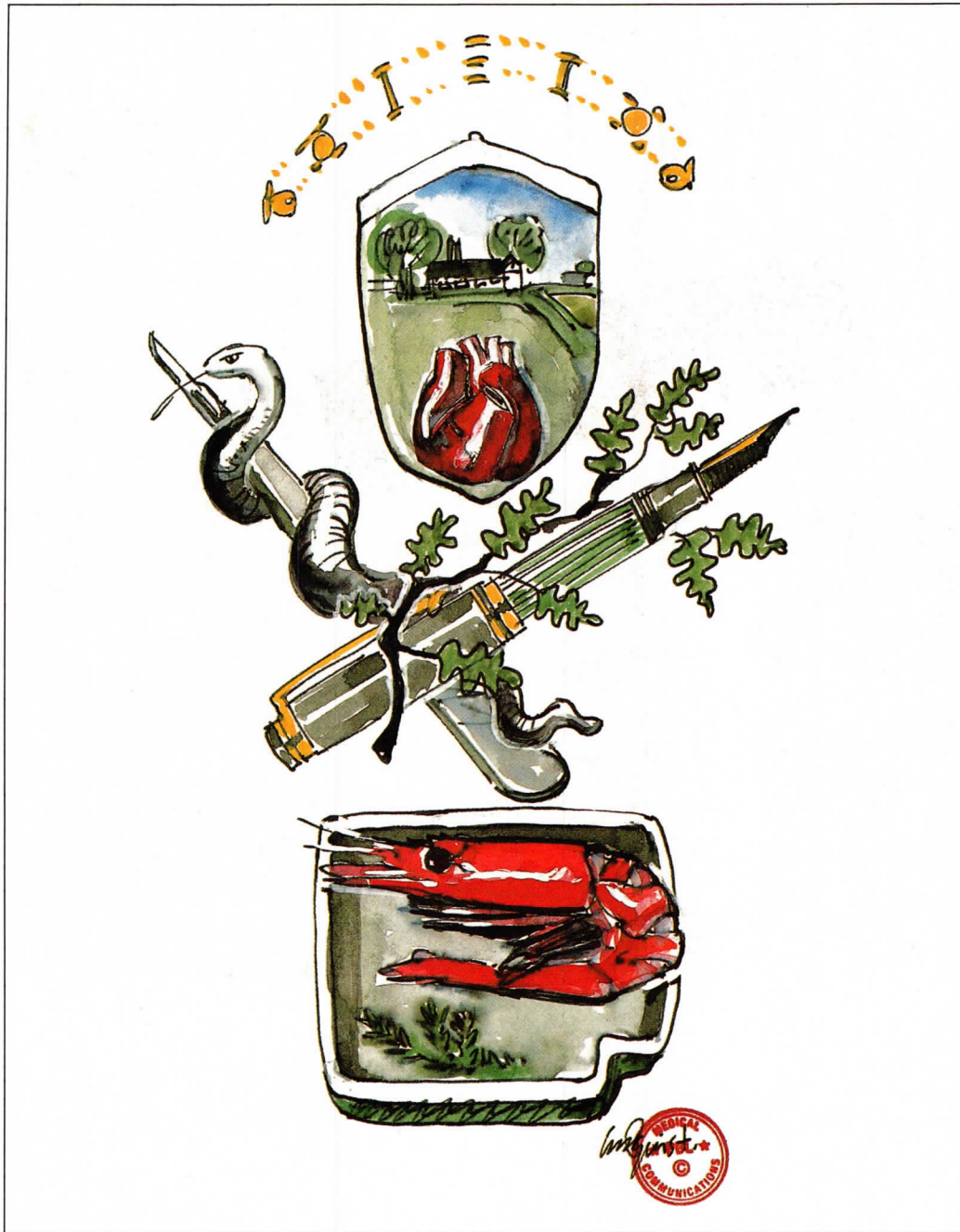


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Kvalitetssäkring

2
1992

Supplement nr 16
Specialistutbildning
i Allmänmedicin



Jag tar 2,5 mg en gång om dagen.



Jag tar 5 mg en gång om dagen.



Jag tar 7,5 mg en gång om dagen.



Jag tar 10 mg en gång om dagen.

Seniortabletten

för individualiserad hypertonibehandling.

Frågan om det är meningsfullt att behandla äldre hypertonipatienter har länge diskuterats.

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

Den kärlselektiva Ca-antagonisten Plendil® har många egenskaper som gör den lämplig för äldre patienter.

Plendil® finns i tre styrkor 2,5 mg, 5 mg och 10 mg.

Med Plendil® 2,5 mg ges en ökad möjlighet till individualiserad behandling.

Plendil® kan nu, för tex äldre patienter, ges i

doserna 2,5 mg x 1; 5 mg x 1; 7,5 mg x 1 eller 10 mg x 1.

Normaldosering är 5 mg.

Doseringen är individuell och Plendil® ges alltid i endosering.

Förpackningar 28 st eller 98 st.

Plendil® 2,5 mg

Felodipin – depottablett

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

Fr o m 1992-04-13 nytt tel: 031-776 35 00.

Manus-stopp!

I tabellen redovisas de datum som gäller för manusstopp och planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1992.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
3/92	9/3-92	20
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 Annonserförmedling,
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 medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmänmedicin).

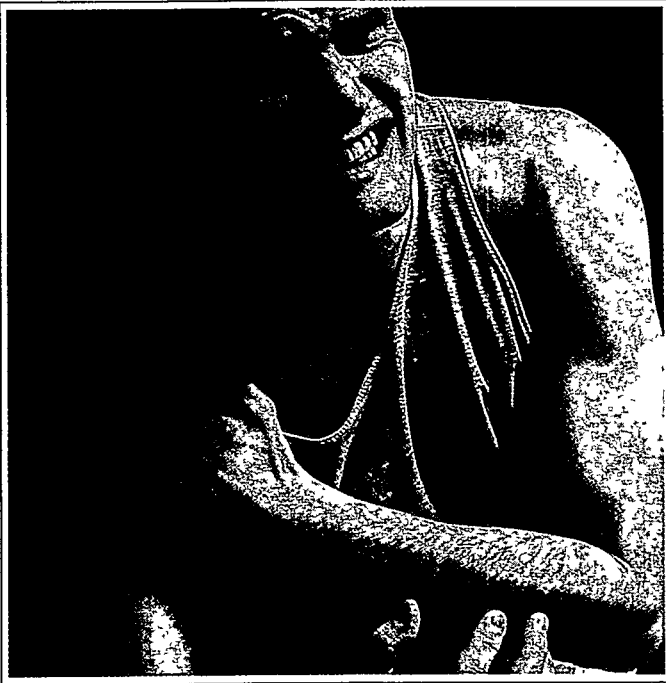
Tidningen utkommer med 6 nummer per år. Prenumerationsavgiften inbetalas till AllmänMedicin postgiro 37 54 40-5. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryckt på miljövänligt papper hos
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1992
ISSN 0281-3513

Omslagstecknare: Per Birger Lundquist
Symbolbild: Kvalitetssäkring
– ordnar/pris för stor upptäckt
– bostad för husläkare/hembesök/service
– hjärta för viktiga/centrala beslut/vård
– Asclepius' orm för läkekonst
– skalpell för staven
– ekblad för kunskap
– penna för text/bild kommunikation
– räkal/skaldjur för omega-3/hälsa

Kalendarium	47
Ledare	
Allmänmedicinens kvalitetsssäkring en uppgift för professionen <i>Mats Ribacke</i>	48
Specialistutbildningen	48
SFAM	
Svensk Förening för Allmänmedicin – Styrelsen 1992	49
Nytt från SFAM	
Inspektioner	50
Debatt	
Obsolet och omnipotent eller rigid och pessimistisk <i>Björn Nilsson, Björn Olsson</i>	50
Läkarförbundets 2:a idéskiss SLAF stärker inte mina patienters position i hälso- och sjukvården <i>Elisabeth Jaenson</i>	51
Kommentar <i>Olof Svender</i>	51
En invandrare eller flykting korsar ditt spår <i>Bengt Järhult</i>	54
Nytt från institutionerna	
Lokal antagning till läkarutbildningen vid Karolinska institutet <i>Hans Åberg</i>	58
Doktorsavhandlingar från primärvården	
Divorced middle-aged men – psychosocial and medical aspects <i>Hans Hallberg'</i>	59
Medicinsk revision av provtagning avseende antinucleära antikroppar (ANA) vid vårdcentral <i>Lars Ivarsson, Bjarné U Hansen</i>	62
Perspektivet bakåt i historien "Vårdens idéhistoria" <i>Bodil Persson</i>	64
 Apoteksbolaget	65–68
Kvalitetsarbete i allmänmedicin <i>Leif Persson</i>	69
Tanke, känsla och handling – en bakgrund till kognitiv terapi <i>Jayanti Chotai</i>	73
Behandlingskontroll av diabetesvården i primärvården med HbA1C <i>Melcher Falkenberg</i>	78
Cortison vid asthma bronchiale – tänk efter först <i>Einar Björkelund</i>	81
Rutiner vid läkemedelshantering inom omsorgsverksamhet för psykiskt utvecklingsstörda i Vallentuna kommun <i>Ylva Roth, Gunnel Hanngren</i>	83
Recensioner	
Cristie VM. Den andra medicinen – Alternative utovere og deres pasienter <i>Carl-Gunnar Eriksson</i>	84
Meurle-Hallberg K, Gunnérius Å (red). Kroppen som fysik – kroppen som jag <i>Bengt Mattsson</i>	86
Lipidhandbok – Tumregler för att behandla blodfetter. <i>Gustaf Wahlberg</i>	86
Bayliss R, Tunbridge WMG. Thyroid Disease The facts <i>Melcher Falkenberg</i>	88
Willcock GK, Gray J, Longmore JM. Geriatric problems in general practice <i>Mats Ribacke</i>	88

ANILIN!



