kyla i benen. Tillståndet förvärrades och patienten fick gangrän trots försök att behandla med Rheomacrodex, isoprenalin och heparin. Sex dagar efter inkomsten till sjukhus utfördes bilateral underbensamputation.

Fall 2: 28-årig kvinna som under en längre tid stått på oxprenolol (Trasicor) och ergotamin (plus ett flertal andra läkemedel) utvecklade kyla och smärtor i fötterna. Symtomdurationen var oklar och tillståndet förbättrades snabbt av nitroglycerin och heparin intravenöst.

Fall 3: En 61-årig man som stått på supp Cafegot 1x2 (ergotamin-tartrat) i sex års tid. Efter tillägg av propranolol 30 mg dagligen utvecklade han snabbt smärtor och köldkänsla i fötterna. Fyra dagar efter utsättandet av alla mediciner hade han svår migrän, men symtomen i fötterna hade gått i regress och fotstatus var helt utan anmärkning.

Till Läkemedelsverkets biverkningsregister har inkommit två anmälningar med liknande fall. Perifert gangrän har också beskrivits som komplikation till propranolol och metoprolol utan samtidigt intag av ergotaminalkaloider. Känsligheten för ergotamin varierar mycket mellan olika individer.

Ergotamininducerad djup ventrombos har också beskrivits.

Det aktuella fallet bör rapporteras till läkemedelsverkets biverkningsregister.

Tillägg: Hos den aktuella patienten satte man omgående ut tablett Seloken Zoc och artärspasmen behandlades med kapslar Adalat 10 mg x3 och tabletter Capoten 50 mg x3 varvid cirkulationen i extremiteterna förbättrades under en veckas behandlingstid.

FRÅGA

En 78-årig man har i ett par månader behandlats med tabletter Adalat 10 mg 1x2 på grund av Raynauds fenomen, ingen annan medicinering. Han har nu fått dagliga domningskänslor i underbenen.

Kan detta vara en biverkan av nifedipin och kan patienten fortsätta behandlingen?

SVAR

Ett orsakssamband mellan nifedipinbehandling och patientens symtom kan inte uteslutas. Muskelkramp och parestesier har beskrivits som biverkan till nifedipin. I Läkemedelsverkets biverkningsregister finns fyra rapporter om parestesier där sambandet med nifedipintillförelse bedömts som möjligt.

I några publicerade fall har besvären upphört snabbt när behandlingen satts ut (dagar) och också återkommit lika snabbt i de fall medlet åter satts in. I det aktuella fallet bör behandlingen utsättas och fallet anmälas till biverkningsregistret. Om behandlingen ska återupptas eller inte beror på patientens cirkulatoriska tillstånd och reaktion för övrigt.

FRÅGA

Patienter som fått magsäcken bortopererad har tidigare ordinerats Cavitos (kalciumkarbonat och multivitamin) som kosttillskott. Cavitos tillverkas inte längre och kombinationen kalk och multivitamin finns inte längre i någon beredning. Vi ordinerar nu Omnibionta (multivitamin och mineraler) och undrar vilket kalciumsalt som magsäckopererade bäst tillgodogör sig?

Ska man välja Kalciumkarbonat ACO eller Calcium-Sandoz (kalciumgluconat)?

SVAR

Kalciumkarbonat omvandlas av magsäckens saltsyra till kalciumklorid varifrån vanligen omkring 20 procent kalcium absorberas i tarmen.

Kalken i kalciumkarbonat absorberas inte när saltsyra saknas vilket innebär att gastrektomerade patienter inte kan tillgodogöra sig detta kalciumsalt. Kalciumgluconat absorberas från tunn-tarmen till ungefär 1/3 av intagen mängd. Absorptionsgraden är troligen högre vid kalciumbrist eller då födan innehåller liten mängd kalcium men minskar med stigande ålder.

Hos patienter med tendens till njursten rekommenderas ett ökat vätskeintag vid kalciumtillförelse.

Kalcium interagerar bland annat med digitalisglykosider och tetracykliner.



Medvetet val av läkemedel kan sänka kostnaderna

J LARS G NILSSON

I debatten framförs ofta att läkemedel kostar för mycket och att besparingar måste göras på läkemedelsnotan. Underförstått menar man då ofta en besparing av samhällets kostnader för läkemedel. Detta kan man till exempel åstadkomma genom att

- minska läkemedelsanvändningen;
- öka användningen av billigare läkemedel;
- öka egenvården;
- kombinera dessa åtgärder.

Vår kunskap om vilka effekter som olika tänkbara beslut ger är tyvärr begränsad. I den här artikeln skall jag försöka presentera något om vad vi vet och var kunskap saknas och vilka effekter man kan vänta sig som resultat av olika åtgärder.

Minska läkemedelsanvändningen

Minskad läkemedelsanvändning är troligen ingenting som kan beslutas i sig, utan den är snarare en följd av andra åtgärder, till exempel att landstingen får kostnadsansvaret för läkemedelsförmänen och att läkare eller vårdcentraler därmed får en läkemedelsbudget. Minskade läkemedelsförmåner för den enskilde kan ha samma effekt.

Idén om att minskad läkemedelsanvändning skall ge positiva effekter bygger på antagandet att det idag finns en överanvändning av läkemedel i samhället. Vad som är lagom här är svårt att fastställa. I en europeisk jämförelse av läkemedelsförskrivningen, ligger Sverige totalt sett i mitten. För enskilda läkemedelsgrupper har Sverige en låg användning, för andra en hög. Sverige ligger i allmänhet högre än övriga nordiska länder, men mycket lägre än Tyskland.

Hur sjukvårdskostnaderna påverkas av ändrad läkemedelsanvändning är dåligt känt. Man kan tänka sig att minskad användning kan leda antingen till ökade sjukvårdskostnader på grund av att sjukdomstillståndet förvärras och blir mer vårdkrävande eller till minskade kostnader därför att läkemedelsbehandlingen inte var motiverad eller medförde vårdkrävande bieffekter. Det är troligt att det finns både en över- och en underförbrukning av läkemedel beroende på vilka sjukdomsgrupper man studerar. Kalkyler som gjorts inom Apoteksbolaget antyder till exempel att omkring 1/5 av alla personer med hypertoni inte går till läkare. Vi har även funnit att 1/4 av de recept på läkemedel mot hypertoni som skrevs ut under 1989 aldrig hämtades ut på apotek.

Man kan konstatera, att sambandet mellan läkemedelsanvändning och sjukvårdskostnader inte är enkelt. Det är möjligt att mindre läkemedelsanvändning kan minska sjukvårdskostnaderna, men det är också tänkbart att sjukvårdskostnaderna stiger.

Större användning av billigare läkemedel

Då man talar om att använda billigare läkemedel kan detta innebära två saker:

- mer användning av billiga generika i stället för dyrare originalpreparat;
- restriktiv användning av nya dyrare preparat.

Av dessa två möjligheter har debatten hittills fokuserats på generika medan den restriktiva användningen av nya dyrare preparat inte har diskuterats, trots att detta troligen har den största ekonomiska effekten.

Ökad användning av generika kan ge en besparing. Olika siffror har framförts i debatten. För att få en klar bild av detta har vi med våra datorer räknat om alla recept som skrevs ut under

1990. Vi har funnit, att om samtliga läkare genomgående valt den billigaste synonymen, skulle detta ha lett till en kostnadsminskning på 776 mkr eller 7.8 procent. Om läkarna å andra sidan genomgående valt den dyraste synonymen, skulle fördyringen ha blivit 820 mkr eller 8.2 procent. Detta visar att generika redan spelar en stor roll och att man teoretiskt kan vinna ungefär lika mycket. Det är dock tveksamt om det som är teoretiskt möjligt går att uppnå i praktiken, eftersom till exempel många personer med långtidsmedicinering är väl inställda på ett visst preparat. Ett byte skulle troligen upplevas som problem för patienten med ytterligare läkarbesök och nya kostnader som följd. Vår bedömning är, att det inte är praktiskt möjligt att nå mer än ungefär hälften av det som är teoretiskt möjligt, dvs 300–400 mkr.

Den andra aspekten på billigare läkemedel är, att endast restriktivt nyttja nya dyrare läkemedel. För att underlätta detta, har enkla kostnadsjämförelser presenterats i Läkemedelsboken 91/92. Där visas grafiskt kostnadsjämförelser för läkemedel som används vid de tolv största öppenvårdsindikationerna. Den största av dessa är hypertoni. Under 1990 förskrevs det läkemedel mot hypertoni för 878 mkr. Kostnadsjämförelsen mellan olika preparat visas nedan. Den anger kostnaderna för 90 dagars behandling, det vill säga kostnader för det recept läkaren i regel skriver ut. Ytterligheterna visar på mycket stora kostnadsskillnader. Man kan teoretiskt sett behandla en patient med hypertoni under tre månader till en läkemedelskostnad av under 50 kronor genom att till exempel välja ett billigt tiazidpreparat. Om man i stället väljer ett av de nya dyrare ACE-hämmarna, kan kostnaden bli 600–700 kronor.

Eftersom läkemedelsreklamen fokuserar på de nya preparaten, är det tänkbart att patienter som mycket väl skulle få en bra terapi genom ett billigt preparat, i stället ordineras ett av de dyrare. Detta val står inte i första hand mellan generika eller originalpreparat, utan lika ofta mellan olika originalpreparat. Läkemedelskommittéerna borde kunna spela en stor roll då det gäller att formulera kriterier för vilka patienter som bör ordinerar de olika preparaten. Kommittéernas roll kommer därmed att ändras från preparatvalskommittéer (rekommendera ett preparat i varje läkemedelsgrupp) till att bli terapikommittéer, det vill säga rekommendera vilka patienter som bör få de olika preparaten. Optimala läkemedelsval baserade på denna typ av överväganden har troligen större kostnadseffekter än valet mellan generika och originalpreparat.

Öka egenvården

Många lindriga sjukdomstillstånd kan hanteras genom egenvård. Om detta kan ske i rätta former, behöver sjukvården inte belastas. Apoteken spelar en stor roll här och de råd som den sjuke behöver kan ges på apoteket i samråd med lokal sjukvård.

För en effektiv egenvård måste det finnas tillgång till receptfria läkemedel. För att möjliggöra detta har under senare år läkemedel mot en lång rad lindriga sjukdomstillstånd blivit receptfria. Läkemedelsverket och Apoteksbolaget har tillsammans utarbetat kriterier för information om och tillgänglighet av de receptfria läkemedlen. Tack vare detta samarbete har läkemedlen kunat användas rätt och biverkningar undvikits. De läkemedel som på så sätt överförs från recepttvång till egenvård betalas av den enskilde och belastar inte samhällsbudgeten.



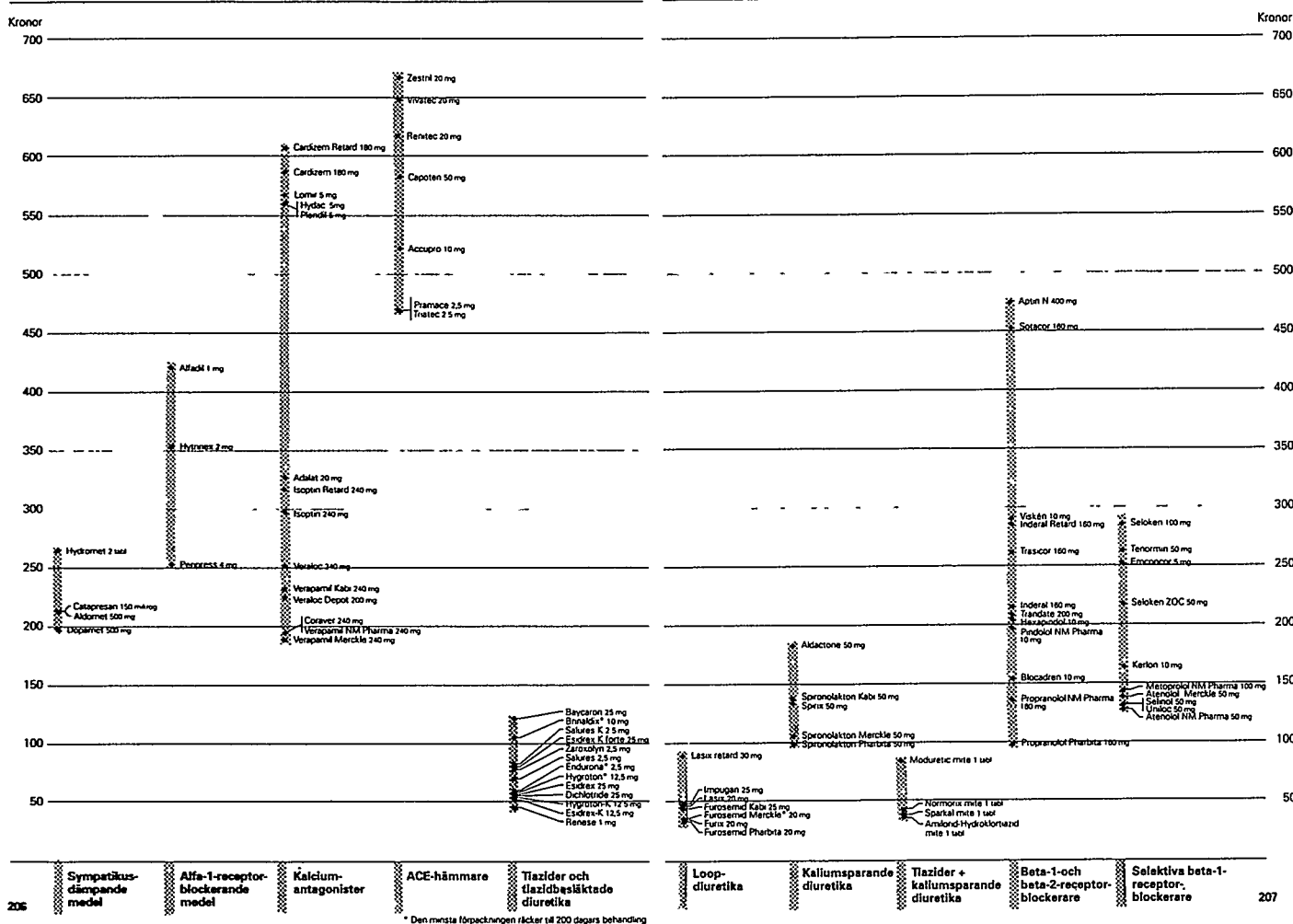
Kombinationer av åtgärder

De åtgärder som presenteras ovan är inte oberoende av varandra. En minskning av läkemedelsförmånen skulle troligen även leda till en minskad användning av läkemedel och/eller val av billigare preparat. Eftersom systemet är komplext är det troligt att beslut som är avsedda att beröra endast en faktor även ger effekter på de övriga som diskuteras här.

Debatten om läkemedelskostnader bör i första hand handla

om hur man skall påverka sjukvårdskostnaderna. Det är då viktigt att de åtgärder som föreslås från politiskt håll inte leder till en minskning i läkemedelsnotan och samtidigt en ökning av totala sjukvårdskostnaderna. Man bör ha detta i minnet eftersom de alternativ till läkemedelsbehandling som finns kan kräva stora resurser på annat håll i vården. Läkemedel är, trots höga kostnader, ofta en billig terapi när man jämför med de alternativ som idag finns.