(Normaldosering 50 mg x 2)

Tendiniter, onda ryggar, muskelinflammationer, vrickade fötter...

Voltaren® T är en tablett för akuta smärttillstånd. Den är speciellt lämplig i det akuta skedet, eftersom maximal plasmakoncentration uppnås mycket snabbt. Voltaren® T innebär utökade behandlingsmöjligheter med Voltaren®, Sveriges mest använda antiflogistikum.*

VOLTAREN® T

DICLOFENAC

CIBA-GEIGY AB, 031-89 25 00

PRODUKTINFORMATION. Voltaren® 1) (diclofenac-natrium) Voltaren® T 2) (diclofenac-kalium) Antiflogistika med analgetisk och antipyretisk effekt. 1) Enterotabletter 25mg och 50mg, suppositorier 50mg och 100mg samt injektionsvätska 25mg/ml. 2) Tabletter 50mg. **Indikationer:** 1) Reumatoid artrit. Juvenil reumatoid artrit. Artros. Mb. Bechterew. Dysmenorré utan organisk orsak. Akuta gallstens- och uretärstensanfall (injektionsvätska). Postoperativ smärta (injektionsvätska och suppositorier). 2) Akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet. **Dosering:** Individuell. Vuxna: Beroende på indikation 50-150mg dagligen. Barn: Riktvärde bör vara 2-3mg/kg kroppsvikt dagligen. Injektionsvätska: 1-2 ampuller (75-150mg) per dag, högst 2 dagar i följd. **Kontraindikationer:** Ulcus pepticum. Inflammatoriska gastrointestina sjukdomar, tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. Levercirros.

Hepatisk porfyri. Svår hjärtsvikt och njursjukdom (glomerulusfiltration <30ml/min). Överkänslighet mot diclofenac. På grund av korsreaktion skall preparatet ej ges till patienter, speciellt astmatiker, som fått symptom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av ASA eller andra NSAID. **Försiktighet:** Patienter med gastrointestina besvär eller med tidigare ulcera, liksom patienter med ulce-rös kolt, Crohn's sjukdom, hemato-poes - eller koagulationsrubbingar bör noggrant kontrolleras under behandling med diclofenac. Beroende på prostaglandinernas betydelse för att upprätthålla renalt blodflöde, är speciell försiktighet indicerad när diclofenac används vid nedsatt hjärt-, lever- eller njurfunktion. Detta gäller även vid behandling med nefrotoxiska läkemedel tex ciklosporin. Hos äldre patienter speciellt diuretikabehandlade, samt hos patienter som förlorat stora extracellulära volymer tex i peri- eller postoperativa

fasen av större kirurgiska ingrepp, måste risken för vätskeretention och försämrad njurfunktion beaktas. **Graviditet:** Kategori C. Se speciellt avsnitt i FASS märkt [g]. **Biverkningar:** Vanliga. **Allmänna:** Huvudvärk, yrsel eller svindel. **GI:** Epigastrisk smärta, illamående, kräkningar, diarré, buksmärta, dyspepsi, flatulens, anorexi. **Lokal irritation** (endast suppositorier). **Hud:** Utslag eller huderosioner. **Lever:** Transaminas-stegringar (ASAT, ALAT). **Mindre vanliga och sällsynta:** se FASS. **Förpackningar:** 1) Enterotabletter 25mg, 30 och 100st. Enterotabletter 50mg, 20 och 100st. Suppositorier 50mg, 10 och 50st. Suppositorier 100mg, 5 och 50st. Injektionsvätska 25mg/ml, Ampuller 5x3ml. 2) Tabletter 50mg, 20 och 100st. För ytterligare information: se FASS.

* Antalet försålda förpackningar 1991.

1992

APRIL

□ **21-24 april.** Workshop on practical statistical evaluation of pharmacokinetic/pharmacodynamic data. Lidköping.

Information: Tel 08-24 50 85.

□ **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.

□ **28-29 april.** Kronisk inflammation av okänd genes, Örebro.

Information: Örebro läkardagar, Svenska läkaresällskapet. Tel 08 24 33 50.

MAJ

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

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

□ **11-15 maj.** First international course on counteracting stress and burnout through work-site health promotion, ESPOO, Finland.

Information: Course secretary Gunilla Ahlberg, NIVA, Topeliuksenkatu 41a A, SF-00250 Helsinki. Tel 358 0 474 7498.

□ **11-22 maj.** Forskarkurs i Epidemiologi och biostatistik vid Nordiska hälsovårdshögskolan.

Information: Ytterligare information och ansökningsblankett kan erhållas genom Nordiska hälsovårdshögskolan, Box 12133, 402 42 Göteborg.

□ **13-15 maj.** Design. Protokoll. Patientformulär. Sigtuna. Anmälan före 16 mars.

Information: Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, tel 08-24 50 85.

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

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

JUNI

□ **10-12 juni.** XII Kongres i arbetsmedicin, Köpenhamn.

Information: Overlæge Kai Grønnet, Dansk Arbejdsgiverforening, Vester Voldgade 113, DK-1790 Köpenhamn. Tel 45-33-93 40 00

□ **8-12 juni.** First international workshop on problem-oriented learning in occupational safety and health. Kungälv.

Information: Course Secretary GFunilla Ahlberg, NIVA, Topeliuksenkatu 41a A, SF-00250 Helsinki. Tel 358 0 474 7498.

□ **12-14 juni.** UK-Nordic Workshop hålls i Köpenhamn på Panum Institutet. Ämne: Research in General Practice. New strategies - new methods.

Information: Anna-Karin Furhoff, Karolinska institutet, Institutionen för allmänmedicin, Diagnosvägen 8 nb, 141 54 Huddinge.

□ **29 juni - 1 juli.** Conference on migration and thalth, Bryssel, Belgien.

Information: Secretariat, International Organization for Migration, PO Box 71, CH-1211 Geneva 19, Schweiz. Tel 41 22 717 91 11.

JULI

□ **2-4 juli.** Second International Congress on Ethnopharmacology i Uppsala.

Update Lectures: Anthropological methods in ethnopharmacology, Botanical methods in ethnopharmacology, Chemical methods in ethno-

pharmacology and Pharmacological methods in ethnopharmacology.

Sessions: Africa, The Americas, Asia, Oceania, Europa.

Special guest lecture: Traditional medicine and ethnopharmacology.

Panel Discussion: Hippocratic screening or clinical testing?

Information och anmälningsblankett: Anne-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **12-31 juli.** Epidemiology summer course, Boston/Medford, USA.

Information: Dr Nancy Dreyer, The New England Epidemiology Institute, Dept SC-32, One Newton Executive Park, Newton Lower Falls, Massachusetts, 02162, USA. Tel 617 244 1200 or Dr Henrik Tøft Sørensen, Dept of Internal Medicine, Århus. Tel (DK) 86 41 82 00.

□ **27-31 juli.** European conference: families at risk, London.

Information: The co-ordinator, Families at Risk European Conference, Institute of Family Therapy, 43 New Cavendish Street, London W1M 7RG, Storbritannien. Tel 071 935 16 51.

AUGUSTI

□ **17-21 augusti.** 13 Conference of international society of clinical biostatistics. Köpenhamn.

Information: Karsten Schmidt, Spadille Biostatistik ApS, N.W. Gadesvej 4, DK-3480 Frensensborg. Fax 45 42 28 41 00.

Nordiska kongressen i allmänmedicin i Finland 1993

Planeringen av den 8 Nordiska kongressen i allmänmedicin är redan i full gång. Kongressen kommer att hållas i Seinäjoki i Sydösterbotten den 11-14 augusti 1993. Kongressen tema är Klinisk allmänmedicin.

Vårdar för kongressen är föreningen Kommunala läkare, Allmänmedicinska föreningen i Finland och medicinska fakulteten vid Tammerfors universitet. Fakulteten har en filial i Seinäjoki för den allmänmedicinska utbildningen. Liksom tidigare har också en nordisk kontaktkommitté tillsatts för att koordinera programplaneringen och de olika nordiska ländernas insatser vid kongressen.