Kostnadsjämförelser. Läkemedelskostnader för 90 dagars behandling av hypertoni



Hur gick det med det receptfria cimetidinet Danmark?

läkemedelskostnaderna tilldrar sig stort intresse i alla länder avsett vilken typ av försäkringssystem man har. Försök till esparingar i kostnaderna kan inriktas på

- vilka personer som omfattas av försäkringen;
- vilka sjukdomar eller sjukdomssymtom som skall omfattas av försäkringen;
- vilka läkemedel som skall omfattas av försäkringen;
- hur lång tid av läkemedelsbehandling som förskrivningen får avse;
- vilken egen kostnadsandel som patienten skall stå för osv.

Olika försäkringssystem tillgriper olika metoder, men möjligheterna att företa åtgärder är begränsade till de variabler som nämns ovan. Uppföljningen av utfallet av de åtgärder man vidtar är ofta bristfälligt – dels på grund av att det är svårt att utvärdera om man sparar några procent av kostnaderna när det totala kostnadsökningen samtidigt är 10–12 procent om året – och dels därför att beslutsfattaren kanske inte alltid riktigt vill veta hur konsekvenserna av beslutet blev. Framför allt är det mycket vanligt att man tar reda på effekterna för alla parter. Man nöjer sig ofta med att konstatera att den borttagna rabatten på ett visst läkemedel ledde till att det läkemedlet inte längre finns på försäkringens utgiftsnota. Konsekvenserna för sjukvårdskostnaderna totalt eller för förskrivare och patienter är sällan studerade.

I Danmark gjorde man en ovanligt ambitiös värdering i samband med att man 1989 ändrade reglerna för magsårsmedel. Man tog bort både receptplikt och rabatt (tilskud) för all magsårs- och stritmedicin. Nya läkemedel, exempelvis omeprazol (Losec) blev receptpliktiga men även för dessa tog man bort rabatten. För att inte de medicinska konsekvenserna skulle bli besvärande för personer med begränsade ekonomiska möjligheter öppnades möjligheten att få läkemedelsrabatt efter särskild prövning för särskild individ av Sundhetstyrelsen (ungefär som licens för icke kända läkemedel).

I uppföljningen ingick att följa förskrivnings- och försäljningsutveckling, antalet magsårsoperationer och antalet rapporterade verkningar av de här medicinerna. Man hade dessutom en övertalning av patienter med magsår som man hade följt under en längre tid och som man också följde under den här försöksperioden.

Konsekvenser

Det första problemet visade sig bli ansökan om "dispens" till Sundhetstyrelsen. 30.000 kom in och krävde att extra handläggare anställdes på Sundhetstyrelsen. Nästan alla ansökningar beviljades. Övriga uppföljningar visade att det inte blev någon ökning i antal biverkningar eller fler komplikationer till följd av bristfällig diagnostik eller felaktig användning.

Handköpsförsäljningen, det vill säga att patienten själv köper läkemedel efter eget diagnosstättande blev mindre vanlig (10%). Den dominerande försäljningen var efter recept och med rabatt (70%) efter särskilt tillstånd från Sundhetstyrelsen.

Ändå fick det här beslutet konsekvenser för kostnaderna. Om man jämför utvecklingen i Danmark med den i de övriga nordiska länderna ser man att både volymutveckling i antal DDD/1000 invånare och dag (Figur 1) och kostnadsutvecklingen (Figur 2) stannade upp i Danmark. Det var två saker som hände. Förskrivningen blev uppenbarligen mer restriktiv i Danmark än i andra nordiska länder, men framför allt blev valet av läkemedel inom gruppen H₂-blockerare annorlunda i Danmark än i övriga Norden. I Danmark fortsatte man med cimetidin när övriga länder bytte till ranitidin (Zantac) och omeprazol (Losec). Dessutom valde man lågprissynonymer av cimetidin i större utsträckning i Danmark än exempelvis i Sverige.

Varför vänder Danmarks kurva uppåt igen? – Jo, mitt under utvärderingen ändrades regelsystemet och nu är magsårsmedicinen rabattberättigade igen (50% rabatt). Men nivån i Danmark blev lägre. Eftersom frekvensen bieffekter inte ökade blev det inte en fördyrning av den totala sjukvårdsnotan av det skälet. Om den långsammare övergången till moderna preparat med (möjlig) bättre effekt haft några ekonomiska konsekvenser är däremot inte klarlagt.

Referenser

En serie artiklar i Ugeskrift for laeger 1991;20:1401–37.

En jämförande multicenterstudie av Cefadroxil och Pivmecillinam vid okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor

JERKER LÖFGREN

i samarbete med C M Mölstedt · Hans Jörgen Jörgensen · Sören Kerslow · Ralf Jansson · Regina Rodau · Hans Kristoffersson · Sven Klefbäck · Kurt Vetterskog · B Månsson

Den terapeutiska effekten och säkerheten för cefadroxil givet i dosen 1 g x1 i 7 dagar jämfördes med pivmecillinam i sedvanlig dos 200 mg x3 i 7 dagar i en öppen, randomiserad multicenterstudie av prövare arbetande i primärvården. Studien inkluderade kvinnor med okomplicerad, symtomgivande, nedre urinvägsinfektion. Till studien randomiserades 511 patienter, varav 490 var utvärderingsbara med avseende på biverkningar och 297 vad gällde effekt. Vid kontroll efter 12 dagar (range 7–24) var utläkningsfrekvensen 82 respektive 90 procent. Studien visade inga statistiskt signifikanta skillnader vad gällde mikrobiologiskt eller kliniskt resultat, ej heller för biverkningar.

Nyckelord: Urinvägsinfektioner, Kvinnor, Läkemedelsterapi, Cefadroxil, Pivmecillinam, Forskning.

Bakteriell urinvägsinfektion är en av de vanligaste infektioner som kräver antibakteriell behandling. Den valda behandlingen måste minst vara effektiv mot den vanligaste urinvägspatogensen *E. coli* och sakna allvarliga biverkningar. Behandlingstid och antalet dygnsdoser har debatterats i flera år. En strävan har varit att förkorta behandlingstiden och att minimera antalet dagsdoser utan att därigenom minska effekten eller höja biverkningsfrekvensen.

Cefadroxil är ett semisyntetiskt, peroralt cefalosporin med brett antibakteriellt spektrum. Cefadroxil har i kliniska studier dokumenterat både snabb och säker effekt vid behandling av sporadiska, okomplicerade, nedre urinvägsinfektioner i dosen 1 g en gång per dag (1).

Det stora flertalet patienter med akuta urinvägsinfektioner söker sig till primärvården. Som påpekats av Fihn och Stamm (2) finns dock endast ett fåtal studier med ett tillräckligt antal

patienter för att jämföra terapeutisk effekt med tillfredsställande signifikans. Flertalet studier har också gjorts på sjukhusmaterial. För att få en studie med god extern validitet och för att få tillräckligt antal utvärderingsbara fall ur statistisk synpunkt, har vi gjort en multicenterstudie på tio vårdcentraler. Syftet har varit att utröna om en för patienten enkel cefadroxil-regim en gång per dag ger lika bra effekt som pivmecillinam i dosering tre gånger per dag utan att ge fler biverkningar.

Material och Metoder

Studiedesign och läkemedelsbehandling

Studien var randomiserad och öppen. Totalt inkluderades 511 patienter för behandling med cefadroxil 1 g x1 i 7 dagar eller pivmecillinam 200 mg x3 i 7 dagar. Compliance kontrollerades vid återbesöket, dels genom utfrågning, dels via medskickad patientdagbok.

Patientpopulation

Kvinnliga patienter över 16 år (medelålder 45 år) från tio vårdcentraler i södra och mellersta Sverige med symtomgivande, nedre UVI togs in i studien från april 1986 till mars 1990. Exklusionskriterierna var graviditet eller amning, överkänslighet för aktuella preparat, tecken på pyelonefrit, samtidigt pågående annan bakteriell behandling eller om sådan avslutats under de sista sju dagarna, kända anatomiska defekter eller urinvägskonkrement, fler än tre UVI-epidoder under de sista tolv månaderna, malignitet eller behandling med immunosuppressiv eller cytostatisk terapi, ineliggande kateter, nedsatt njurfunktion (serumkreatinin $>160 \mu\text{mol/l}$), resistens mot cefadroxil och/eller pivmecillinam, tidigare deltagande i studien eller om patienten bedömdes ha svårigheter att delta i studien. Kriterier för with-drawal var icke-signifikant bakterietillväxt, det vill säga $<100.000 \text{ cfu/ml}$ eller neg odling. Studien var godkänd av de regionala etiska kommittéerna. Patienterna gavs såväl muntlig som skriftlig information om studien.

Kliniska metoder

Så kallat mittstråleprov togs för odling före första dosen samt 10–12 dagar efter terapins påbörjande. Signifikant bakteriuri definierades som $>100.000 \text{ cfu/ml}$ enligt Kass' kriterium. Isolerade organismer identifierades på regionala bakteriologiska laboratorier genom standardprocedurer.

Vid den bakteriologiska utvärderingen redovisades *utläkning* (ingen signifikant bakteriuri), *terapisvikt/reinfektion* (signifikant växt under eller efter behandlingen).

Kliniska symtom registrerades före behandlingen och efter 10–12 dagar från terapistarten. Patienten bedömdes kliniskt läkt om alla symtom försvunnit, förbättrad om patienten hade minskade symtom men ej var helt besvärsfri och oförändrad eller sämre om samma besvär som tidigare kvarstod eller hade försämrats. Patienten redovisade sin upplevelse muntligen och skriftligen via patientdagbok. Vid första besöket togs sänkan (SR) alternativt CRP liksom kreatininvärdet. Nytt prov togs vid återbesöket om patologiskt värde. För att utröna pyuri, undersöktes urinen med sedimentundersökning eller med urinsticka. Tiden för blåsinkubation noterades. Man satte dipslide eller skickade urin direkt för odling.

Biverkningarna rapporterades, dels spontant, dels genom en icke ledande fråga "Har det varit några problem med medicineringen?", samt avslutningsvis genom åtta preciserade frågor: "Hudutslag?", "Illamående?", "Kräkningar?", "Sura uppstötningar?", "Värk i övre delen av buken efter tablettintag?", "Lös avföring?", "Andra bukbesvär?" samt "Klåda i underlivet?". I patientformuläret noterades om biverkningen rapporterades spontant. Biverkningens svårighetsgrad klassades i tre grupper och prövaren angav eventuellt samband med given medicin.

Statistik

Vi utgick ifrån att referenspreparatet har en utläkning på 95%. Om testpreparatet skulle uppvisa en skillnad med 10%-enheter eller mer, det vill säga en utläkning underskridande 85%, skulle detta statistiskt kunna säkerställas. Risken för typ I-fel (alfa) sattes till 5%

och power (1-beta) till 80%. Under dessa förutsättningar behövdes minst 140 evaluerbara patienter i varje behandlingsgrupp, det vill säga minst 280 patienter totalt.

Dubbelsidigt chi-squaretest användes för att undersöka eventuella statistiskt signifikanta skillnader i frekvensfördelningen av effekt och biverkningar mellan de båda behandlingsgrupperna.

Resultat

Antalet patienter för varje klinisk provare varierade mellan 4 och 169. Demografiska data var likvärdiga för de båda behandlingsgrupperna. Av de 511 randomiserade patienterna uteblev 21 från återbesök, vilket medförde att studien kom att omfatta 490 patienter. Bland dessa kunde 193 ej evalueras enligt grundförutsättningarna för prövningsprotokollet.

Orsaker till att patienten ej kan evalueras enligt protokoll: Resistens för cefadroxil och/eller pivmecillinam 82 patienter; negativ odling – 76 patienter; behandling kortare än sex dagar – 9 patienter; resistensbestämning av cefadroxil eller pivmecillinam ej utförd – 9 patienter; ej bedömbare enligt bakteriologiska laboratoriet – 9 patienter; biverkning – 5 patienter; blandflora – 2 patienter, pyelonefrit – 1 patient.

Ursprungspatogener

Som väntat dominerade *E. coli* (93%). Därefter följde *Klebsiella* och *Proteus* i vardera 2%. Patogenerna var likvärdiga i båda behandlingsgrupperna. Fall vars patogen varit resistent för cefadroxil respektive pivmecillinam har enligt prövningens grundförutsättningar ej inkluderats. Det gäller främst fall med *Staf. saprophyticus* (32 st), som *in vitro* oftast är resistent mot pivmecillinam. Här återfinns två fall som av bakteriologiska laboratoriet bedömts som känsliga för båda preparaten.

Mikrobiologiskt resultat

Den mikrobiologiska utläkningsfrekvensen var högre för pivmecillinam (90%) mot cefadroxil (82%), men ingen signifikant skillnad kunde noteras. Då vi ej serotypat ursprungspatogenen har vi ej kunnat skilja på terapivikt, recidiv eller reinfektion. Superinfektioner, det vill säga då man vid kontrollen funnit annan patogen än den ursprungliga, har noterats vid tre tillfällen (två för cefadroxil och ett för pivmecillinam). Dessa ingår i resultatgruppen utläkta eftersom ursprungspatogenen eliminerats.

Kliniskt resultat

Frekvensen läkta/förbättrade var för cefadroxil 89% och för pivmecillinam 92%. Ej heller här föreligger någon statistiskt signifikant skillnad.

Biverkningar

Biverkningsrapporteringen skedde som nämnts såväl spontant som genom åtta preciserade frågor. Som väntat höll de sig inom de tre grupperna gastrointestinala, hud/slemhinne- och CNS-biverkningar. De var till övervägande del av lätt till måttligt slag. Gastrointestinala biverkningar (17%) övervägde för båda preparaten, medan hud/slemhinnebiverkningar, främst som candidacolpit, tenderade att vara mer förekommande i cefadroxilgruppen (7 respektive 3%). CNS-biverkningarna var 5% i båda grupperna. Ingen oförutsedd biverkning har noterats.

Antalet avbrott på grund av biverkningar var lågt och bedömdes ej bero på allvarlig komplikation.

Chi-squaretest gav ej heller här någon signifikant skillnad mellan behandlingsgrupperna.

Diskussion

Den relativt höga frekvensen fall med negativ odling (17%) belyser ett problem i vår kliniska vardag. Frekvensen är likartad i flera andra studier; 19.8% (4), 16% (5), 15.5% (6). Stamm et al (3) har visat att växt av 100 cfu/ml eller mer i över 90% återspeglar en sann UVI för coliforma bakterier. I den akuta bedömningen av dysuri saknas fortfarande bra analysmetoder, undantaget nitrittestet, som har hög specificitet (99%), men låg sensitivitet (50–80%). Sålunda efterlyser man fortfarande bättre diagnostiska hjälpmedel i den första patientkontakten och än så länge håller den gamla sanningen att anamnesen är viktigast.

Denna studie visar att såväl cefadroxil i dosen 1g x1 som pivmecillinam i dosen 200 mg x3 gav såväl god mikrobiologisk läkning, 82 respektive 90%, som klinisk läkning, 89 respektive 92%. Ingen statistisk signifikant skillnad kunde påvisas.

Ej heller kunde påvisas signifikant skillnad mellan preparaten avseende biverkningar. Frekvensen av dessa kan synas hög, men kan bero på den relativt aktiva utfrågning man valt i studien. Frekvensen är dock inte högre än i andra studier med liknande metod (4).