Staden Seinäjoki i det finska Österbotten har cirka 27 000 invånare. Seinäjoki ligger 357 km från Helsingfors och avståndet till kuststaden Vasa är 77 km. Seinäjoki kan nås bland annat med tåg och flyg. Från Vasa finns dagliga färjförbindelser till Sverige. Ett kännemärke för Seinäjoki är stadens administrations- och kulturcentrum som planerats av den internationellt ryktbara arkitekten Alvar Aalto. Det monumentala centrets byggnader kommer också att fungera som lokaler för den allmänmedicinska kongressen. Arrangörerna räknar med att den första inbjudan till kongressen sänds ut till allmänläkarna i Norden i september 1992.

SEPTEMBER

□ **7-18 september.** Forskarutbildningskurs: Ledarskap, etik och kvalitet. Kursledare: Professor Edgar Borgenhammar, NHV. Sista ansökningsdag: 15 maj 1992.

Information: Nordiska Hälsovårdshögskolan, tel 031-69 39 00, telefax 031 69 17 77.

□ **16-19 september.** 1. Baltic sea conference on psychosomatics and psychotherapy, Kiel, Tyskland.

Information: Ebbe Linnemann, Strandvejen 267 A, DK-2920 Charlottenlund.

□ **23-26 september.** Third European conference on medical libraries. Montpellier, Frankrike.

Information: Secrétariat 3rd ECML Local Organizing Committee: Jeanet Ginetset, Sanofi Recherche, 371, rue du Professeur Blayac, F-34184 Montpellier, Cedex 04. Tel 33 67 40 01 33.

OKTOBER

□ **15-18 oktober.** The American Academy of family physicians. 44.AAFP scientific assembly, San Diego, USA.

Information: Læge Allan Pelch, Lægehuset, Vognporten 6, DK-2620 Albertslund. Tel 45 42 64 11 44.

NOVEMBER

□ **18-21 november 1992.** Utställningen "MEDICA 92 + BIOTEC", Diagnostica - Therapeutica - Technica - Biotechnica - Juristica. 24. Internationaler Kongress und Ausstellung. Düsseldorf

□ **25-27 november.** Läkaresällskapets Riksstämman, Älvsjö.

Information: Svenska Läkaresällskapet. Tel 08 24 33 50.

SIMGs 46 internationella kongress i allmänmedicin

arrangeras i Klagenfurt, Österrike, 7-11 september 1992. Huvudtema för kongressen är "General Practice without Borders". Deltaman för kongressen är "The Political Implications for General Practice in Europe after 1992", "Exchange of Knowledge and Experiences. Research in General Practice", "Co-operation or Competition with other professionals, Social Workers and Alternative Medicine" samt "Limits of Expectations of the Health".

Kongressen simultantolkas tyska/engelska.

Dr Alfons Sips
Chairman of SIMG Congress Committee

Helvoirtseweg 183 A

NL-5263 EC Vught

Upplysningar och mer fullständigt program genom Christina Nerbrand, Vårdcentralen Gripen, Box 547, 651 12 Karlstad. Tel 054-10 66 14.

Allmänmedicinens kvalitetssäkring en uppgift för professionen

MATS RIBACKE

Under 1988 presenterades kvalitets-säkring i allmänmedicin vid två speci-
ella tillfällen; i symposieform vid för-
eningens höstmöte i Gävle och i prog-
ramskriften "Allmänmedicin inför
år 2000" (1). Begreppet och dess ter-
minologi hade då nått relativt få per-
soner och grupper, trots att Spri i sin
publikation nr 230/1987 bjudit en lätt-
smält introduktion.

Mycket har hänt sedan dess. Spri
har fortsatt att driva på, till exempel
genom utbildning för arbete i kvali-
tetscirklar och med verksamhetsre-
dovisningsformulär, och i Läkartid-
ningen har flera artiklar speglat ut-
vecklingen, senast hösten 1991 under
rubriken "medicinsk revision". Bland
annat har Rolf Linnarsson vid vård-
centralen Kronan visat med exempel
hur datorstöd kan utnyttjas i detta
syfte och vilka krav på datorstödet
kvalitetssäkringsarbete ställer (2).
British Medical Journal har det senaste
året under rubriken "Audit in prac-
tice" varje vecka levererat teoretisk
kunskap och exempel inom området
medicinsk revision.

Kvalitetssäkring ligger till sin idé
mycket nära forskning och utveck-
lingsarbete. I båda fallen handlar det
om ett systematiskt iakttagande där
vissa regler och krav gäller vid datain-
samling och databearbetning. Det blir
ingen kvalitet på den medicinska revi-
sionen om det inte är kvalitet på data-
insamlingen, data som kan ifrågasättas
duger inte som utgångspunkt för dis-
kussioner som syftar till kvalitetsför-
bättring. Forskningens metoder är väl
lämpade även för medicinsk revision,
och framför allt är bra kvalitetssäkring

lika beroende som bra forskning av
vår förmåga att formulera relevanta
frågor och applicera bra metoder.

Kvalitetssäkring i vården kan inrik-
tas mot service, medicinskt handlan-
de, resursutnyttjande, samverkan, be-
handlingsresultat, patienttillfredsstäl-
lelse osv. I tider av organisationsför-
ändringar har det blivit ett nästan hek-
tiskt intresse kring kvalitetssäkring,
Resursoptimering, prioritering, vård-
kvalitet, utbildningsresultat – nämn
vad som helst och kvalitetssäkringsar-
bete är det som ska bjuda behovstill-
fredsställelse. Intressenternas skara är
stor och många institut och organisa-
tioner känner sig kallade att ta initia-
tiv, och mången utanför vårdgivarska-
ran ser sin framtida goda försörjning
som konsult tryggad. Den positiva
process som kvalitetssäkringsarbete
måste vara, för att stimulera till den
önskade kvalitetsspiralen uppåt, hotas
om det utifrån åläggs vårdgivarna att
reagera med data för vad som på eng-
elska fått den negativt laddade benäm-
ningen "quality control". Insikten om
att den process som kvalitetssäkrings-
arbete innebär är det centrala har lett
fram till att begreppet "continuous
quality improvement" lanserats.

SFAM anser det självklart att kvali-
tetsssäkring inom allmänmedicin ska
ske på initiativ och med styrning av
allmänläkarna. I det syftet har styrel-
sen samlat en grupp allmänläkare med
erfarenhet inom området och bildat
SFAMs arbetsgrupp för medicinsk re-
vision. Med början i detta nummer
kommer denna grupp under resten av
året att i vår tidskrift bjuda kunskap
och exempel, så att alla allmänläkare

får möjlighet att nå insikt, motivation
och förmåga att driva kvalitetssä-
kringsarbete.

På inbjudan från Läkarförbundet
och Läkaresällskapet gemensamt är
vår sektion en av tolv som under våren
ska försöka ta fram medicinska kvali-
tetsindikatorer vid några diagnoser/
tillstånd och presentera metoder som
gör dem användbara i rutinsjukvård.
Arbetsgruppen har fått den uppgiften
och kommer efterhand att presentera
resultatet. Vi kan överlåta åt andra att
ta initiativ vad gäller service- och orga-
nisationsutvärdering, men kvalitetssä-
kring som gäller det allmänmedicinska
arbetssättet och kunskapsområdet
måste ske på våra premisser. För att
det ska bli så måste vi stå för initia-
tivet, kraven, exemplen. Arbetsgrup-
pen hoppas på utvecklande debatt och
kunskapsförmedling i dessa spalter
under året.

Referenser

1. Bengtsson C, Furhoff A-K, Haglund
BJA, Hegardt G, Nerbrand C, Ribacke
M, Scherstén B, Sjönell G, Widäng K.
Allmänmedicin inför år 2000 – en
programskrift. Svensk Förening för All-
mänmedicin, 1988.
2. Linnarsson R. Avgränsade problem
med klara kriterier har störst chans leda
till lyckad revision. Läkartidningen
1991;88:3380-2.

Författarpresentation

*Mats Ribacke, ordförande i SFAM.
Sammanställande i arbetsgruppen för
kvalitetssäkring.*

Postadress: Läkarhusets hälsocentral, Staketgatan 32,
803 11 Gävle.

SPECIALISTUTBILDNINGEN

Inför den nya specialistutbildningen
har SFAMs styrelse utarbetat en mål-
beskrivning och ett utbildningspro-
gram för allmänmedicin. Dessa finns
nu samlade i ett enda dokument och
medföljer som supplement till detta
nummer av tidskriften. Dokumentet
är avsett att användas som vägledning
och hjälpmedel för alla inblandade –
ST-läkare, handledare, studierekto-
rer, chefsöverläkare – vid planering,

uppföljning och utvärdering av den
nya målstyrda specialistutbildningen.

Detta är dokumentets första upplaga.
Ta det i bruk, sätt det i arbete! Och
hjälp till att förfina verktyget. Om vi
nu alla införlivar det med praxis och
ger det en rejäl test mot verkligheten,
så kan våra erfarenheter och
synpunkter utgöra en god grund för
bearbetning och revision inför nästa
upplaga. Styrelsen tar alltså tacksamt

och kontinuerligt emot synpunkter på
innehåll och utformning.

Kan beställas i extra exemplar från re-
daktionen, Margareta Lindborg, All-
mänMedicin, 172 83 Sundbyberg. Tel
08 282214.

SFAM

Svensk Förening för Allmänmedicin – Styrelsen 1992

ordförande

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

vice ordförande

Christina Nerbrand
Vårdcentralen Gripen
Box 547
651 12 Karlstad
054 – 10 66 14
054 – 19 41 04

vetenskaplig sekreterare

Calle Bengtsson
Allmänmedicinska institutionen
Redbergsvägen 6
416 65 Göteborg
031 – 37 77 60
031 – 37 77 61

facklig sekreterare

Björn Olsson
Hertsö vårdcentral
Box 843
951 28 Luleå
0920 – 665 00

kassör

Anna Källkvist
Vårdcentralen Kronan
172 83 Sundbyberg
08 – 98 91 00

Cecilia Björkelund

Allmänmedicinska institutionen
Redbergsvägen 6
416 65 Göteborg
031 – 37 77 68

Margareta Brännström

Böleängs vårdcentral
Enbärsvägen 5
904 35 Umeå
090 – 15 82 50

Magnus Eriksson

Tallhöjdens vårdcentral
Tallhöjdsvägen 1
152 41 Södertälje
0755 – 252 21

Elisabeth Jaenson

Sorgenfrimottagningen
Nobelvägen 56
214 33 Malmö
040 – 33 54 85
040 – 33 54 32

adjungerad

Mats Troedsson
Södra Kyrkogatan 16
262 32 Ängelholm
0431 – 833 05

Socialmedicinsk Tidskrift – Temanummer, 2 1992

LÄKEMEDELSANVÄNDNING

Redaktörer: Cecilia Claesson, Arne Melander

Ur innehållet:

Apoteksbolagets läkemedelsstatistik
Ingegård Agenäs

Läkemedelsepidemiologi
Ulf Bergman

Socialfarmakologi
Cecilia Claesson, Arne Melander

Antibiotikaförskrivning: variationer och konsekvenser
Sigvard Mölstedt

Bensodiazepiner och värderingar – etiska och ideologiska aspekter på ett kontroversiellt område
Mikael Sandlund

Kontinuerlig receptregistrering i Jämtlands län
Göran Boëthius

Befolkningsstudier inom socialfarmaci
Dag Isacson

Hälsoekonomi
Ulf Persson, Björn Lindgren

Livskvalitet och cancervård
Marianne Sullivan

Effekter av missbruksbehandling enligt Minnesotamodellen
Marianne Parmander, Peter Allebeck

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

KVINNOR KAN – Idé- och Handelsmässan – Älvsjö, Stockholm – 14-17 maj 1992

SEMINARIUM 304

”Tag kvinnors symtom på allvar”
Lördagen den 16 maj, kl 9-12.

Anorexia, bulemi, infertilitet, fibromyalgi, depressioner, klimakteriebesvär. Kvinnors sjukdomssymtom yttrar sig annorlunda än mäns och varierar under livscykelns. Tas symtomen på allvar? I vilken utsträckning är de uttryck för något mer än individuella sjukdomstillstånd? Kan ett helhetsperspektiv på kvinnors situation och livsvillkor förändra bilden? Vinsterna kan bli stora för individ och samhälle. Ökad hälsa ger minskad sjukskrivning och lägre sjukvårdskostnader.

Medverkande:

Ingalill Morén-Hybinette, företagsläkare

Mary Frank, landstingsråd, Västerbottens läns landsting

Madeleine Mesterton, ordförande Anorexiakontakt

Kajsa Sundström, gynekolog

Mona Eliasson, docent

Susanne Londré, distriktsläkare

Bam Björling, verksamhetschef, Kvinnoforum.

Debattledare: Marianne Rundgren, Sveriges Radio

Seminarieansvarig:

Cecilia Björkelund, med dr

Catharina Blom, Kvinnor Kan

Inspektioner

I arbetet med kvalitetssäkring av specialistutbildningen har Läkarförbundet startat en inspektionsverksamhet av kliniker och vårdcentraler inom ramen för SPUR (specialistutbildningsrådet).

Inspektioner har under 1991-92 utförts på invärtesmedicin-, psykiatri-, kirurgi-, anesthesi- och röntgenkliniker i hel Sverige. Resultatet kommer att presenteras i Läkartidningen under våren 1992.

AllmänMedicin står nu i tur att

delta i denna inspektionsverksamhet och landets vårdcentraler inbjuds härmed till inspektion. Inspektionen kommer alltså att göras med utgångspunkt från hur väl man kan täcka utbildningen av ST-läkare till allmänmedicinspecialister. En referensgrupp inom SFAMs styrelse kommer att utse inspektörer som sedan via enkät och besök sammanställer en bedömning av vårdcentralens utbildningsvärde. Specialistföreningen SFAM kommer att samla in protokoll från inspektionerna

och vara en kunskapsbank för blivande ST-läkare. Kostnaden för inspektionen kommer att bli cirka 10.000 kronor.

De vårdcentraler som är intresserade av att få sitt utbildningsvärde bedömt eller har frågor kring detta kan kontakta Christina Nerbrand, Vårdcentralen Gripen, Box 547, 651 12 Karlstad. Tel 054 10 66 14, telefax 054 18 88 52.

Debatt

LB0 6633

Obsolet och omnipotent eller rigid och pessimistisk

BJÖRN NILSSON · BJÖRN OLSSON

Först svar på Hans Thörns konkreta frågor i AllmänMedicin 6/91.

Fråga 1. Finns det en allena rådande sanning i hur vårdcentralarbete ska bedrivas i Sverige?

Svar: Nej, men när man ser reaktionerna på försöken till förändring, kan man förledas att tro det. Våra inlägg var främst avsedda att beskriva konkreta erfarenheter av ett för svensk primärvård annorlunda arbetssätt.

Fråga 2. Kan det vara så att det finns flera möjliga vägar?

Svar: Ja.

Fråga 3. Varför ska allt primärvårdsarbete bedrivas av läkare?

Svar: Det ska det inte, men allmänläkararbetet ska bedrivas av allmänläkare och patient-läkarekontakterna ska i görligaste mån ske direkt och utan mellanhänder. Detta förutsätter dock en rimlig bemanning (vi måste behålla kravet på en allmänläkare/1500 invånare och ett definierat ansvarsområde, lista eller geografiskt begränsat).

En allmänläkaretäthet på 1/2000 ligger visst nära till hands och, i motsats till vad Hans Thörn tror, på denna sida sekelskiftet. I Karlstads kommun, liksom i större delen av Luleå kommun, är vi för övrigt redan där. I Dalarna

har man nyrekryterat 25-30 distriktsläkare det gångna året, varav hälften kommer från slutenvården och nu vidareutbildas. Kvartersakuterna i Stockholm fortsätter sitt banbrytande arbete, nu med "omskolning" av sjukhusläkare till husläkare, något som rönt stort intresse. Att rekrytera kräver naturligtvis både arbete och initiativ. En vettig allmänläkarebemanning är alltså inte längre någon utopi. Vad som nu bör göras är, att vi diskuterar vilka organisationsformer anpassade till den gamla bristsituationen som måste överges inom de närmaste åren.

Thörns mest intressanta fråga är naturligtvis den om allmänläkarens roll i primärvården. Låt oss här bara helt kort hänvisa till Michael Balint, som talar om patientens behov av en personlig, ansvarstagande läkare. Läs för övrigt gärna Per Fugellis utmärkta artikel i Nordisk Medicin 10/90 "Allmänmedisinen i 1990-åren", där han betonar generalistens roll som helhetsläkare, resursförvaltare och personlig rådgivare. Mot denna bakgrund konstaterar vi, att det är viktigt för oss att lära känna våra patienter. Dessa bör ha rätt till en namngiven personlig läkare och inte enbart till en vårdcentral vid inträffad eller befarad sjukdom.

Vid våra vårdcentraler utför inte läkarna mindre kvalificerade arbetsuppgifter nu än tidigare, men de svåra patienterna blir lättare att hjälpa med förbättrad patient-läkarkontinuitet. Att ha fortlöpande kontakt med en patient med multipel problematik, lot-

sa denne rätt i sjukvårdssystemet och undvika onödigt remitterande ser vi som en mycket kvalificerad allmänmedicinsk specialistuppgift. Det innebär onekligen även en trygghet att kunna kontakta "sin doktor" vid behov och det är frapperande hur få "onödiga" kontakter vi utsätts för. Den som är rädd för att hamna i klorna på sina snuviga patienter har underskattat folks omdöme.