Studien uppfyller åtta av tio av Fihn och Stamms rekommendationer för jämförande studier av behandling av okomplicerade urinvägsinfektioner hos kvinnor. Dessa går i korthet ut på att: 1) jämföra nya medel eller nya administrationsätt med konventionell terapi; 2) patienturvalet skall definieras och alla viktiga prognostiska faktorer skall registreras; 3) kriterierna för UVI skall anges, inkluderande provtagning, antalet bakteriekulturer samt bakteriekvantitet och om patienten har symtom; 4) man skall ange vilken medicin som används, dess doserings-

schema och durationen av terapin. Terapin skall randomiseras enligt ett dubbel-blind förfarande; 5) terapi-kontrollerna skall schemaläggas så ofta, att man säkert kan bedöma det bakteriologiska resultatet; 6) terapi-kontrollen för korttidsuppföljning skall ske minst två veckor efter avslutad terapi och för långtidsuppföljning 4–6 veckor efter avslutad terapi; 7) uppgifter om symtomförbättring och biverkningar skall inhämtas på ett standardiserat sätt; 8) antalet patienter skall bestämmas före studiens start så att en tillräcklig statistisk styrka säkerställs; 9) alla patienter som tas in i studien bör inkluderas i analysen (sålunda inte endast de som har känsliga bakterier och fullföljer terapi och uppföljning); 10) den "övergripande" recidivfrekvensen, det vill säga terapivikt + recidiv + reinfektion, skall rapporteras.

Vår studie har utförts på primärvårdspatienter, vilket ger hög extern validitet. Storleken på vår studie har medgett en statistisk power på 80% i jämförelsen av behandlingarna för att upptäcka skillnader med 10%-enheter eller mer.

Vår studie visar att cefadroxil doserat en gång per dag utgör ett säkert och fullgott alternativ till pivmecillinam, som doseras tre gånger per dag. En enkel dosering har stora praktiska fördelar för patienten och ökar compliance. För den kliniska vardagen bör man beakta, att det föreligger en osäkerhet vad gäller pivmecillinams effekt på *Staf. saprophyticus*, som mestadels är resistent *in vitro*. Vidare bör beaktas att pivmecillinam har en negativ inverkan på karnitinspejeln. Till dess att den kliniska relevansen av detta klarlagts, bör behandling med pivmecillinam undvikas, speciellt för grupperna barn och gamla, men även diabetiker och gravida (7). Vår studie exkluderade genom sin uppläggning pivmecillinamresistenta *Staf. saprophyticus*, varför pivmecillinams *in vivo* effekt på dessa ej kunde studeras.

De medel som för närvarande rekommenderas som förstahandsmedel för behandling av cystit/cystouretrit är cefalosporiner, nitrofurantoin och trimetoprim (7). Cefadroxil ingår i gruppen cefalosporiner, som är de enda av förstahandsmedlen, som kan användas utan förbehåll, om man undantar allergi för substansen.

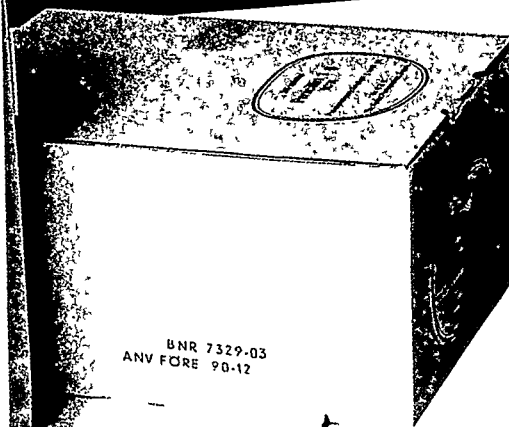
Referenser

1. Sandberg T, Henning C, Iwarsson S, Paulsen O. Cefadroxil once daily for three or seven days versus amoxycillin for seven days in uncomplicated urinary tract infections in women. *Scand J Infect Dis* 1985;17:83–7.
2. Fihn SD, Stamm WE. Interpretation and comparison of treatment studies for uncomplicated urinary tract infections in women. *Rev Infect Dis* 1985;7:468–78.

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



Förskäts rekommenderat för barn
1-12 år, 100 mg 4 gånger dagligen
Elevet, 100 mg 4 gånger dagligen



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

3. Ståmm WE, Counts GW, Running KR, Fihn S, Turck M, Holmes KK. Diagnosis of coliform infection in acutely dysuric women. *New Engl J Med* 1982; 307:463-8.
4. Urinary tract infection study group. Coordinated multicenter study of norfloxacin versus trimetoprim-sulfamethoxazole treatment of symptomatic urinary tract infections. *J Infect Dis* 1987;155:170-7.
5. The inter-nordic urinary tract infection study group. Double-blind comparison

of 3-day versus 7-day treatment with norfloxacin in symptomatic urinary tract infections. *Scand J Infect Dis* 1988;20:619-24.

6. Jellheden B, Falck G, Anker H, Piippo T, Svård R, Englund G. Is short-term treatment of UTI sufficient. The efficacy of 3-day versus 7-day norfloxacin treatment in females with acute uncomplicated urinary tract infection.
7. Behandling av urinvägsinfektioner. Workshop 24-25 januari 1990. Information från Läkemiddelsverket 1990:1.

Författarpresentation

* Jerker Löfgren, distriktsläkare
C.M. Mölstad, Ingelstad
Hans Jörgen Jörgensen, Nässjö
Sören Kerslow, Orsa
Ralf Jansson, Hudiksvall
Regina Rodau, Stockholm
Hans Kristoffersson, Degerfors
Sven Klefbäck, Nybro
Kurt Veterskog, Fellingsbro
B Månsson, Bjärred

* Postadress: Vårdcentralen Torpa, Torpavägen 23, 46236 Vänersborg.

LBO 6610

Diagnosregistrering som "medical audit"

TOMAS KANTER

I samband med en diagnosregistrering på en av Luleås vårdcentraler registrerades respektive läkares patientflöde. Studien visade stora inbördes skillnader beträffande sjukskrivning, receptutfärdande och remitteringsmönster, vilka inte enbart kan förklaras av olikheter i patientsammansättning för de olika läkarna. Dyliga studier kan vara ett komplement till kvalitetssäkring i primärvården.

Nyckelord: Diagnosregister, Medical audit, Vårdkvalitet, Patientflöde, Registerstudier.

Material och metoder

Björkskatans vårdcentral har ett upptagningsområde på 6000 invånare, varav de flesta bor i radhus eller bostadsrätter, men tre byar av landsbygdskaraktär ingår också. Under mars och april 1990 skedde en dataregistrering av samtliga läkarbesök vid vårdcentralen. Följande uppgifter registrerades: den besökandes ålder, kön, jourbesök, diagnos och åtgärd (remiss, recept eller sjukskrivning).

Socialstyrelsens "Klassifikation av sjukdomar 1987, Primärvård" användes för diagnosgruppering. Till gruppen "ÖLI" inkluderades öronsjukdomar och infektioner. Sjukdomar i muskuloskelettala systemet och bindväven rubricerades som "muskelsjukdomar". "Remiss" definierades som remiss till behandlande instans, vilket inkluderade sjukgymnastremiss men exkluderade röntgenremiss. Sjukskrivning redovisas för den yrkesverksamma befolkningen (16-64 år). Jourbesök definierades som besök uppsatt under jourtid och/eller patient som fått tid samma dag.

Som statistisk metod användes Chi 2-test och p-värden <0.05 ansågs signifikanta.

Resultat

Totalt registrerades 1186 besök. Av dessa gjordes 21 procent av patienter <15 år och 9 procent över 65 år. I yrkesverksam ålder gjorde kvinnor 60 procent fler läkarbesök än män.

Fler kvinnor än män sjukskrevs. Någon könsmissig skillnad beträffande remiss och recept kunde inte iakttagas. I Figur 1 framgår fördelningen mellan de olika diagnosgrupperna. Helt dominerande är grupperna ÖLI och muskelorganens sjukdomar med 40 respektive 24 procent av besöken.

Den procentuella fördelningen i åldrar och kön skiftar mellan läkarna. Läkare 2 hade 68 procent kvinnliga besök, mot exempelvis 48 procent hos läkare 3. Andelen barn var förhållandevis jämnt fördelat, medan läkare 1 hade 16 procent pensionärer (genomsnitt 9 procent). Läkare 4 och 5 hade vardera cirka 70 procent jourbesök

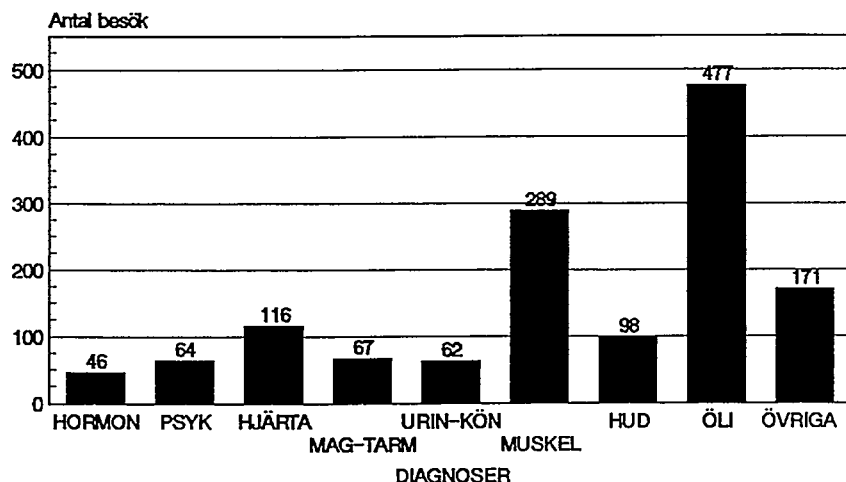
(genomsnitt 54 procent). I Figur 2 redovisas skillnader i läkarnas andelar av sjukskrivning, receptskrivning och remittering. Signifikanta skillnader mellan läkarna förelåg för dessa variabler. I Figur 3 framgår fördelningen av diagnosgrupperna "psykiatri", "ÖLI", "muskel" och "hud" för varje läkare. Signifikanta skillnader föreligger för dessa diagnosgrupper men ej för "hjärta-kärl", "urin-kön" och "mag-tarm" (ej illustrerat).

Diskussion

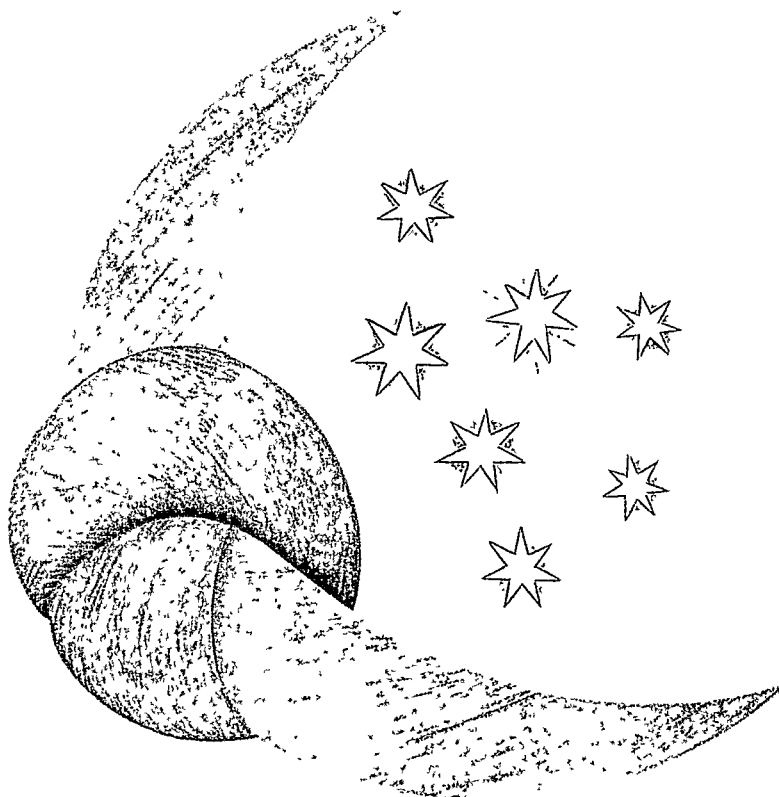
Materialet insamlades under mars och april, vilket utgör genomsnittligt belastade månader enligt Luleå primärvårds besöksstatistik. Tre procent bortfall jämfört mot patientkvitton noterades, vilket gör att materialet får anses som representativt för vårdcentralen.

Liksom i tidigare studier speglas en klar kvinnodominans av besöken (1,2). Hela könsskillnaden ligger hos de yrkesverksamma.

Diagnosfördelningen stämmer rela-



Figur 1. Fördelning av de vanligaste diagnosgrupperna. ÖLI = sammanslagning av respirationsorganens sjukdomar, öronsjukdomar samt infektionssjukdomar. Övriga = kontroller, trauma, symptom, ögon, blod, neuro och tumor.



När sömnlöshet blir en svår knut att lösa.

Sömn är av avgörande betydelse för psykiskt välbefinnande.

Propavan är ett tilltalande alternativ av sömnmedel vid olika sömnrubbingar. 1-2 tabletter till natten minskar antalet spontana uppvaknanden. Toleransutveckling har ej iakttagits och propiomazin är ej beroendeframkallande.

Propavan är även lämpligt om missbruk förekommer och kan med fördel ordinerars till äldre patienter. Längre tids sömnsvårigheter bör utredas med avseende på psykisk eller somatisk sjukdom.

PROPAVAN

Δ Propiomazin, tabletter 25 mg; 20 st, 50 st eller 100 st.

God natt utan beroende.



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia AB Sverige
Telefon 08-695 80 00

tivt väl med aktuella lokala undersökningar (3,4). Däremot uppvisar tidigare undersökningar lokalt (5) och de flesta nationella studier färre besök med muskelsjukdomar (6-9). Studien visar att 24 procent av besöken hade denna diagnos mot 10-12 procent i flera andra studier.

Åldersfördelningen av besöken är ojämn i förhållande till befolkningen. Det är inte förvånande att äldre har en relativ "överkonsumtion", men yrkesverksamma kvinnor över 45 år har i förhållande till sin befolkningsandel nästan lika många läkarbesök. I intervallet 45-64 år sökte var tredje kvinna vårdcentralen under studiens två månader.

Skillnader mellan läkarna

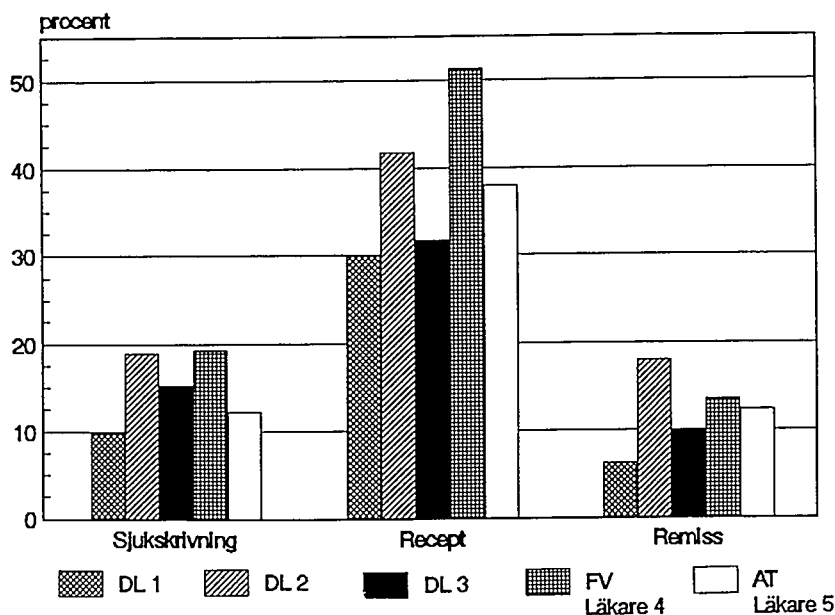
Endast en av vårdcentralens läkare är kvinna (läkare nr 2) och det förvånar inte att hon har flest kvinnliga besök, men skillnaden mot övriga kollegor var överraskande stor. Av detta kan man kanske anta att en viktig faktor vid "fritt val av läkare" är läkares kön.

Det är värt att notera att läkare under utbildning (läkare 4 och 5) svarade för 60 procent av vårdcentralens jourbesök. Hur är AT- och FV-läkares utbildning upplagda avseende att diagnostisera och handlägga akut sjuka ur ett primärvårdspanorama? Diskuteras behandlingsrutiner och policyfrågor kontinuerligt i handledning?

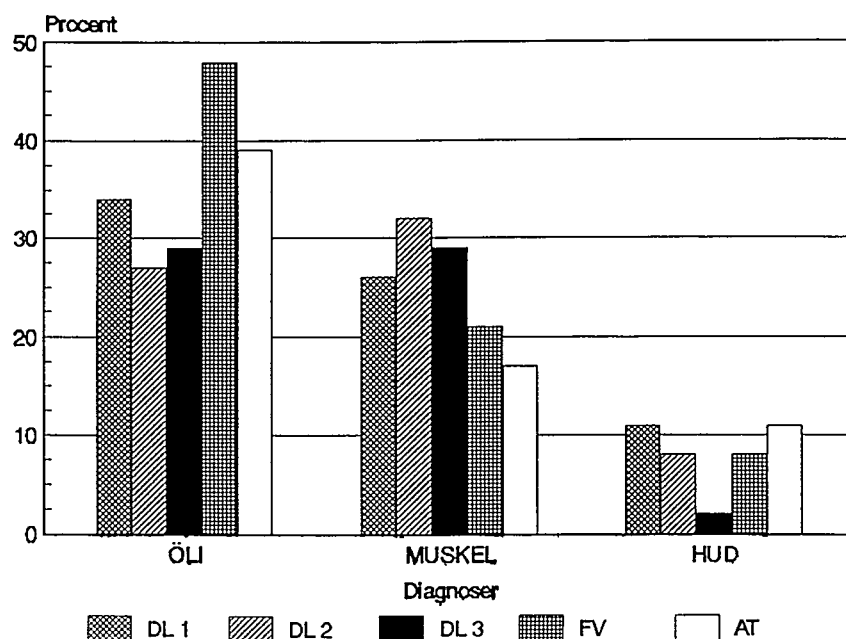
När det gäller diagnosfördelning mellan läkarna förekom stora skillnader. Vattendelaren är icke-ordinarie (FV/AT) kontra ordinarie DL. Utbildningsläkare har hälften av sina besök med ÖLI-diagnos. Detta är knappast ett faktum som befrämjar rekrytering av blivande distriktsläkare.

Patienter med psykiatrisk diagnos har företrädesvis sökt läkare 2 och 3, medan läkare 3 har få patienter med huddiagnos. Läkare 2 har en procentuell hög andel av muskeldiagnoser. Denna skillnad får man bedöma som reell, då läkare 2 har ett patientpanorama med en överrepresentation av medelålders kvinnor, vilka har en signifikant översjuklighet i muskeldiagnoser (4,6).

Stora skillnader i behandling och handläggning mellan läkarna förekom. Läkare 2 och läkare 4 sjukskrev i 19 procent. Läkare 1 sjukskrev bara vid hälften så många besök. Skillnaden kan delvis förklaras med att läkare 2 hade fler patienter med diagnos från muskelorganen. Denna förklaring gäller ej för läkare 4, som har ett likartat patientpanorama som läkare 5 (AT). Det är värt att notera att läkare 5 till skillnad från läkare 4 hade kontinuerlig personlig handledning, där exempelvis regelbundna policydiskussioner om sjukskrivning och receptförskrivning förekom. Beträffande receptförskrivning är skillnaderna än



Figur 2. Skillnader mellan läkarna avseende recept, remiss och tumor.



Figur 3. Diagnosernas fördelning på olika läkare.

mer tydliga. Utöver den stora skillnaden mellan läkare 4 och 5, kanske läkare 1 och läkare 3:s mycket låga receptförskrivning är mest överraskande.

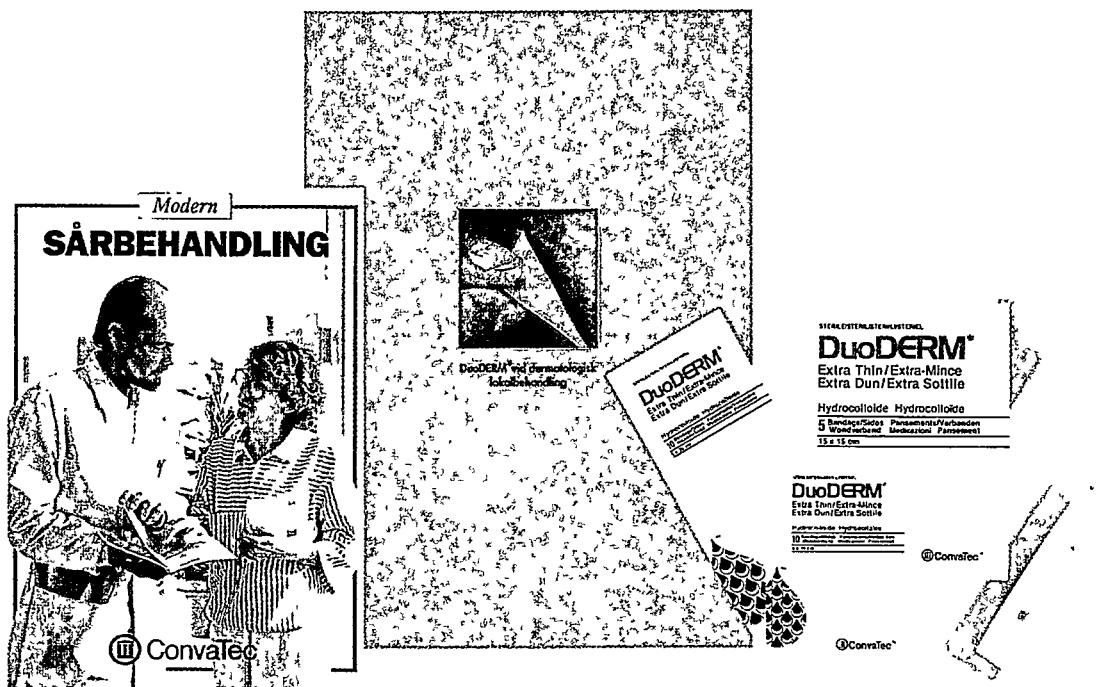
Läkare 2 remitterar tre gånger så ofta som läkare 1. Denna signifikanta skillnad beror inte enbart på olika diagnosfördelningar, då man vid jämförelser inom respektive diagnosgrupp får samma mönster. Den troligaste orsaken är en skillnad i tradition att utnyttja sjukgymnastresurser. Läkare 1 och i viss mån läkare 3 har haft en avvaktande hållning och ofta anvisat hemövningar vid den första kontakten, medan läkare 2 ofta akutremitterat. Vilket förhållningssätt som är mest kostnadseffektivt, vore intressant att följa upp i en kommande studie.

Sammanfattning

Patientflödet på Björkskatans vårdcentral är väsentligen jämförbart med övriga rapporterade studier. Ett undantag är den höga andelen patienter med besvär från muskelorganen. Den höga vårdkonsumtionen för medelålders yrkesverksamma kvinnor avviker också.

Studien uppvisar också tidigare icke noterade skillnader mellan läkarna i patientflöden och åtgärder. Påtagliga differenser mellan vårdcentralens läkare registrerades. Studier av detta slag kan ses som en viktig källa till intern diskussion, såväl för dimensionering av utbildningsinsatser men även som medicinsk kvalitetssäkring för ordinarie distriktsläkare, så kallad "medical audit".

Nu har användnings- området fördubblats!



DuoDERM

– ETT BEGREPP INOM MODERN SÅRBEHANDLING

- Ocklusivt • Fuktighetsbevarande
- Låg infektionsrisk • Kostnadseffektivt.

DuoDERM används nu också vid dermatologisk lokalbehandling.
Exempel på användningsområden – med eller utan topikala steroider:
Psoriasis • PPP • Neurodermit • Atopisk dermatit.

 **ConvaTec**
A Bristol-Myers Squibb Company

Vill du veta mer om "MODERN SÅRBEHANDLING" eller "DUODERM VID DERMATOLOGISK
LOKALBEHANDLING" – fyll i kupongen här nedan och posta eller faxa den till:
ConvaTec Box 15200, 161 15 Bromma. Tel 08-704 72 50. Fax 08-704 89 42

☐	Skicka mig Boken om MODERN SÅRBEHANDLING.	Namn _____
☐	Skicka mig Boken om DuoDERM VID DERMATOLOGISK LOKALBEHANDLING.	Adress _____
☐	Jag vill att ni kontaktar mig på telefon.	Postadress _____
		Telefon _____



SKOLHÄLSAN I ÖREBRO

inbjuder tillsammans med

SVENSKA SKOLLÄKARFÖRENINGEN, SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄN-
MEDICIN och SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGENS SEKTION FÖR HÄLSO-
OCH ÖPPENVÅRD

SKOLLÄKARMÖTE

Tid:

30-31 januari 1992

Plats:

Grand Hotel, Örebro

Ur programmet:

- Skolans fysiska miljö och dess betydelse för hälsan
- Elever med medicinska handikapp i skolan
- Rapporter från skolhälsovården över landet
- Tillväxt och mognad hos skolbarn

Fullständigt program och anmälningsblankett rekvireras från:

Skolhälсан, Box 308 00, 701 35 Örebro

Upplysningar lämnas av:

Ingemar Engström 019 - 15 42 71

Inger Pettersson 019 - 15 42 70

Referenser

1. Bengtsson C, Bergh A, Häggström-Westerlund C et al. Vilka utnyttjar vårdcentralerna i Göteborg? En studie av besöken hos distriktsläkare. Läkartidningen 1988;85:3291-4.
2. Lundberg O. Den ojämlika ohälsan. Om klass och könsskillnader i sjuklighet. Institutet för social forskning. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1990. Akademisk avhandling.
3. Anden A. Jämförelse patientbesök mellan 1978 och 1988. Besöksregistrering Gammelstads vårdcentral förändringar över en 10 års period. Luleå: Gammelstads vårdcentral, 1991. (Stencil).
4. Alsen J. Patientbesök vid Luleå vårdcentral april 1989. Luleå: Luleå vårdcentral, 1989. (Stencil).
5. Diderichsen F. Vårdkonsumtion och patientflöden inom företagens och landstingets sjukvård i Luleå. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie 1977;43.
6. Smedby B, Korpela M. Diagnosredovisning för läkarbesök år 1989 vid vårdcentralen i Tierp. Socialmedicinska institutionen, Uppsala. Rapport 1990-05-30.
7. Krakau I. 5-årsregistrering i Sollentuna primärvårdsområde. Sollentuna. Nytt 1987;13.
8. Ribacke M. Besöksregistrering vid Hofors hälsocentral 1983-1985. Sprirapport 1988;32.
9. Håkansson A. Distriktsläkarrapport från vårdcentralen i Ingelstad. AllmänMedicin 1983;4:196-8.
10. Granvik M, Schultz von M. Resursplanering bör bygga på faktisk vårdplanering. Läkartidningen 1990;87:4320-2.
11. Lindblad T. Rapport från patientregistrering vid vårdcentralen Granen, nordöstra primärvårdsdistriktet i Malmö. AllmänMedicin 1984;5:211-4.

Författarpresentation

Tomas Kanter, distriktsläkare.

Postadress: Björkskatans vårdcentral, Box 11064, 951 11 Luleå.

Hur uppfattar vårdcentralsbesökare screening av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom?

En studie från primärvården i Sollentuna

IONAS WERSÄLL · INGVAR KRAKAU · MAI-LIS HELLÉNIUS · LENA KARLBERG

För att preventiva program i primärvården, inkluderande aktiv riskfaktorscreening, skall kunna bli framgångsrika, måste en rad olika förutsättningar vara uppfyllda. Det behövs (ett minimum av) tid och resurser för att kunna integrera sådana aktiviteter i den vanliga vården. Patienterna måste kunna erbjudas adekvat uppföljning och behandling, även i ett längre tidsperspektiv. Vidare måste det preventiva arbetet vara väl förankrat bland berörd vårdpersonal. Men även en aldrig så resursstark satsning själv dödar snart i avsaknad av aktivt stöd från patienterna.

Inte minst med tanke på de senaste årens livliga debatt om värdet av olika åtgärder för att förebygga insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar (och därmed förknippade etiska frågor) är det viktigt att studera patienternas attityder till åtgärder som syftar till att förebygga hjärt-kärlsjukdomar.

Tidigare undersökningar har inte varit konklusiva. Såväl negativa psykiska effekter hos de undersökta (1), som övervägan-

de positiva attityder och vilja till förändring av levnadsvanor har rapporterats (2).

Nyckelord: Screening, Riskfaktorer, Hjärt-kärlsjukdomar, Attityder, Intervju/enkätundersökningar, Sollentuna.

Syfte

I föreliggande undersökning ville vi studera patienternas attityder till en enkel väntrumsenkät, använd som instrument i en vårdcentralbaserad screening med syfte att upptäcka riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar.

Vi ville också, mer allmänt, utröna inställningen till det preventiva programmet.

Preventionsprogrammet i Sollentuna

Sedan sommaren 1988 driver primärvården i Sollentuna ett projekt som syftar till att förebygga hjärt-kärlsjukdomar i befolkningen. Alla som besöker någon av de tre vårdcentralerna i kommunen (som har omkring 50.000 invånare) erbjuds att fylla i en enkel väntrumsenkät. Formuläret innehåller tolv frågor om etablerade riskfaktorer som hypertoni, hyperlipidemi, rökning, övervikt, angina pectoris, claudicatio intermittens, fysisk inaktivitet och ärftliga faktorer.

De som har positiva svar erbjuds läkarkontroll och när så behövs uppföljning och olika åtgärder med sikte på att minska risken för insjuknande. Patienter med manifesterade symtom erbjuds lämplig medicinsk behandling.

Metod

En postenkät med attitydfrågor, varav de flesta skulle besvaras genom ifyllande av en visuell analogskala, konstruerades. Frågorna avsåg att mäta hur patienterna upplevde att konfronteras med hjärt-kärlenkätens frågor, men också hur de allmänt uppfattade preventionsprogrammet. I postenkäten ingick vidare några frågor av ja/nej-typ och det fanns även utrymme för fria kommentarer.