Vi har nu arbetat med våra varianter på husläkarmodell en tid och vi kan försäkra, att det verkligen inte varit någon "kräftgång in i snuvornas värld ...", för att nu ta en polemisk beskrivning från Thörns artikel med återklanger från 1970-talets debatter med rigida företrädare för den tidens bestående ordning. För övrigt verkar det som om en del debattörer blandar ihop begreppen ansvarstagande och omnipotens. Det senare får man näpelig utlopp för i sitt patientarbete, medan ansvarstagande är viktigt och bör vara tydligt. Vad Balint kallar "det utspädda ansvaret" är en överhängande fara i dagens sjukvård.

Björn Nilsson, distriktsläkare
Postadress: Vårdcentralen Herrhagen, Herrhagsgatan 68, 652 21 Karlstad.

Björn Olsson, distriktsläkare.
Postadress: Hertsö vårdcentral, Box 843, 951 28 Luleå.

Läkarförbundets 2:a idéskiss SLAF stärker inte mina patienters position i hälso- och sjukvården

ELISABETH JAENSON

Vi vet alla att problemen med köer och färdigbehandlade patienter på akutklinikerna nästan alltid bottnar i bristande resurser till vård av våra äldsta.

Hur kan då LF-gruppen föreslå en expansion av den elektiva somatiska vården och samtidigt avstå från en begränsning av den öppna specialistvården? Och kallsinnigt lämna äldrevården och psykiatri åt sitt öde?

Men – som Mark Twain sa – har man bara hammare, så ser man bara spik. Gruppen använder tydligen skygglappar från sitt elfenbenstorn på akutsjukhuset! (Olof Svender, har du helt tappat ditt glesbygdsperspektiv?)

Hela resonemanget om att pröva marknadsmekanismer för att stärka "kundens" ställning klingar hjärtskärande falskt i mina öron. Mina patienter, som ofta är gamla, barnfamiljer med svag ekonomi och medelålders män och kvinnor med en av ett hårt liv knäckt självkänsla, skulle inte känna sig stärkta av att kunna välja mellan

olika vårdgivare! Det kan de redan idag – i Malmö med sina 900 läkare (1 läkare/400 invånare) har "kunden" maximal valfrihet. Problemet är det motsatta – ingen tar det fulla ansvaret för sina patienter. Inte ens distriktsläkaren, som dignar under ansvaret för 4500 individer.

Förvisso är det största problemet alla de gamla färdigbehandlade på sjukhuset. Men närmast klagas det mest över dåligt bemötande av stressade, ständigt nya doktorer, som ger dålig information. Valfriheten är som sagt nästan obegränsad, däremot rör missnöjet att man så sällan kan få samma läkare.

Så här skrev en av mina patienter i ett brev: *"Låt oss få ett antal läkare som var och en är ansvariga för sina patienter, känner dem, deras historia, deras privata och personliga problem och som kan sjukhusens specialistfack. Låt dessa läkare beställa specialistassistans när det behövs ... Då kan specialisterna fortsätta att tränga djupare i*

sina forskningar, för de enda som behövs begripa dem är "våra" läkare."

Systemskiftet som planeras i Sverige gäller tydligen även sjukvården. Från en solidarisk finansiering via skatten och en obligatorisk försäkring, för att garantera alla medborgare vård oavsett betalningsförmåga, vill arbetsgruppen ge större valfrihet för de resursstarka och aktiva. Från ett samhälle och en sjukvård som gynnar de svaga går vi mot ett systemskifte, där de svagas rätt byts mot de starkas.

Till sist: systemskiftet behövs inte ens för att lösa problemet med vakanter i glesbygden. Det problemet håller ju redan på att lösas i nuvarande system – jag möter redan idag i min stad arbetslösa kollegor.

Författarpresentation

Elisabeth Jaenson, distriktsläkare.

Postadress: Sorgenfrimottagningen, Nobelvägen 56, 214 33 Malmö.

Kommentar

Det finns inget land i världen som har ett helt igenom bra system för sjukvårdens organisation. Den svenska modellen ligger långt framme men har också brister, vilka de flesta bedömare är eniga om. Patientens ställning är svag (vilket du Elisabeth inte håller med om) och inom många områden är köerna långa, vilket anses bero på bristande effektivitet. När nu Sverige har fått väldigt gott om läkare och i förhållande till andra länder har en mycket god ekonomi, borde det finnas utrymme för att förbättra den svenska sjukvården ytterligare.

Du beskriver problemen med sjukvården i Malmö med mycket god tillgång på läkare totalt sett men stor brist på distriktsläkare/allmänmedicinare och ett missnöje från befolkningen att man sällan får träffa samma lä-

kare, som tar ansvar för sina patienter och hjälper dem till annan specialist när så behövs. Med den beskrivningen synes Malmö verkligen vara i behov av ett "husläkarsystem", som bland annat skissats av läkarförbundet. Malmö-bon listar sig hos en allmänmedicinare (man kan sedan kalla denne husläkare, familjeläkare, distriktsläkare eller annat), som inte ska ha fler på sin lista än att han har tid för sina patienter. I princip ska *alla* först vända sig till sin "husläkare" vid behov av sjuk- eller hälsovård. Vid behov av övrig specialistvård i öppen eller slutet form remitteras patienten vidare av husläkaren.

Avsikten med läkarförbundets idéskisser PIFF (Primärvård I Framtida Förändring) och SLAF (SLutenvårdens ArbetsFormer) är *inte*, som du

skriver, att föreslå en expansion av den elektiva somatiska vården och samtidigt avstå från en begränsning av den öppna specialistvården. Finessen är tvärtom, att idéskissen påpekar riskerna för en sådan expansion och föreslår styrmekanismer. Tvärtemot vad du anger, lämnas inte heller psykiatri och äldrevården kallsinnigt åt sitt öde. Att äldrevården inte behandlas lika ingående som exempelvis den elektiva somatiska vården, beror på den nyligen genomförda Ädelreformen, förhoppningsvis vår sista stora planekonomiska sjukvårdsreform.

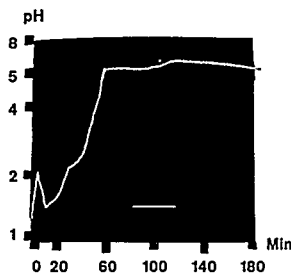
Olof Svender, distriktsläkare
Ordförande i Svenska Distriktsläkarförbundet



Verkar direkt. Utan väntetid.

"An immediate increase in pH is desirable for relief of heartburn".

M. STRÖM. The Lancet, vol 337: 433-Feb 16, 1991



TAGAMET® brustablett ger en dokumenterat snabb syrereduktion och har samtidigt lika lång duration som TAGAMET® i tablettform.

Så här beskrivs den snabba syrereduktionen i FASS-91:

"Förutom den H₂-receptorblockerande egenskapen har brustabletterna en omedelbar buffrande effekt på pH i ventrikeln vilket tillskrivs det natriumcitrat som bildas efter upplösning av tablettens i ett halvt glas vatten."

TAGAMET® är ett antiulcusmedel som dels finns som brustabletter om 400 och 800 mg i två förpackningsstorlekar med 2×15 och 4×15 st.

Dessutom finns

TAGAMET® som
tabletter om 200,
400 och 800 mg,

mixtur 200 mg/ml (10 ml doskuddar), infusionsvätska 4 mg/ml (100 ml) samt som injektionsvätska 100 mg/ml (2 ml).



SB SmithKline Beecham

Box 4092, 171 04 Solna. Telefon 08-7646630

En invandrare eller flykting korsar ditt spår

BENGT JÄRHULT

Läkardagarna i Örebro våren 1991 hade som tema "Flyktingar och invandrare i sjukvården". Utifrån erfarenheter att vara distriktsläkare i ett invandrarsamhälle har Bengt Järhult, Olofström sammanfattat sitt inlägg i den avslutande paneldebatten "Behandlar Sverige invandrarna som en värdefull resurs eller som omvårdnadsobjekt".

Nyckelord: Invandrare, debatt.

När jag läste medicin i Lund i början av 1970-talet gick ett rykte. Man skulle passa sig som ögat för invandrar-samhället Olofström, för där drog patienterna kniv på vårdcentralen om de inte fick som de ville. Jag har sedan 1979 arbetat i detta samhälle som distriktsläkare och i perioder varit administrativt ansvarig. Jag har ingen särskild utbildning i invandrarfrågor. Hur är det att vara vanlig doktor i ett invandrarsamhälle? Några knivar har jag ännu inte sett till ...

Olofström – en invandrarort

Olofström är en industriort i norra Blekinge som domineras starkt av en stor tillverkningsindustri. Det pressas plåt av många invandrare till det svenskaste av allt – Volvo personvagnar! När det begav sig på 1960-talet räckte inte småbönderna runt Olofström till, utan arbetskraft rekryterades från Finland, Jugoslavien och ett 20-tal andra länder. Nästan 20 procent av kommunens 15000 invånare är födda utomlands och en stor del av befolkningen utgörs av andra generationens invandrare.