Postenkäten utsändes i december 1989 till alla som under augusti och september hade fyllt i preventionsprogrammets väntrumsenkät. Insamlingen av svar avslutades efter en påminnelse.

De bundna svaren bearbetades med hjälp av ADB. En maskinutskrift gjordes av de fritt formulerade svaren.

Några resultat

Av 234 utsända postenkäter (152 till kvinnor, 82 till män) erhöles 188 (80.3%) besvarade efter en påminnelse. Tjugotre av dem som erhöles enkäten var äldre än 60 år. Av dem som skickade in svar hade 65.4% lämnat egna kommentarer.

En stor majoritet ansåg att det var mycket viktigt med förebyggande arbete inom sjukvården. Man hade också överlag uppfattat hjärt-kärlprogrammet som mycket positivt. Det var få som ansåg att frågorna innebar att sjukvården i onödan "lade sig i".

Vidare var det vanligt att enkättagarna funderar mer över sin hälsa

sedan de haft kontakt med programmet, men det var också många som inte reagerade så. Andelen som kände sig oroad av den information de erhållit genom det lokala hjärt-kärlprogrammet var liten.

De fria kommentarer om hjärt-kärlprogrammet som patienterna gjorde var genomgående mycket positiva. Det var tunnslätt med kritiska synpunkter eller ifrågasättanden.

Diskussion

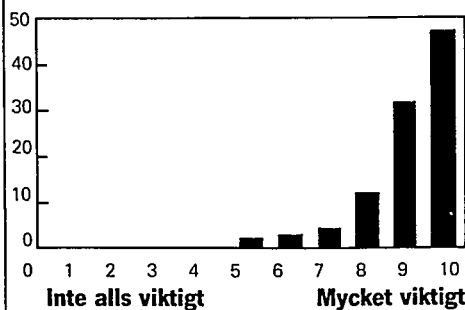
Det är svårt att på ett någorlunda användningsfritt sätt fånga människors inställning till företeelser inom vården. En djuplodande intervju är många gånger det bästa sättet att komma under den yta av attityder som muntligt eller skriftligt formulerade frågor kan ge. Här hade vi dock inte resurser att göra en så omfattande undersökning.

I stället använde vi oss av den något trubbigare enkätmetoden och utnyttjade framför allt den beprövade visuella analogskalan. Trots att vi bemödat oss att undvika tendentiöst formulerade svarsalternativ, finns det risk att vår egen (positiva) inställning till det preventiva programmet kan ha påverkat svaren. Även det faktum att undersökningen utgick från primärvården, som också var ansvarig för programmet, kan ha påverkat resultatet. Detta är dock felkällor som belastar också andra studier av attityder till preventiva satsningar.

Med dessa reservationer är det ändå

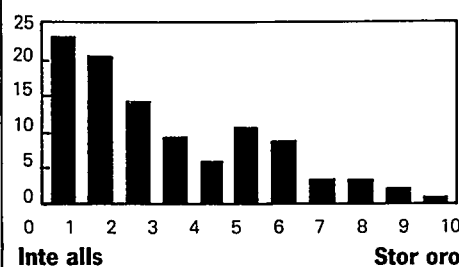
Hur viktigt tycker Du att det är att sjukvården arbetar förebyggande?

procent



Har den information och de besked om riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdomar Du fått från oss lett till oro över Din hälsa som Du inte kände tidigare?

procent



vår bedömning att preventionsprogrammet i Sollentuna, sådant detta kunnat uppfattas av dem som besvarat enkäten, mottagits väl. Svarsfrekvensen var hög. Antalet män var dock för liten för att medge en könsuppdelad

redovisning av resultaten. Man uppfattade genomgående väntrumsenkätens frågor som ett uttryck för omtanke och inte som något närgånget snokande. Den oro som de olika frågorna kan ha väckt var inte stor och för övrigt mer relaterad till specifika riskbeteenden än till enkäten som sådan. Av utrymmesskäl har vi i denna redovisning nöjt oss med att exemplifiera med svaren på några illustrativa frågor. Den övervägande mycket positiva bilden av enkätdeltagarnas attityder till våra aktiviteter förändras emellertid inte av svarsutfallet i övrigt. Detta redovisas i annat sammanhang.

Eftersom preventionsprogrammet i Sollentuna bland annat avser att öka medvetandet om livsstilsbetingade riskfaktorer, kan det faktiskt vara rimligt att inducera en viss (adekvat) oro som ett medel att åstadkomma önskvärda beteendeförändringar.

Referenser

1. Stoa HG. Can health screening damage your health? Royal Coll Gen Pract 1989;39:193-5.
2. Olsson B. Hur upplevs deltagande i riskfaktorscreening? AllmänMedicin 1990;11:144-7.

Författarpresentation

* Jonas Wersäll, distriktsläkare
Ingvar Krakau, distriktsöverläkare
Mai-Lis Hellénus, distriktsläkare
Lena Karlberg, distriktsläkare

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

Läkares kontra patienters kön

- litteraturstudie

PER WÄNDELL

Med utgångspunkt från en studie i det egna upptagningsområdet gjordes en litteraturstudie som visar, att kvinnor söker läkare oftare än män och föredrar kvinnlig läkare. Några teorier kring varför så är fallet diskuteras.

Nyckelord: Läkare-patientrelationer, Kön, Attityder, Intervju/enkätundersökningar, Forskning, Könsroller.

Vid en studie av läkarbesöken vid Tåbys fyra distriktsläkarmottagningar under april månad 1988 noterades, att kvinnor stod för 60 procent av besöken. Variationerna mottagningarna emellan var små trots högst varierande åldersskillnader i patientpopulationen och skillnader i antalet kvinnliga respektive manliga läkare. Vid de två

vårdcentraler där både manliga och kvinnliga distriktsläkare fanns, noterades markant kvinnlig patientdominans hos de kvinnliga läkarna (74 respektive 78 procent) och lägre andel kvinnor hos de manliga läkarna (49 respektive 52 procent).

Med utgångspunkt från detta gjordes en litteratursökning via Index Medicus (relevanta sökord: physicians, women). Här redovisas studier från primärvård och allmänläkare.

Könsfördelningsstudier

Tabell I visar översiktligt andelen kvinnliga patienter hos manliga respektive kvinnliga allmänläkare i fem olika undersökningar. En studie från San Diego, USA, redovisar könsfördelningen bland patienter listade hos olika läkare (1). I tabellens övriga fyra rapporter, samtliga från England, gäller fördelningen antalet besök.

Två av studierna är utförda inom Londonområdet, varav den ena gäller Greenwich (2). Den andra omfattar endast 909 patienter över 15 års ålder, men huvudsyftet var här att genomföra en enkätundersökning (5).

I studien från Leicester (3) rör det sig om antalet besök under en elvmånadersperiod, antalet listade patienter var 10774, varav 54 procent var kvinnor. Det genomsnittliga antalet läkarbesök per patient och år var här 2.2 för samtliga men fördelat på 2.6 för kvinnor och 1.7 för män.

Studien från Liverpool (4) visar samma mönster som de övriga. Här skilde man också upp de två manliga läkarnas patienter, varvid den yngre av dem visade sig ha 50 procent kvinnliga patienter och den äldre 55 procent. Man delade även upp patientmaterialet i åldersgrupper och fann då, att de yngre patienterna oftare gick till den yngre manlige läkaren och de

DIFLUCAN 150mg
FLUCONAZOL
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

Deklaration. 1 kapsel 150 mg innehåller:

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

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

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

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

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

Indikationer. Vaginal candidiasis.

Försiktighet. Tills ytterligare erfarenhet erhållits bör fluconazol inte ges till barn. **Graviditet.** Kategori B:3 (se FASS). Erfarenheter från människa är begränsade. Vid upprepad dosering i doser som överstiger humandosen har i djurförsök på råttor påvisats ökad intrauterin fosterdöd, en effekt som också påvisats med imidazolpreparat, samt ökad förekomst av urinvägsmissbildningar (hydronefros och hydrouretär).

Amning. Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

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

Vanliga CNS: huvudvärk

GI: illamående, magsmärtor

Dosering. 150 mg som engångsdos.

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

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

Didin Promotion S-8911 Dif-02

Tabell 1. Andelen kvinnliga patienter hos allmänläkare

Läkare	Antal patienter n	Andel kvinnor %	Studie
Samtliga	50018	57	San Diego
Manliga	37571	54	
Kvinnliga	12447	66	
Samtliga	4822	64	Greenwich
Manliga	3211	58	
Kvinnliga	1611	77	
Samtliga	21324	62	Leicester
Manliga	13776	56	
Kvinnliga	7548	76	
Samtliga	1879	59	Liverpool
Manliga	1030	52	
Kvinnliga	849	68	
Samtliga	909	67	London
Manliga		59	
Kvinnliga		79	

äldre patienterna till den äldre läkaren.

Som ett extremt exempel förekommer en studie av en norsk kvinnlig allmänläkare, vars andel kvinnliga patienter var 93 procent (6).

I vissa studier har även skillnaden mellan manliga och kvinnliga läkarbesök analyserats (3–6). Den norska kvinnliga allmänläkaren utförde gynekologisk undersökning vid hela 33 procent av samtliga konsultationer, vilket förklaras av att kontroller i samband med graviditet utgjorde 36 procent av besöken. I de engelska studierna hade kvinnliga läkare en betydligt större andel kvinnliga patienter med genitala/gynekologiska besvär än sina manliga kollegor. Detta gällde även beträffande preventivmedelsbesök, dock med undantag för p-piller. Preferensen för läkare av samma kön fanns även i övriga stora diagnosgrupper, mest markant i gruppen cirkulations-sjukdomar.

I studien från Leicester (3) noteras också en skillnad beträffande läkares uppföljning av sina patienter. Kvinnliga patienter följdes upp oftare av kvinnliga läkare än av manliga. Detta gällde såväl endokrina som allergiska och cirkulatoriska sjukdomsgrupper, liksom gruppen ofullständigt diagnostiserade fall. Man noterade också en skillnad beträffande yngre respektive äldre mäns attityder gentemot kvinnliga läkare: de yngre männen var mer positivt inställda till kvinnliga läkare än de äldre.

Enkätstudier

Två enkätstudier rörande patienters preferens för manlig respektive kvinnlig läkare har granskats, en från London (5) och en från Spokane, USA (7). I den förra redovisas svar från 198 män och 438 kvinnor, i den senare från 71 män och 122 kvinnor (Tabell II).

I den amerikanska undersökningen användes också "Bem Sex Role In-

ventory" (8), som identifierar personers könsrollsmönster enligt en uppdelning i manligt, kvinnligt, androgynt respektive odifferentierat. Notabelt var att i gruppen kvinnor klassade som androgyna fanns inte en enda som föredrog manlig läkare, medan 42 procent föredrog kvinnlig läkare.

Diskussion

De data som här redovisats pekar på att kvinnor söker primärvårdsläkare oftare än män samt oftare väljer kvinnlig än manlig läkare. Det senare gäller framför allt vid konsultationer av gynekologisk natur, men även generellt. Orsaken till detta förhållande har diskuterats bland annat av Judith Gray, som tar upp skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare som ett resultat av manlig kontra kvinnlig uppföstran (9). Männen fostras till att bli objektiva, oemotionella, starka och tysta, medan kvinnor blir mer omhändertagande, mjuka, vänliga, emotionella och engagerade. Gray menar att dessa egenskaper gör att kvinnor bättre lever upp till de krav på en god doktor som patienter ställer och att detta gör att konsultationer hos kvinnliga läkare leder till en bättre kommunikation. Samtidigt finns en inbyggd konflikt mellan den kvinnliga könsrollen och den traditionella medicinska yrkesrollen. Den medicinska utbildningen har tenderat göra läkare reser-

verade, arroganta och nedlåtet beskyddande.

Hur relevanta dessa påståenden är, är svårt att avgöra. Självklart varierar sättet att möta och omhänderta patienter individuellt mellan olika läkare. Könsskillnader utgör enbart en aspekt.

Det finns en tendens att vad gäller läkarrollen notera allt kvinnligt som positivt och allt manligt som negativt. Med samma logik skulle man kunna hävda, att kvinnor inbjuder till överbeskydd, medan män uppmuntrar till ökad frigörelse och självständighet. Eller att "en naturlig manlig auktoritet" kan utgöra en trygghet för patienten.

Vad gäller kvinnor som patienter beskrivs den traditionella kvinnorollen som "inlärdd hjälplöshet" (10) eller som en depressiv hållning (11). Kvinnor använder oftare än män symtom som ett sätt att uttrycka sig (12) och hamnar oftare i diagnosgruppen "ofullständigt preciserade fall" (10). Å andra sidan beskrivs den traditionella mansrollen som en "självhävdande karaktärsavvikelse" (11) med mer utagerande aggressivt beteende och högre kriminalitet än hos kvinnor.

Många kvinnliga läkare pläderar för en ökning av antalet kvinnliga läkare som det viktigaste medlet för att kvinnliga patienters problem ska bli beaktade. Dock finns även andra vägar att gå. Exempelvis har man inom psykoterapiområdet visat på uppmuntrande resultat vid kvinnlig handledning av manliga terapeuter med kvinnliga patienter (13).

Ofta hänvisar artikelförfattarna till stereotypa manliga och kvinnliga könsroller. Sandra Bem presenterar med sina fyra grupper av könsroller – manlig, kvinnlig, androgyn och odifferentierad – en annorlunda syn (8). Detta synsätt tycks komma sanningen närmare.

Slutsatsen måste bli, att både kvinnors och mäns problem behöver uppmärksammas och att det är väsentligt att ha såväl manliga som kvinnliga läkare på våra mottagningar. Därtill borde vi i större utsträckning än nu kunna lyssna över könsgränserna och lära av varandra.

Tabell 2. Patienters preferens för manlig respektive kvinnlig läkare.

Preferens	London Andel män %	kvinnor %	Spokane Andel män %	kvinnor %
Föredrar manlig läkare	17	7	35	9
Föredrar kvinnlig läkare	4	22	0	27
Beror på aktuellt problem	16	32		
Ingen preferens	63	39	65	64
Totalt	100	100	100	100

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 font.

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

Sammanfattning

I studier från primärvård i England och USA finns klara belägg för att kvinnor oftare väljer kvinnlig läkare. Detta gäller framför allt konsultationer av gynekologisk karaktär, men även generellt.

De data som framkom vid studien i Täby antyder, att samma förhållande gäller i Sverige. Detta bör dock bekräftas i undersökningar som tar hänsyn till såväl köns- som ålders- och diagnosfördelning. Det vore även av intresse att med enkätstudier ta reda på patienters och vårdpersonals attityder och förväntningar i dessa frågor. En annan intressant fråga är huruvida kvinnliga och manliga läkare generellt skiljer sig åt i arbetssätt. Detta är praktiskt svårt att studera, men en metod kunde vara att analysera videoinspelningar av konsultationer. Det vore även intressant att studera det av Sandra Bem utarbetade instrumentet för analys av könsrollsmönstret på svenska förhållanden.

Sammanfattningsvis kan vi ändå konstatera, att det är värdefullt att ha läkare av båda könen på våra vårdcentraler, och att vi sinsemellan borde kunna ha mer att lära av varandra.