Invandringen till Olofström under 1960- och början av 1970-talet hade säkert många drag av det som nu är aktuellt – flyktingarna kommer många samtidigt till en och samma ort. Det saknades nog inte heller initiala problem i Olofström. Men idag är Olofström ett mångkulturellt samhälle med många intressanta förutsättningar, en slags smältdegel för utveckling, i mitt perspektiv en ort, kanske inte fullt harmonisk, men skapligt i balans. Mig veterligen finns få problem befolkningsgrupper emellan. Säkert kan under ytan motsättningar och obearbetade konflikter finnas och säkert kan ytterligare göras, till exempel i min sjukvårdsorganisation, för att bearbeta attityder. Men faktum kvarstår: några decennier efter den stora invandringsvågen till Olofström har

samhället god styrfart och – tror jag – kraft att tackla de problem som kan finnas. Det kan ju vara en hälsning till de orter som idag ser invandringen i negativa förtecken hotande den framtida nationalkaraktären!

När svenska söner och döttrar i Olofström finner, att invandrare och flyktingar är en del i klassgemenskapen och förälskar sig på korsan och tvärsan, är detta – i en gammal gränsbygd mellan Sverige och Danmark – en fortsättning på en månghundraårig tradition av folkblandning. Självklart har invandringen för Olofströms samhälle och för industrin, varit av yttersta vikt. Inte så att man fortfarande hade kört omkring med gamla PVn, men expansionen av södra Sveriges största arbetsplats hade inte kunnat ske utan invandring. Invandrarna har mycket aktivt bidragit till välståndet också i mitt lokalsamhälle.

Sjukvårdspersonal förbrukas

Var står då sjukvården och jag som familjedoktor för många invandrare i detta? Jag förnekar inte att särskilda behov finns och inte heller att det ibland är svårt för sjukvården att klara situationen på ett bra sätt. Men i grunden är det ändå roligt att arbeta som doktor bland invandrare.

Det hindrar emellertid inte att vi vid vårdcentralen under en 10-årsperiod har brant ut ett antal svarrekryterade finsk/svenskspråkiga doktorer i vårt mest invandrantäta distrikt. Vi har uppenbart inte beaktat den svåra roll doktorer och annan sjukvårdspersonal kommer i när de ska verka för sina landsmän.

Invandrarna har ofta tunga sjukvårdsbehov och uppdämda förhoppningar och önskemål, som på många sätt är orealistiska att uppfylla. Det gäller för svensk sjukvårdspersonal i stelbenta kommunala och landstingskommunala organisationsformer, men än mer för invandrare bland sjukvårdspersonal som är – och utnyttjas som? – resurser. Det tog tid innan vi lärde oss att dessa finskspråkiga doktorer inte bara skulle vara familjeläkare med rätt modersmål, utan också hamnade i rollen som kurator, advokat, ombud gentemot svenska myndigheter och – alltid med förväntningen att ställa upp för landsmän – relästation för vidare kontakter ut i sjukvården. Detta orkade inte dessa ambitiösa invandrarläkare med!

Konklusionen är inte att sluta använda invandrarna i första och andra generationen bland vår egen personal. Det är naturligtvis oförlåtligt släpphänt att över huvud taget inte ta tillva-

ra den kompetens som redan finns i en vårdorganisation. Att till exempel skicka en ungerskspråkig undersköterska till svenska demenspatienter medan en ungersk hemsjukvårdspatient sitter isolerad i en annan del av samma samhälle! Men det gäller att hushålla med de språk- och kulturre-surser som finns bland vår egen personal, annars går det som med de finska läkarna!

Orättfärdigt samhällssystem

Sjukvården måste i sin planering, och allmänheten kanske i sin värdering av så kallade invandrarproblem, reflektera över följande: blanda inte samman invandrarproblematik med social dynamik.

Trots att den kommunala ledningen i Olofström i sin politiska uppfattning stod för jämlikhet, byggde man på 1960-talet in kategorisering och segregation i boendet. Nästan alla invandrare kom att arbeta med tunga, ensidiga arbeten på Volvo. Ett stort antal lågutbildade och ensamstående invandrare, vissa med socialt orolig bakgrund, kom att hamna i ett och samma område. Idag hamnar förstas flyktingarna där!

Det som till synes kan framstå som ett invandrarproblem och särskilda sjukdomar och beteenden i kontakterna med sjukvården, är i själva verket uttryck för social segregation, klassskillnader och aggregerade psykosomatiska och sociala störningar. I själva verket har myndigheter och politiska beslutsfattare i Olofström – möjligen i oförstånd – förstärkt och själva skapat många av de problem, som jag nu som doktor diagnostiserar och försöker behandla. Vi i sjukvården kanske till och med gnyr över flyktingar och invandrare och skiljer inte, utifrån en social analys, ut det som är kulturella olikheter och anpassningssvårigheter från psykosociala sjukdomar och symtom kopplade till ett orättfärdigt svenskt samhällssystem.

Parallellen mellan 1960-talets Olofström och 1980-90-talets invandring i Sverige är uppenbar. Regering och invandrarverk sätter flyktingar, bland dem kanske torterade människor med cellvana, i cell-liknande båt-kabysser eller i andra karantänartade mottagningsformer och låter dem sysslolösa vänta rejält länge innan ett beslut kommer om flyktingarna över huvud taget får stanna i Sverige. Det är att effektivt skapa psykiska, psykosomatiska och kroppsliga sjukdomar och störningar, störningar som vi i den framtida sjukvården med stora insatser endast till en mindre del kommer

att kunna påverka. Här är verkligen prevention möjlig!

Förtidspensionerade invandrare

Jag sitter rätt ofta i min vardag och skriver pensionsintyg. Det finns nästan inte en kvinna – och knappast en man heller – som pressar plåt på Volvo till pensionsålderns 65 år. Och att invandrarna ibland pensioneras tidigare än svenskar och svenskorna finner jag fullt naturligt, även om orsakerna är multifaktoriella.

Många av invandrarna har tidigt kommit ut i arbetslivet och har haft ett hårt yrkesliv redan innan de kom till Sverige. Sedan har de i många år stått vid ensidiga arbetsprocesser, i skiftarbete, inte sällan de ergonomiskt sämsta. Tidigare stod Volvo för en halvtimme (!) barnpassning, så att mor och far klarade att jobba var sitt skift! Dessutom måste många invandrar-kvinnor, med traditionella könsrollsmönster hemma, stå för markservicen.

Allt detta kan – tillsammans med den kulturella påfrestningen att komma till ett nytt land – inte innebära annat än förtida utslitning. Detta kan behöva sägas i en tid när hela den offentliga debatten tycks kretsa kring påstått missbruk av förmåner och att problemet med värkande axlar och ryggar bara är att läkarna är för släpphänta i sin sjukskrivning!

Invandrades resurser

På vilket sätt kan jag som distriktsläkare medverka i att invandrades egna resurser tas tillvara – till glädje för invandraren själv, men också för vårt samhälle?

När vi har arbetat med ett befolkningsinriktat hjärt-kärlpreventivt projekt, Hälsan i Olofström (HIO), har vi förvisso haft målet att särskilt minska de många riskfaktorerna i den finska gruppen. Men vi har också ansträngt oss att i mötet med Olofströms befolkning lyfta fram hälsoriktiga mat- och levnadsvanor i invandrargrupper. Detta allt ifrån det grova finska rågbrödet till olivoljan i sydligare länder. De jugoslaviska kvinnorna med låga kolesterolvärden och rökvanor har presenterats som det goda, efterföljansvärda exemplet.

I vården av sjuka – inte minst kroniskt sjuka i hemsjukvård och på sjukhem – ser vi familjen och anhöriga som en resurs i många invandrargrupper. Som doktor gäller det att tänka på att det sociala nätverket ibland finns på ett annat sätt än i svenska familjer. Det gäller att inte oreflekterat busa hemsamariter och undersköterskor på de sjuka – men naturligtvis inte heller att otillbörligt utnyttja familjeloyaliteten. Jag har emellertid under årens lopp sett exempel på enastående insatser bland annat i hemsjukvården, insatser, som vad jag

har kunnat bedöma, invandrarna tagit på sig helt frivilligt. Det har lyst kring dessa familjer och de har spelat en roll i attityddiskussionen bland vårdpersonalen i primärvården under det senaste decenniet, då öppna vårdformer, avinstitutionalisering och anhörigmedverkan i vården utvecklats.

Distriktsläkaren finns ofta med på ett hörn när invandraren eller flyktingen ska ut i det svenska samhället. Företagsamma flyktingar och invandrare, som i hemlandet skapat sin självrespekt genom att fixa och dona för sig och sina familjer, sätts, när de väl kommer till Sverige, i sysslolöshet i flyktingförläggningar och tvingas anpassa sig till den svenska modellen. Där är det myndigheter och tjänstemän som i hög utsträckning planerar för framtiden.

I mitt mottagningsarbete gör jag försök att bryta denna många gånger inlärd roll invandraren tror att han ska spela. Ibland kan jag också så ett frö för rollförändring i rehabiliteringsgrupper, i planeringen inför AMU och i olika intyg. Det är viktigt att hålla en levande diskussion med försäkringskassans och arbetsförmedlingens folk.

Alibi för samhällsförvandling

Diskussionen om hur invandrades egna resurser ska kunna tas tillvara är viktig. Den får emellertid inte bli samhällets alibi i besparingstider, att inte tillskjuta nödvändiga medel för att klara vårdbehov bland invandrare och flyktingar. Landstingen har uppenbarligen inte följt statsmaktens viljeyttring i till exempel rapporterna om "Hälso- och sjukvården på 90-talet" – HS90. Där stadgas att invandrantätheten i ett primärvårdsområde ska vara en viktig faktor när landstingsbudgeten fördelas. Varför har socialstyrelsen som tillsynsmyndighet inte satt tummen i ögat på landstingen?

Än viktigare är socialstyrelsens expert- och tillsynsfunktion nu när allt fler landsting inför köp- och säljförhållanden och för en framtid planerar prestationsrelaterad budgetfördelning. Landstingsförbundet har vid sin kongress sommaren 1991 påskyndat denna process. Och skulle de politiska beslutsfattarna nappa på Läkarförbundets husläkarförslag (PIFF), har invandrare och flyktingar anledning att känna sig oroade. Förslaget lågprioriterar socialmedicinska insatser och försämrar, i förhållande till idag, möjligheten för mig som distriktsläkare att avsätta tid för invandrare och flyktingars sammansatta problem.

Det finns olika uppfattningar om det nödvändiga eller icke nödvändiga med denna utveckling. Socialstyrelsen har emellertid en skyldighet att för huvudmännen belysa konsekvenserna. Hur går det för svaga grupper i samhället som invandrare och flyk-

tingar om huvudmännen släpper loss köp- och säljssystem, prestationsrelaterad ersättning och privata drivkrafter i sjukvården?

Omvårdnadsobjekt

Slutligen till frågan om "omvårdnadsobjekt". Omvårdnad är för mig ett mycket brett intresse för de kroppsliga, psykiska, sociala och kulturella aspekterna vid sjukdom och i behandlingen. Alltför sällan lever vi i sjukvården upp till detta i kontakten med invandrare och flyktingar, det vill säga allt för sällan är invandraren objekt för god omvårdnad.

Men vi har också det förhållandet att vi i sjukvården, kanske i missriktad nit, utreder, remitterar, sjukskriver, passiviserar och medicinerar som ersättning för ett gott omhändertagande av hela människan, av hela den invandrade familjeenheten. Alltför ofta sker nog detta, det vill säga alltför ofta blir invandraren omvårdnadsobjekt.

Exempel: 43-årig utomeuropeisk kvinna som hamnar i en flyktingförläggning i svenska ödemarken. Hon söker för depressiva besvär, diffus bröstsmärtor och ont i huvudet. Man misstänker missbruk av migränläkemedel och att kvinnan sänder sina barn som bulvaner för att tillskansa sig läkemedel. Uppenbart får hon inte någon vidare hjälp av vårdsystemet.

Men så hittas ett blåsljud och sjukvårdens alla cylindrar kopplas på. Hon remitteras till lasarettets medicinklinik och till kliniskt fysiologiskt laboratorium många, många mil bort. Vid det arbetsprov man tänkt göra visar det sig emellertid att patienten inte kan – just det – cykla! Det är ju inget konstigt att en flykting inte kan den tekniken. Hon cyklar baklänges, tappar tramporna och som beskrivs vid nya cyklingsförsök i journalen: "... som tidigare problem med cyklingen. Klarar inte att hålla fötterna på tramporna utan slinter hela tiden. Håller inte farten konstant". "Maken som är med, hjälper till och övertar i stort sett själva arbetet, varför patienten knappast belastar alls".

Svensk utredningsgång kräver dock sin tribut. Det mindre sjukhuset kanske skäms – vad vet jag – att sända patienten till det stora regionsjukhuset för eventuell operation utan arbets-EKG. Därför ordnar landstinget en cykel som hjälpmedel för träning i hemmet. Patienten läggs sedan in på vårdavdelning. Fötterna binds fast vid tramporna och som det står i journalen "utförlig information ges via telefontolk". Allt dock utan framgång!!

Medan medicinkliniken kämpar för att patienten ska kvala in i utredningsgången med sitt hjärta, har så småningom vårdcentralen tagit fatt i det som egentligen var patientens pro-

blem – huvudvärken och de psykosomatiska reaktionerna. Hon får akupunktur med relativt god effekt.

Hon dyker så en dag upp i Olofström cirka ett år efter sjukhusvården för cyklingen. Hjärtat är ännu inte färdigutrett – man väntade ju på ett lyckat arbets-EKG!

Min avsikt är inte att ironisera över hjärtutredningen. Jag bara konstaterar – tänk om vi i sjukvården, i mötet

med den kanske själsligt tunnhudade flyktingen eller den multisymtomatiska invandraren, visade samma engagemang och resursinsatser som inför utredning av ett blåsljud! Då hade vi kommit långt!!

Referenser

Svensk Medicin nr 25. Flyktingar och invandrare i sjukvården. Läkardagarna i Örebro 1991. Stockholm: Spri, 1991.

Författarpresentation

Bengt Järhult, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 293 00 Olofström.

SPECIALISTUTBILDNING I ALLMÄNNMEDICIN

grundläggs inte bara av Målbeskrivning och Utbildningsprogram, som presenteras i supplement till detta nummer av tidskriften.

Att redan på ett tidigt stadium vara väl förankrad i sin specialistförening, att kontinuerligt följa med i den interna debatten, ta del av kollegors rapporterade erfarenheter och fortbilda sig via forskande kollegors publicerade studier – allt detta utgör viktig grund för de goda vanor det livslånga lärandet bygger på och livskraftig mylla för egen tillväxt.

DU blivande allmänläkare:

Gå med i din specialistförening, så får du tidskrifterna!

DU allmänläkare:

Försäkra dig om att tidskriften finns i tillräckligt antal på din mottagning!

DU distriktsläkare:

I dessa tider av omdaningar gäller det att värna om sin specialitets utbildning, forskning och utveckling! Fyra av tio fackligt organiserade distriktsläkare saknas fortfarande i sin specialistförening.

DU handledare:

Introducera din underläkare till föreningen!

DU studierektor:

Se till att tidskriften utnyttjas i undervisningen! Och att underläkare och handledare får den grundläggande programskriften "Allmänmedicinen inför år 2000"!

SFAM

– Svensk Förening för Allmänmedicin –

har nu nära 2400 medlemmar. Du är välkommen i vår krets! Anmälan om medlemskap kan göras på nedanstående talong. Vill flera anmäla sig samtidigt, kan listor sändas till samma adress. Årsavgiften är 300 kronor. Prenumerationer på de båda tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care är inkluderande i medlemsavgiften.

Ja, jag vill bli medlem i SFAM.

Namn:.....

Adress:.....

Postnr: Ort:

Tel dagtid:.....

Medlem i Sveriges Läkarförbund

Ja Nej

Brevporto

AllmänMedicin
Margareta Lindborg
172 83 Sundbyberg

Enkelt bytte för både läkare och patient

Naproxen Astra

En produkt till rimligt pris med Astra Läkemedels service och kunnande inom smärtområdet.

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt.

Tabletter 250 mg, 500 mg och 1000 mg. Mixtur 25 mg/ml. Suppositorier 500 mg.

 **Astra Läkemedel**
15185 SODERTÄLJE



Naproxen Astra

Lokal antagning till läkarutbildningen vid Karolinska institutet

HANS ÅBERG

En lokal antagning till läkarutbildningen vid Karolinska institutet har påbörjats med första intag vårterminen 1992. Här redovisas hur själva antagningen har gått till och några resultat presenteras.

Nyckelord: Läkarutbildning, urvalsprinciper.

Antagningen till läkarutbildningen har då och då varit föremål för diskussion. Man har gjort gällande att inte enbart betyg från gymnasieskolan bör vara urvalskriterium. Riksdagen beslutade 1988 om särskilda urvalsmetoder för tillträde till högskolan och riksdagens utbildningsutskott ansåg att det fanns anledning att pröva andra metoder än de generella, för att ge sökande med särskilda förutsättningar för vissa studier möjlighet att hävda sig i urvalsförandet.