Referenser

1. Kelly JM. Sex preference in patient selection of a family physician. *J Fam Pract* 1980;11:427-30.
2. Challacombe C. Do women patients need women doctors? *Practitioner* 1983;227:848-50.
3. Preston-Whyte E et al. Effect of a principal's gender on consultation patterns. *J R Coll Gen Pract* 1983;33:654-8.
4. Hopkins EJ et al. A study of patient's choice of doctor in an urban practice. *J R Coll Gen Pract* 1967;14:282-8.
5. Graffy J. Patient choice in a practice with men and women general practitioners. *Br J Gen Pract* 1990;40:13-5.
6. Gottberg HJ et al. Kvinnelig allmenpraktiker - kvinnelige pasienter. *Tidskr Nor Laegeforen* 1988;108:584-5.
7. Weyrauch KF et al. Patient sex role and preference for a male or female physician. *J Fam Pract* 1990;30:559-62.
8. Bem S. Androgyny and gender schema theory. A conceptual and empirical integration. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1984. Lincoln: University of Nebraska Press, 1985. pp 179-226.
9. Gray J. The effect of the doctor's sex on the doctor-patient relationship. *J R Coll Gen Pract* 1982;32:167-9.

10. Malterud K. Almenpraktikerns möte med kvinder. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1985;62:416-8.
11. Willadsen J. Kvindens cyklicitet - en underkendt rigdom. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1985;62:397-402.
12. Honkasalo ML. Om symptomens betydelse. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1985;62:413-5.
13. Alonso A et al. Cross-sex supervision for cross-sex therapy. *Am J Psychiatry* 1978;135:925-31. (Svensk översättning i "Det kvinnliga perspektivet", 1988, Sfph:s monografi 26).

Författarpresentation

Per Wändell, distriktsläkare

Postadress: DLM, Åkersberga sjukhus, Box 506, 184 25 Åkersberga.

Jag vet att jag icke blir frisk

– fria associationer kring en dikt av Edith Södergran,
inspirerade av Nordisk kongress i Allmänmedicin 1991

CHRISTER PETERSSON

Sjuka dagar

Trångt är mitt hjärta förvarat i en smal klyfta
fjärran är mitt hjärta beläget
på en avlägsen ö
Vita fåglar flyger fram och åter
och bringa budskap att mitt hjärta lever
Jag vet hur det lever
av kol och sand
på vassa stenar.

Jag ligger hela dagen och väntar på natten,
jag ligger hela natten och väntar på dagen,
jag ligger sjuk i paradiset trädgård.
Jag vet att jag icke blir frisk,
längtan och trånsjuka bli aldrig bättre.
Jag har feber som en kärnväxt,
jag svettas sötma som ett klibbigt blad.

På botten av min trädgård ligger en sömnig sjö
Jag som älskar jorden
vet ingenting bättre än vattnet
I vattnet falla alla mina tankar
dem ingen sett
mina tankar dem jag icke vågar visa för någon.
Vattnet är fullt av hemligheter.

Edith Södergran

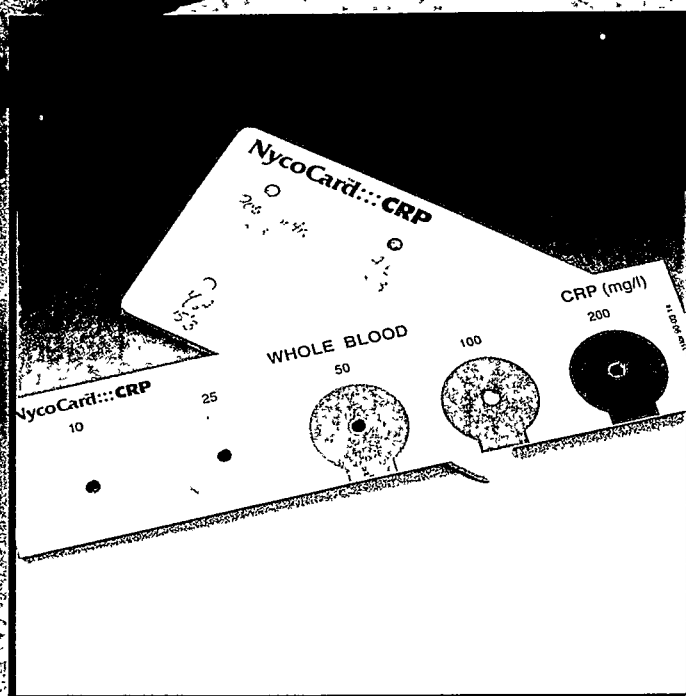
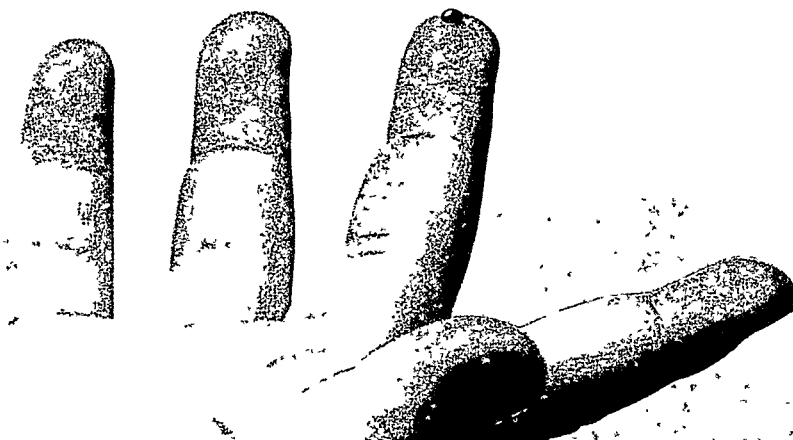
Jag hade läst dikten tidigare. Den finns i Edith Södergrans postuma samling "Landet som icke är". Först när jag läste den publicerad i *Observanda Medica* i början av året, blev den paradoxalt nog en dikt för mig, det vill säga direkt tilltal. Kanske var det den främmande miljön bland medicinska artiklar, som gav dikten en nästan hallucinatorisk skärpa? Eller var det tidskriftens omslagsbild med dess hemlighetsfullt gröna landskap, som ledde fram till dikten?

Jag sögs omedelbart in i det där landskapet på omslaget, såg framför mig ett vilt klipplandskap med djupa klyftor och raviner, ormbunkar, ångande grönska. Det dröjde flera sekunder innan jag insåg att bilden i själva verket visade ett mycket "litet" landskap – en stig som slingrade mellan några stenar beväxna av mossor, stensöta, några små granar.

Det fanns en alldeles tydlig korrespondens mellan bilden och Södergrans dikt: sjuksängens "lilla", trånga

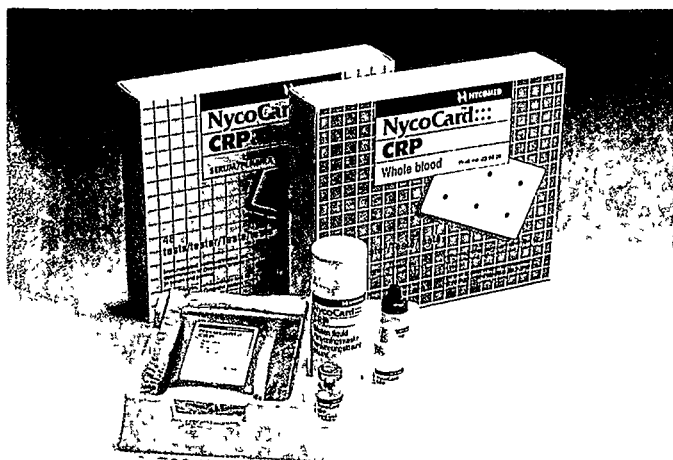
Helblodstest!

NycoCardTM:::CRP



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

Standahl RRA 60



- 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

perspektiv, som med små språkliga medel plötsligt öppnas upp mot jorden, universum och det långtande hjärtat. En slags bekräftelse av den urgamla sanningen att det stora finns i det lilla och det lilla i det stora. Mikro- och makrokosmos.

Från det minsta till det största

På bråkdelen av en sekund kan det mänskliga medvetandet företa den svindlande resan från det allra minsta till det ofattbart stora. Allt som behövs är ett öppet seende. Det är det enklaste och svåraste av allt. Poeterna är goda läromästare. En av de viktigaste sakerna de kan lära oss är kanske just detta: "To see a world in a grain of sand and a heaven in a wild flower" (W Blake).

I Södergrans dikt finns denna öppenhet. Där finns också en renhet och hetta i bilderna, som bara kan uttryckas av den som levt igenom varje metafor:

**Jag har feber som en kärrväxt
jag svettnas sötma som ett klibbigt
blad**

Ur subjektets synvinkel finns inget stort eller litet i sig. Det är den upplevande som är måttet. Nästan allt är möjligt. Edith Södergran gjorde något mycket stort av sitt korta, plågade liv. Man skulle rentav kunna säga att hon från sitt tuberkulösa sjukläger höjde sig till ett **universellt liv**. Hon tog himlen och jorden, stjärnorna och de hemlighetsfulla vattnen till sig. Hon gjorde världen till sin.

Längtan som livskvalitet

Det var kanske inte så förvånande att Södergran slog ned i mitt medvetande under ett vetenskapligt symposium den gångna sommaren. Symposiet handlade om att mäta livskvalitet och ägde rum i Oslo under den nordiska kongressen i Allmänmedicin. Många intressanta rön framfördes där, men plötsligt hade jag huvudet fullt av Södergran. Hur mäta hennes längtan på en visuell analogskala? Hur relatera hennes stilla glädje till det objektiva kroppsliga förfallet? Jag såg alldeles klart att hälsa och livskvalitet kan vara vitt skilda ting, vilket i stort bekräftades av föreläsarna på symposiet. Södergran uttrycker själv sin hållning i några fina rader i en annan dikt i samma samling:

**Vi bör älska livets långa timmar av
sjukdom
och trånga år av längtan
såsom de korta ögonblick då öknen
blommar**

Denna insikt måste växa fram inifrån. Den kan aldrig dikteras fram av förnumstig vårdpersonal eller annan utomstående. Endast den drabbade har rätten att foga in sitt lidande i ett livssammanhang. Som läkare har vi

alla träffat den dödsmärkte patienten, som nått fram till en slags klarhet och lugn, men också den för vilken skräcken och meningslösheten tycks vara det allt överskuggande.

Tuberkulosens helvete

Det är få förunnat att göra stor litteratur av sin smärta. För många av Södergrans samtida betydde tuberkulosen förlorat arbete, ekonomisk ruin, lidande och död under vedervärdiga förhållanden. Kanske fanns även för dem en universell dimension att utvinna ur sjukdomen? Men misstanken finns också att deras liv bara var en pågående upplösning, en hostans, feberns och fattigdomens fortskridande helvete.

Ingen kan veta med säkerhet, men blotta misstanken är nog. Den är en av de tysta förutsättningarna för vår mänskliga strävan att eliminera sjukdomar. I någon mening är ju sjukdom alltid uttryck för något ont. En självklar uppgift för sjukvården är att bekämpa detta onda, att finna orsaker och terapier.

Idag behandlar och förebygger vi tuberkulosen framgångsrikt. Det är gott! Ännu bättre är att ingen behöver ligga i rännstenen och hosta ihjäl sig eller förlora sin ekonomiska utkomst på grund av sjukdomssvaghet. Detta gäller vårt lilla välordnade land med en sjukvård och ett socialt trygghetssystem, som tillhör de bästa i världen. Man behöver inte gå så långt bort för att finna helt andra villkor.

Ständigt mer av allt

Jag kunde sluta här och låta denna betraktelse klinga ut i en lovsång till den svenska sjukvården och ge intrycket att vår modell i globalformat vore världens räddning undan fattigdom och sjukdomsgissel.

Det vore alltför naivt! De goda sidorna är uppenbara, men även denna modell har en baksida, eller snarare en begränsning som är allvarlig. Den är direkt härledd ur den västerländska civilisationens grundläggande maxim: **Ständigt mer av allt!** Och ur detta mer skall växa materiellt välstånd. Och ur välstånd skall växa hälsa och möjligheter till ett gott liv.

I ett begränsat perspektiv finns inte mycket att invända mot ett sådant resonemang, men om man vidgar synfältet något, blir det uppenbart att sambanden mellan hälsa och materiellt välstånd är betydligt snarigare.

Det verkar till exempel som om varje typ av samhälle skapar sina egna, mer eller mindre specifika sjukdomar, fördelade efter social klass. Vidare tycks människors rädsla för allvarliga sjukdomar och död öka i takt med att sannolikheten för att drabbas minskar. Kraven på god hälsa ökar snabbare än möjligheten att tillfredsställa dem.

Instrumentellt förnuft

Det första påståendet ovan får sägas vara ganska välgrundat, det andra är mera av typen svepande utsaga, vars sanningshalt är svårkontrollerbar. Den verkar dessutom paradoxal och paradoxala sanningar har vi svårt att handskas med i vår rationella civilisation, där vi långt ner i det undermedvetna helst opererar med enkla orsakssamband och raka utvecklingslinjer. I bästa utvecklingstro antar vi till exempel gärna att människor kan förbättras på liknande sätt som maskiner eller instrument. Det förnuft som leder oss i den processen kallas ibland ganska träffande **instrumentellt**. Det är den drivande intellektuella principen i den samhälleliga och vetenskapliga utvecklingen och delvis självt en produkt av denna process. Dess revir är i första hand ting och sakförhållanden. Därför framstår det i min egen föreställningsvärld som "det lilla förnuftet". Verkligheten sedd genom det kalla ögat.

Felet med det instrumentella förnuftet är inte att det finns, utan att det gärna överskrider sina gränser. Det är oundgängligt för överlevnad och kunskapsutveckling, men står sig ganska slätt inför de stora livsfrågorna som rör mänskliga möten, smärta, lidande och död, solidaritet och medlidande. Dessa grundläggande existensvillkor stöts ut i periferin eller reduceras till artefakter.

Hetsjakt efter hälsa

Det finns förvisso en sund mänsklig strävan efter god hälsa och ett lyckligt liv, men när medvetande om sjukdom och död trängs undan passerar någonstans en gräns, där livsbejakande hälsosträvan blir neurotisk hetsjakt efter (total) sjukdomsbefrielse och utdraget liv. När hela samhällen präglas av sådana tendenser, kan man med fog tala om massneuros. Kanske känner vi fläkten av denna neuros i våra västerländska samhällen idag. Det må gälla kolesterolpropaganda eller genmanipulation, fosterdiagnostik eller snusförbud.

Jag hyser starka misstankar om att allehanda medicinska teknologier inom ramen för ett härskande instrumentellt förnuft, kan bli till rent manipulativa strategier att använda i kampen mot det avvikande, svaga och undermåliga. Varje steg, varje åtgärd i den kampen kommer att kunna rättfärdigas på (instrumentellt) rationella grunder med den yttersta målsättningen att öka summan av lycka i världen.

Ett större förnuft

Södergran lär oss något radikalt annat. Hon visar att livet är mer än hälsa och att även den svaga kan vara stark. Hon lär oss också att man kan leva med smärta och att dödsmedve-

tände kan ge djup och mening åt livet. Denna insikt har inget med resignation att göra. Den är livstillvänd och förnuftig. Den känner livets och människans begränsningar. Där ligger dess gränslöshet och möjlighet att mogna till livsvisdom: Verkligheten sedd genom det varma ögat.

Detta "stora förnuft" värderar hälsan högt, men passar sig noga för att skruva upp förväntningar om medicinens möjligheter att skapa det goda, sjukdomsbefriade livet. Snarare lägger den sig vinn om att tala om vad medicinen inte kan och aldrig kommer att kunna göra, till exempel att fylla det existentiella tomrum, som är det moderna livets förbannelse och möjlighet.

Är det alltför naivt att för framtiden våga hoppas på en bättre balans mellan "det lilla" och "det stora" förnuftet? Medicinen behöver förvisso båda. Vi läkare måste använda såväl det kalla som det varma ögat. Blundar vi med endera, blir verkligheten förflackad. Nyttjar vi båda skapas möjlighet till ett stereoseende, som i varje människa, varje stycke verklighet förmår urskilja hur det lilla och det stora förnuftet belyser och förutsätter varandra i ett samspel, som skapar verklighetsbilder med djupdimension.

Oslokongressen

Den tidigare nämnda Oslokongressen i allmänmedicin visade tydligt att dessa tankar inte bara är fromma förhoppningar. Kring temat "Konsultationen" hade arrangörerna lyckats skapa just de nödvändiga öppningarna för en fortsatt utveckling mot en "ny" människosyn inom medicinen. Därmed menar jag en människosyn, som tar hänsyn till att *subjektiviteten* är människovarats essens. En vetenskap som vill beakta detta kommer att syssla mer med förståelse än orsaksförklaringar. De kvantitativa (instrumentella) metoderna är i det sammanhanget otillräckliga. Mer kvalitativt inriktade metoder måste till. Flera av de mest intressanta seminarierna under kongressen handlade just om kvalitativ metodutveckling. Mycket tycks hända på den fronten just nu. Problemen är förvisso stora. Av en god kvalitativ metod måste man kräva att den är intersubjektivt prövbar utan att förden skull tappa bort komplexiteten i det den vill undersöka. Det är en stor utmaning. En viktig poäng i många föredrag, var betoningen av metodisk pluralitet, det vill säga att rätta metodval efter typ av problem. Det kan låta som en självklarhet, men har sannerligen inte varit så inom medicinsk forsk-

ning, där ett naturvetenskapligt synsätt varit totalt dominerande och lett till en alltför reducerande syn på människan.

Slutligen säger oss all intuition att vetenskapen bara är en av möjliga kunskapsvägar, när det gäller att förstå människan som subjekt. Man kommer långt med den direkta observationen och den noggranna fallbeskrivningen. Konst och litteratur kan vara till mycket god hjälp. Oslokongressen tog fasta på detta och lät avslutningsdagens föredrag glida över i teater, dans- och musikföreställningar. Den avslutningen bidrog starkt till slutintrycket av en kongress, som slog broar mellan olika typer av kunskap.

Författarpresentation

Christer Petersson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, Lammengatan 6,
360 30 Lammhult.

Inför 200-årsminnet av Wolfgang Amadeus Mozarts död

– en kort beskrivning av hans sjukdomar och död

BENGT NORDLING

Som brådmöget underbarn turnerade Wolfgang Amadeus Mozart i Europas huvudstäder och förevisades för dåtidens furstar och kungligheter, som alla lät sig imponeras av hans förstklassiga begåvning och talang. Likväl kom hans korta men kreativa liv att stundom fyllas med sorgliga händelser, sjukdomar, umbäranden och slutligen ekonomisk nedgångenhet. Hans liv slutade i ett medicinskt mysterium, där de samtida källorna är motsägelsefulla och där spåren skingrats för vinden, så att det är svårt att skilja mellan legend och verklighet. Han dog skuldtyngd och utfattig. Trots att han redan under sin livstid fått mottaga erkänsla för sina verk – bland annat utnämnd till kejserlig kammarkompositör och mottagare av Vatikanens Gyllene Sporreorden – ville enligt legenden ingen av hans vänner eller välgörare följa honom till graven, än mindre bidra till begravningskostnaderna. Man skyller på att ett oväder skulle ha

dragit fram genom Wien begravningsdagen – några uppgifter om ett sådant oväder finns dock ej bevarade i de meteorologiska källorna från den tiden. Den fattiggrav som blev Mozarts sista hemvist härbärgerade tre döda. Som genom en ödets nyck registrerade man inte i vilken av fattiggravarna Mozarts kvarlämningar lades. När hustrun Constanze åtskilliga år senare försökte fastställa gravens exakta läge var det för sent – ingen av de begravningsarbetare som tjänstgjort den aktuella dagen fanns längre kvar.

Mozart föddes i Salzburg den 27 januari 1756. Han var yngst i en barnaskara på sju, där alla övriga syston utom en äldre syster avled i tidig spädbarnsålder. Hans sjuklighet finns väl dokumenterad i ett antal brev skrivna av fadern Leopold, vilka bevarats till eftervärlden. Ett flertal insjuknanden i febersjukdomar och förloppsbeskrivningar finns således registrerade. En-

ligt dåtida vetande behandlade man ofta sjukdomstillstånden med olika former av omslag och farmaka i pulverform. Ett sådant, så kallat Margrafenpulver kunde ha följande ingredienser: *Miscum album*, magnesiumkarbonat, *Radix paenica*, *Rhizoma iridis*, *Concha praeparata*, *Aurum foliatum* (bladguld), violrötter samt extrakt av elfenben, hjorthorn och diverse mineraler. Ett utförligt beskrivet insjuknande och sjukdomsförlopp från tonsättarens sexårsålder diagnosticerades som scarlatina, men skulle med nuvarande medicinskt vetande snarare betecknas som knölros, erythema nodosum, ett begrepp som introducerades först 100 år senare. Mozart hade vid detta tillfälle, förutom feber och frossbrytningar, en infekterad oxeltand med omgivande inflammatorisk svullnad, vidare beskrevs stora smärtsamma röda fläckar på skenben, armbågar och i sätesregionen, podex. Efter tillfrisknandet tillstötte en "led-

Seniortabletten

Plendil® 2,5 mg

Felodipin – depottablett

Plendil®

Hässle

Depottabletter 2,5 mg, 5 mg och 10 mg R
Kalciumantagonist Co2D E10

Deklaration. 1 depottablett innehåller:

Felodipin, 2,5 mg aut 5 mg aut 10 mg laktos. 28 mg color (järnoxid, titandioxid) et constit. q.s.

Egenskaper. Felodipin (PLENDIL) är en kärlektiv kalciumantagonist för behandling av hypertoni.

Felodipin sänker det arteriella blodtrycket genom att minska det perifera kärlmotståndet. Den elektriska och kontraktila aktiviteten i kärlets glatta muskelceller hämmas genom påverkan på kalciumkanalerna i cellmembranen. Det sänkta blodtrycket medför initialt en övergående, reflektorisk ökning av hjärtfrekvens och minutvolym. Ökningen av hjärtfrekvensen motverkas när felodipin ges i kombination med β -receptorblockerare. Påverkan på blodtryck och totalt perifert kärlmotstånd är direkt korrelerad till plasmakoncentrationen av felodipin.

Genom att felodipin har en selektiv effekt på glatt muskulatur i arteriella resistenskärl, har det i terapeutiska doser ingen negativ inotrop effekt på hjärta och ej heller någon kliniskt betydelsefull elektrofysiologisk effekt i hjärtat.

Felodipin har en natriuretisk och diuretisk men ej kaliuretisk effekt. Den tubulära återresorptionen av natrium och vatten minskar, vilket kan förklara frånvaron av salt- och vätskeretention hos patienten. Felodipin minskar den renala kärlresistensen.

Felodipin tolereras väl även av patienter som samtidigt har angina pectoris eller hjärtinsufficiens.

Felodipin absorberas fullständigt från mag-tarmkanalen. Biotillgängligheten är ca 15% och är ej dosberoende inom det terapeutiska intervallet. Bindningen till plasmaproteiner är drygt 99%.

Halveringstiden för felodipin i eliminationsfasen är ca 25 timmar. Ingen risk för ackumulering föreligger under långtidsbehandling. Felodipin metaboliseras i levern, och samtliga identifierade metaboliter saknar vasodilaterande effekt. Ca 70% av given dos utsöndras som metaboliter via urinen, ca 10% i feces. Mindre

än 0,5% av given dos utsöndras i oförändrad form i urinen.

I PLENDIL depottabletter är den aktiva substansen, felodipin, inbäddad i en polymer, som i kontakt med vätska bildar ett gellager, varifrån felodipin frisätts kontinuerligt. Därigenom uppnås en jämn plasmakoncentration, som ännu 24 timmar efter given dos ligger inom det terapeutiska intervallet.

Indikationer. Hypertoni.

Graviditet. Kategori B:3. Se speciellt avsnitt märkt i FASS. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. I djurförsök har i reproduktionsstudie på kanin felodipin, dosrelaterat, visats ge reversibel förstoring av bröstkörtlar på hondjuren och, under tidigt skede av fosterutvecklingen, anomalier i tassarnas yttre falanger hos fostren. Felodipin har, dosrelaterat, i fertilitets- och reproduktionsstudier på råttor visats ge försvårat värkarbete med förlängd partus och ökad dödlighet hos foster och nyfödda som följd. Tills ytterligare erfarenheter föreligger bör PLENDIL ej ges under graviditet annat än efter särskilt övervägande.

Amning. Grupp IVa. Uppgift saknas om felodipin passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Den vanligaste biverkan av PLENDIL är lätt till måttlig ankelsvullnad som är dosrelaterad och, i de vanligast använda doserna (5–10 mg dagligen), förekommer i 5–20%. Symtomet är en följd av prekapillär vasodilatation.

I början av behandlingen eller vid höjning av dosen kan ansiktsrodnad, huvudvärk, palpitationer, yrsel och trötthet förekomma. Dessa är vanligen övergående.

Vanliga	Allmänna:	Ankelsvullnad, (> 1/100) huvudvärk, yrsel, trötthet.
	Cirk.: Palpitationer, ansiktsrodnad.	

Mindre vanliga	Hud: Hudutslag som exantem och klåda.	
(1/100–1/1000)	Övriga: Gingival hyperplasi.	

Fall med mild gingival hyperplasi har beskrivits efter behandling med felodipin hos patienter med uttalad gingivit/parodontit. Svullnaden kan undvikas eller gå tillbaka med hjälp av noggrann tandhygien.

Felodipin kan i enstaka fall förorsaka hypotension med takykardi, som hos känsliga individer kan ge angina pectoris.

Dosering. Doseringen är individuell. Behandlingen bör inledas med 5 mg dagligen. Normal dosering är 5 mg dagligen. Högre doser än 10 mg dagligen behövs vanligen inte.

För patienter med gravt nedsatt leverfunktion bör dosen reduceras.

PLENDIL kan även kombineras med β -receptorblockerare eller diuretika. Depottabletten ges en gång dagligen, på morgonen. Effekten kvarstår över 24 timmar. Depottabletten skall sväljas med vatten, och får ej delas, krossas eller tuggas.

Interaktion. Felodipin interagerar med cimetidin, fenytoin och karbamazepin. Se speciellt avsnitt märkt i FASS. Co2D E10 Felodipin.

Förpackningar.

Depottabletter, 2,5 mg (gul, rund, märkt A/FL, Ø ca 8,5 mm)

28 st (dagmärkt tryckförpackning) vnr: 42 18 18

98 st (dagmärkt tryckförpackning) vnr: 42 18 34

Depottabletter 5 mg (rosa, rund, märkt A/Fm, Ø 9 mm)

28 st (dagmärkt tryckförpackning) vnr: 17 63 21

98 st (dagmärkt tryckförpackning) vnr: 17 64 61

98 st (endosförp. för sjukhusbruk) vnr: 49 82 79

Depottabletter 10 mg (rödbrun, rund, märkt A/FE, Ø 9 mm)

28 st (dagmärkt tryckförpackning) vnr: 17 66 10

98 st (dagmärkt tryckförpackning) vnr: 17 72 04

98 st (endosförp. för sjukhusbruk) vnr: 49 83 11

Plendil®

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

rheumatism" och här förefaller kausalsammanhanget klarlagt.

Efter en episod med svår anginös svalgkatarr skedde så ett influensaliknande insjuknande i typhys abdominallis vintern 1765. "Det började med hög feber och ett eländigt allmäntillstånd, skör hud och svaga ben. Det tillstötte intorkning och särskild omsorg måste ges hans tunga, som större delen av tiden var torr som fnöske och ständigt måste rengöras. Läpparna blev svarta och hårda och tre gånger förlorade de sin hud." Trots att man befann sig på resande fot, överlevde den unge konstnären även denna episod, men ännu en gång skedde ett sekundärinsjuknande i "ledrheumatism".

Påföljande år infekterades han under en smittkoppsepidemi. Insjuknandet blev dramatiskt – hög feber, röda kinder, uttalad torrhet, iskalla händer, uttalad oro och dålig puls. Behandling försöktes med såväl Margrafenpulver som Schwarzpulver. Iklädd stärkta linnelakan och omvirad med pälsar transporterades sedan den unge konstnären till en barmhärtighetsinrättning. Där tillstötte förutom koppor även ansiktssvullnad, men sedan vek febern när huden började fjälla och kopporna trillade av. "Som genom ett Herrens under" överlevde den unge Mozart smittkopporerna, som dock efterlämnade spår i form av kopparr, vilka vanstälde ansiktet.

Åtskilligt fler infektionssjukdomar drabbade den unge tonsättaren med varierande symtom såsom uttalad sömnhet, hög feber, ansiktssvullnad, reumatiska besvär och tandrotssmärter. Känt är också att han hade ett uttalat rakitiskt habitus, där bristsjukdomen ("engelska sjukan") efterlämnade markanta spår såsom kortväxthet (150 cm), skullförändringar med oregelbundenheter i pannan samt uttalade bendeformiteter som även innefattade händerna. Det sades att fingrarna böjts av allt spelande till den grad, att han inte kunde skära sitt kött själv. Det danska statsrådet Georg Nikolaus Nissen skriver i sin Mozartbiografi, att tonsättarens huvud var oproportionerligt stort i förhållande till kroppen, med en framträdande och påfallande näsa som var "vacker så länge konstnären förmådde hålla sig mager". I många källor beskrivs Mozart som liten, späd, oansenlig till det yttre, men kvick, rask, nervös och spirituell. Då ena öronmusslan var missbildad föredrog tonsättaren alltid att bära sitt hår långt. Den bild eftervärlden har, ofta genom samtida porträtt, är genomgående mycket starkt idealiserad.

Mozarts konstnärsskap gav honom samtidens erkänsla, men ej ekonomiskt oberoende. Under sin konstnärliga bana hemsöktes han av ytterligare

ett antal infektiösa sjukdomsperioder, av vilka åtminstone två beskrivs som influensa, några som katarrh, kolik respektive tandinfektion. De konstnärliga framgångarna renderade honom 1787 en ställning som kejsarlig kammarkompositör, en för tiden ganska vävlönad ställning, där inkomsten (800 floriner om året) motsvarade en samtida kirurgöverläkarlön, (när en musiker i furst Esterházy's kapell förtjänade 200–400 floriner och en organist vid Trefaldighetskyrkan i Wien tjänade 50 floriner). Denna inkomst var dock ej tillräcklig och förslog ej till livsuppehållet. I sin finansiella nöd vände sig Mozart till frimurarbröder och från de sista tre åren av hans liv finns bland annat 21 tiggarbrev till köpmannen Mihael Puchberg registrerade. Trots dessa svårigheter fortsatte komponerandet oförtrutet. "Cosi fan tutte" skrevs till exempel på mindre än två månader. De inkomster som kunde inbringas från konserter var dock oftast blygsamma. Det berättas till exempel, att då han tärd av en sjukdomsperiod med förkylningssymtom, tandvärk, ledbesvär och sömnlöshet skulle resa till kejsaren Leopold II kröning i september 1790 nödgades sälja bordssilvret för att kunna anträda resan.

Omständigheterna kring Mozarts död är höljda i dunkel. Under det sista året komponerades, förutom flera andra verk, Trollflöjten, vilket enligt senare utsago av Richard Wagner, utgjorde födelsen av den tyska operan. Det sista arbetet, Mozarts Requiem, begärdes av en anonym beställare, vars identitet förblir okänd (om man inte tror på den starkt ifrågasatta så kallade "Walsegg-legenden" som vill utpeka greven av Stuppach, vilket i avsaknad på konkreta bevis förblir en spekulation).

Fylld av onda förningar grep sig Mozart an detta verk. Under en höstpromenad avslöjar han sin oro för hustrun, att man håller på att förgifta honom. I ett brev till Lorenzo da Ponte uttrycker Mozart sin tacksamhet över att få ha levt ett så förmånligt liv, "men ingen kan ju ändra sitt öde. Jag fullföljer min gravsång, och den kan inte lämnas oavslutad".

Under sina sista månader i livet lämnade Mozart sjuksängen två gånger för att personligen leda uruppföranden av nyskrivna verk. Trots en ganska bestämd läkarinrådan om strikt vila, fortsatte tonsättaren sitt hektiska skapande. Från den 20 november 1791 var han totalt sängbunden. Ödem hade tillstött i armar, ben och buk. Mozart sade sig kunna "smaka döden med tungan". Sömlöshet, huvudvärk, frossbrytningar, feber och kräkningar tilläts inte avbryta kompositörens arbete. Husläkaren, doktor Closset, ställde efter att ha

rådgjort med förste stadsläkaren enligt dåtida skolmedicin, diagnosen friselfeber (febris miliaria) och ordinerade behandling med kylande omslag. Trots att den letala utgången ansågs säker försöktes med åderlåtning den 3 december. Påföljande dag lämnar Mozart de sista anvisningarna för fullbordandet av dödsmassan till sin lärjunge Süssmayer. Dagen därpå faller enligt legenden taktpinnen bokstavligt ur tonsättarens hand under arbete på Requiem-mässan vid åttonde takten i Lacrimosa, varefter han tappar medvetandet. Efter ett två timmar långt koma kallas han ad Patrem vid Rauhensteingasse i Wien den 5 december 1791, några minuter före kl 01.00. Enligt flera historiska källor skall en dödsmask ha tagits, vilken sedermera gått förlorad.

Inga journaler fördes över Mozarts sista sjukdom. Den officiella dödsorsaken anges som friselfeber enligt "Verzeichnis der Verstorbenen der Stadt Wien". I dödsattesten anges dessutom orsakerna nervfeber och inflammatorisk reumatisk feber ha bidragit till exitus. I en tidningsartikel anges dödsorsaken bröstvattensot. Snart är även förgiftningsryktena igång efter en artikel den 12 december 1791 i Berliner Musikalisches Wochenblatt. I brist på pålitliga urkunder har senare spekulationer beträffande dödsorsakssammanhangen divergerat åtskilligt. Bland annat har tuberkulos, meningit, hjärtinkompensation på kronisk nefritbas, nefrotisk hypertoni och Morbus Basedow föreslagits. I en installationsföreläsning vid universitetet i Frankfurt 1936 ställer R Szametz dessutom frågan om Mozart genomlidit en psykos.

Flera författare vill se ett sammanhang mellan kronisk njursjukdom och Mozarts död. Kronisk glomerulonefrit med nefrotiskt inslag skulle ha utvecklats och övergått i sekundära skrumpnjurar. Man påtalar de reumatiska skoven och de tonsillogena och odontogena hårdarna. Den gulbleka ansiktsfärgen, tröttheten och huvudvärken för tankarna till kronisk njursjukdom. Likaså de ödem som tillstötte, först i extremiteter, sedan i buk och slutligen i ansikte under de sista 14 dagarna av tonsättarens liv. Något svårförklarat är då kanske den korta terminala uremifasen med medvetenlöshet i endast två timmar samt den märkningsvärt höga aktivitetsnivån in i det sista. Denna hypotes har främst företrätts av A Greither som förutom kronisk glomerulonefrit även pekat på möjligheten av cystopyeliskov och njursten i den tidigare anamnesen.

Förgiftningsryktena har alltsedan Mozarts död varit ihärdiga. Många och framför allt D Kerner har förklarat döden som orsakad av kronisk

kvietsilverförgiftning. Mozarts rival och kollega, den kejsarliga hovkapellmästaren Antonio Salieri, har bland annat i ett teaterstycke av Alexander Pusjkin utpekats som Mozarts mördare. Han skall också enligt legenden i ett biktsamtal strax före sin död ha erkänt sin skyldighet till ett sådant giftmord. En sovjetisk musikhistoriker skall också ha hittat en nedskrift av ett sådant biktsamtal, men i likhet med så mycket annat material vad gäller Mozarts död, är denna nedskrift spårlost försvunnen. Det har också påtalats att Salieri vid tidpunkten för detta samtal på intet sätt var i sådant mentalt hälsotillstånd att en eventuell

bekännelse omedelbart förtjänar tilltro ...

Det har genom åren skrivits mängder av litteratur om Mozarts liv och omständigheterna kring hans död. 1947 hittades en dödsmask som har tillskrivits Mozart. Huruvida så är fallet och huruvida framtiden kommer att kunna kasta ett klarare ljus över Mozarts sista sjukdom och död är synnerligen ovisst. En stor mängd sammanfallande olyckliga omständigheter och uttalad brist på säkerställda fakta bidrar till detta. Avslutningsvis kan man bara hysa beundran över hans stora produktivitet in i det sista. Under de sista levnadsmånaderna ska-

pades två operor, två kantater, en klarinettkonsert och ett requiem. Den sammanlagda musikaliska produktionen under ett trettiofemårigt konstnärsliv är enligt gällande klassificering 626 verk, varav 144 var kända vid tonsättarens bortgång. En anledning så god som någon att särskilt uppmärksamma 200-årsminnet av Wolfgang Amadeus Mozarts dödsdag!

Författarpresentation

Bengt Nordling, distriktsläkare.

Postadress: Svartbäckens vårdcentral, Box 16024, 750 16 Uppsala.

Recensioner

2806615

Handbok i delegeringsregler och läkemedelshantering

BENGT SJÖLENIUS

Delegering Läkemedel Ansvar. En praktisk handbok.

Lund: Studentlitteratur, 1990.

Pris: Cirka 210 kronor. 129 sidor.

ISBN 91 44 32911 3

En tjock handbok enbart om delegeringsfrågor och läkemedelshantering, kan den verkligen behövas? Ja, sjukvården är omgärdad av lagar och paragrafer som är svårgenomträngliga och svårtolkade. Därför har efterfrågan på utbildning i medicinsk juridik ökat bland alla anställda, även i primärvården och även utbudet inklusive nya böcker har ökat.

Författaren har med noggrannhet gått igenom de lagar och förordningar som styr läkemedelshantering. Mycket gäller slutenvårdsförhållanden, men vi är ju själva ofta ansvariga för slutenvård på sjukhemmen, och boken berör även öppenvården. Författaren redogör inte bara för lagar och förordningar utan tar lämpliga exempel ur HSN-beslut, för att belysa hur myndigheterna ser på olika förhållanden.

Delegeringsdelen är även utmärkt och särskild hänsyn tas till primärvården, där författaren mycket riktigt påpekar att delegering ej sker till socialtjänstpersonal utan där sker anvisning i stället.

Boken är väldisponerad med bra register, bra innehållsförteckningar och goda sammanfattningar inledningsvis i varje kapitel. Liksom vid tidigare recenserade böcker av samme författare är böckerna möjligen något ordrika.

I inledningen omtalar författaren att han vänder sig till sjuksköterskor, barnmorskor, laboratorieassistenter.

Läkare och distriktsläkare är ej nämnda. De distriktsläkare som har speciella skäl att kunna allt om delegeringsregler och läkemedelshantering rekommenderas därför ändå att skaffa denna bok, som är utmärkt och grundläggande.

Till vårdcentralens bibliotek vill jag i första hand dock rekommendera Hälsa- och sjukvårdsrätt, del 1-3 av samma författare. (Del 1 och 2 recenserade av undertecknad, AllmänMedicin 1990;11:219). Dessa sistnämnda böcker bör ingå i varje vårdcentralens bibliotek, för tyvärr behöver vi distriktsläkare ibland repetera lagar och förordningar, framför allt de tolkningsar som föreligger i detta svårgenomträngliga regelverk.

Kennert Lenhoff, distriktsläkare, primärvårdschef.

Postadress: Lyckeby vårdcentral, 371 62 Lyckeby.

Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap

BERTIL CARLSSON

Göteborg: Almqvist & Wiksell, 2:a upplagan, 1990.

Bertil Carlsson, filosofie doktor och universitetslektor i pedagogik med lång erfarenhet av utbildning på skilda nivåer och på senare tid främst inom vårdområdet, har i sin omarbetade upplaga av boken "Grundläggande forskningsmetodik" kompletterat denna med ytterligare kapitel. I den nya upplagan har tillkommit exempel på olika datainsamlingsmetoder och ett kapitel om datorer i forskningen.

Boken introducerar läsaren i allmänna grunder för forskningsarbete och ger en god översikt i kvantitativ, traditionell metodskolning. Ett inle-

dande kapitel redogör för den svenska forskningens organisation. Därefter följer en kort inblick i några kunskaps- och vetenskapsfilosofiska riktningar, som poängterar att forskningsarbetets metoder bör bestämmas utifrån problemområde och den kunskap som arbetet förväntas ge. Värdefullt är att Bertil Carlsson diskuterar grundläggande vetenskapsfilosofiskt synsätt som styrande för val av forskningsmetod. Ett mera utförligt resonemang om detta hade dock varit önskvärt.

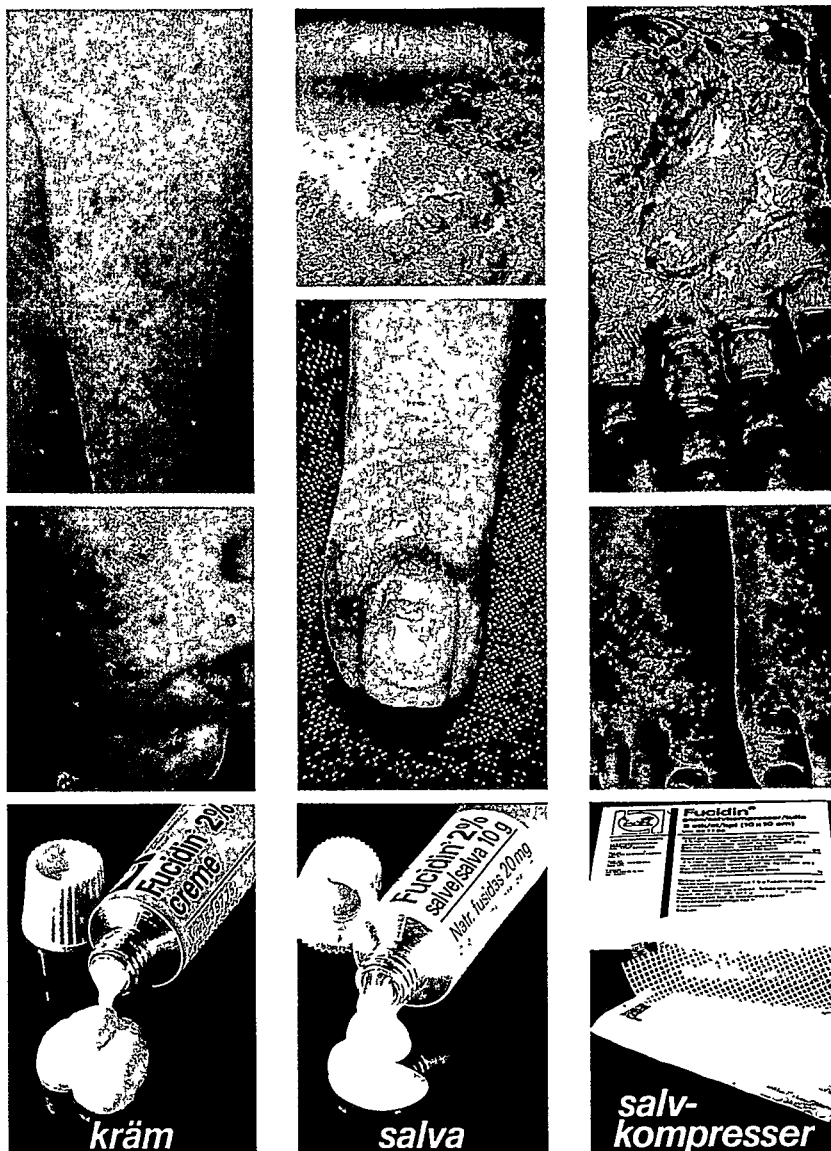
De forskningsmetoder som boken främst behandlar bygger på ett analytiskt synsätt.

Som en introduktion i beteendevetenskapens kvantitativa forskningsmetoder utgör boken en lättfattlig grund. För mera ingående studier i vårdvetenskapens grunder fordras dock kvalitativ metodskolning. Vårdforskningen bör enligt min mening också utgå ifrån kvalitativa metoder. Detta borde därför tagits upp i boken. För att kunna läsa och bedöma en forskningsrapport bör studerande vid vårdhögskola få introduktion i såväl kvantitativ som kvalitativ metod.

Sammanfattningsvis kan sägas, att boken mycket väl kan utgöra en av grundböckerna i forskningsmetodisk skolning vid vårdhögskola, under förutsättning av ovan nämnda komplettering.

Kerstin Petersson, FoU-lärare.

Postadress: Vårdhögskolan, Box 1210, 351 12 Växjö.



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 anlägges är en applicering dagligen tillräcklig. Fucidin salvkompresser lägges på såret och täckes med lämpligt förband. På starkt vätskande sårtyper bör kompressen bytas varje dag. Fucidin salva bör ej användas i ögonregionen pga viss lokalirriterande effekt av natriumsaltet.



LÖVENS LÄKEMEDEL
Tel 040-75630 • Box 404 • 201 24 Malmö



Seniortabletten.

Frågan om det är meningsfullt att behandla äldre hypertoni-patienter har länge diskuterats.

Naturliga fysiologiska förändringar och olika slags komplikationer gör att man många gånger funderat på om botten inte är värre än soten.

Den kärlektiva Ca-antagonisten Plendil har redan i sin ursprungsstyrka 5 mg många egenskaper, som gör den lämplig för äldre patienter. Genom att halvera styrkan har vi gjort Plendil till ett ännu bättre alternativ.

Plendil 2,5 mg — seniortabletten — ger en enkel och effektiv behandling med mild blodtrycks-sänkande effekt och god tolerans.

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

FASS-text se sid 274.

Plendil® 2,5 mg

Felodipin — depottablett

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