Vid den tiden hade redan Karolinska institutet (KI) erfarenhet av lokal antagning på en särskild linje kallad läkarutbildning med forskningsinriktning (LÄFO), där man sedan 1986 tar in 12 studerande per år. Vid Hälsouniversitetet i Linköping hade man en lokal antagning av 18 studerande höstterminen 1991. Vid KI startade vi lokal antagning på den ordinarie läkarutbildningen vårterminen 1992. Eftersom vi tar in så många studenter (280 per år) och har fått tillåtelse att ta in upp till en tredjedel via den lokala antagningen, så innebär det att vi snart kommer att få ett tillräckligt stort material för utvärdering. Det kommer nämligen att i de olika undergrupperna vara många studenter som rekryterats på olika sätt.

Jag tror det kan vara av visst värde för läsekreten att höra något om denna lokala antagning, även om erfarenheterna hittills bara baserats på intagning av 40 studerande. Självfallet kommer därför huvudsakligen proceduren att diskuteras i denna artikel.

Ansökan

Samtidigt som studenterna sökte till läkarlinjen på UHÄ, gick också en ansökan till lokal antagning vid KI för sådana som ville pröva lyckan den vägen. En viss reklam hade hunnit göras för denna lokala antagning via stu-

dierektorer på gymnasieskolorna, en broschyr lämnades ut via deras försorg och dessutom annonserades i massmedia. Sammanlagt sökte 483 studenter de 40 platser, som vi hade bestämt skulle få utgöra den första lokala antagningsgruppen.

Urvalsprinciperna

Under något år hade den lokala antagningen förberetts. Värdefulla erfarenheter hade också kunnat erhållas genom den tidigare omnämnda lokala antagningen till LÄFO. Av de 483 som sökte gjordes en indelning efter poängen på högskoleprovet (högsta möjliga poäng 2.0) och högskolepoängen, där man fick 0.1 om man hade 40 poängs högskolestudier, varav minst 20 i ett ämne. Denna första rankinglista utgjorde sedan grunden för de 160 vi bestämde att ta ut i steg 2. Det blev i verkligheten 162 beroende på att vi inte ville lotta bland de sista platserna, utan lade gränsen där det fanns en naturlig poängskillnad. Gränsen blev då 1.6 på högskoleprovet och 0.1 i högskolepoäng alternativt 1.7 i högskoleprovet enbart. Dessa 162 erbjöds sedan att komma till KI för att skriva en uppsats, en levnadsbeskrivning och slutligen en motivering varför man ville bli läkare - 154 infann sig.

Man erhöll tre olika uppsatsämnen med medicinsk anknytning, vilket hade meddelats de sökande i ansökningsbroshyren. De tre aktuella ämnena för denna antagning var: "Miljö och hälsa", "Prioriteringar inom sjukvården" och "Forskningens betydelse för sjukvården". Man fick under 75 minuter skriva uppsats (högst tre A4-sidor), levnadsbeskrivning under 60 minuter (högst tre A4-sidor) och motivering under 30 minuter (högst två A4-sidor). Bedömningarna av dessa skrivningar gjordes av lärare/läkare vid KI. Dessa hade handplockats för att de var pedagogiskt intresserade och skulle samtidigt representera såväl kliniker som prekliniker. Varje studerandes skrivningar rättades av två lärare/läkare i slumpmässigt valda kombinationer. Man satte betyg på en femgradig skala på uppsatsen och gav ett medelbetyg på levnadsbeskrivning och motivering likaså på en femgradig skala. Vi lade sedan ihop betyget på uppsatsen och nämnda medelbetyg och tog sedan ut de 80 som hade högs-

ta poängen. Vid lika poängtal gick man tillbaka till föregående urvalskriterium.

De på detta sätt uttagna 80 fick gå till steg 3. Här fick den studerande under en timme träffa en psykolog (med särskild utbildning i urvalspsykologi) och ytterligare träffa en lärare/läkare under en timme. Psykologen respektive läraren/läkaren hade vissa förutbestämda kriterier, som man framför allt skulle försöka bilda sig en uppfattning om under intervjun. Detta rörde intellektuell kapacitet, ut hållighet, självkänedom, människointresse, ansvarstagande och motivation. För vardera av dessa kriterier skulle man sätta en poängsamma på en femgradig skala, varefter man skulle ge en helhetsbedömning av den sökande och då på en sjugradig skala. Det senare var gjort för att man inte skulle frestas att ta någon sorts medelvärde utan verkligen tänka till.

Det ska också tilläggas, att samtliga intervjuande lärare/läkare hade varit med om en internutbildning, som leddes av tre av de sex psykologer som senare deltog i intervjuandet. Förutom lärarna/läkarna så deltog flera av antagningskommitténs ledamöter. Denna antagningskommitté har utsetts av konsistoriet vid KI och är ansvarig för den lokala antagningen.

De 40 som sedan togs ut var de som hade det högsta betyget på intervjuerna. I den händelse det förelåg diskrepans mellan psykologens bedömning och läraren/läkarens bedömning, diskuterades varje sådan individ vid ett gemensamt kollegium för lärare/läkare och antagningskommitténs ledamöter. Vissa jämkningar gjordes då, när de olika bedömarna konfronterades med varandra. I den mån de studerande hade samma resultat, gick vi tillbaka till tidigare urvalskriterier i steg 2 respektive steg 1.

Några erfarenheter

När det gäller de skriftliga proven hade alla tre uppsatsämnena lockat författare, men "Miljö och hälsa" var mest populärt. Genomgående ansåg lärare/läkare att innehållet i uppsatserna var bättre än själva formen och språkbehandlingen. Flera påtalade beträffande de senare att det fanns svåra brister till och med hos sådana som gått ut från gymnasiet med höga betyg

eller hade höga poäng på högskoleprovet.

När det sedan gäller intervjuerna, så fanns differenser mellan psykologerna och lärarna/läkarna. Vi har diskuterat detta mycket ingående och tror att det bland annat beror på, att psykologernas bild av den färdiga läkaren, "den idealiska", kanske något skiljer sig ifrån vad lärare/läkare anser.

Varför en lokal antagning?

Det finns huvudsakligen två skäl till detta. Det ena är att få fram sådana som är väl motiverade och har fallenhet för de vårdande momenten i yrket. Det andra är att få sådana studerande som har gynnsamma förutsättningar att lyckas med sina studier. Bortfallet från studierna har tenderat att öka under senare år och i en snar framtid kommer de olika lärosätena att få pengar från statsmakterna inte efter antalet antagna till en utbildning utan efter antalet examinerade. Båda dessa motiv för en lokal antagning är därför betydelsefulla.

Det är klart att man kan ha skilda

synpunkter på det första urvalssteget, men det är praktiskt omöjligt att låta samtliga sökande skriva och bli intervjuade. Jag tror att det viktigaste med denna lokala antagning är, att vi kan ta bort sådana som är olämpliga att bli läkare, vilket inte varit möjligt tidigare när man gått på betyg. Det torde inte vara okänt för läsarna av denna artikel, att man kan nå mycket höga betyg på grund av god intellektuell kapacitet, men ha stora brister i såväl samarbetsförmåga som ifråga om empati.

Naturligtvis är det mycket viktigt att utvärdera denna lokala antagning. Den verkliga testen kommer först när vederbörande studerande varit färdig läkare och haft sina första patienter. Men denna tidpunkt ligger långt fram, varför vi nog istället får inrikta oss på att se hur många som klarar den stora prekliniska tentamen på normal tid, det vill säga efter fyra terminer, liksom hur resultatet blir i kommande AT-prov. Det är också viktigt att vi finslipar urvalsmetodiken, då mycket talar för att allt fler kommer att tas in via lokala antagningar i framtiden.

När UHÄ kommer att upphöra och antagningen äger rum på respektive lärosäte, är det säkert många som vill öka andelen som tas ut efter individuell prövning på liknande sätt som här beskrivits. Självfallet ligger det i varje högskolas intresse att få de bästa studenterna, men också de bästa yrkesutövarna för vilket studenten skaffar sig sin utbildning.

Det ska slutligen sägas att allmänmedicinen är väl företrädd vid den lokala antagningen vid KI. Författaren är ordförande i antagningskommittén, som i övrigt består av ytterligare två professorer vid KI, två studeranderepresentanter, en överläkare (representerande SACO/SR) och en barnmorska (representerande TCO). Dessutom är Anna-Karin Furhoff, högskolelektor, vid institutionen för allmänmedicin, en av de lärare/läkare som har anlitats för såväl skrivningsrättning som intervjuer.

Författarpresentation

Hans Åberg, professor.

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

Doktorsavhandlingar
från primärvården



Hans Hallberg *LB0 6637*

Divorced middle-aged men – psychosocial and medical aspects

Hans Hallberg disputerade den 11 december 1991 vid Socialmedicinska institutionen i Umeå. Opponent var Töres Theorell från Stockholm. Handledare har varit docent Bengt Mattsson, Umeå.

Nyckelord: Skilsmässa, för-tidig död, alkoholism, primärvård, socialt stöd, sjukfrånvaro.

Stora samhälleliga förändringar har under senare decennier påverkat familjens roll och stabilitet. Andelen skilsmässor har ökat och idag upplöses närmare vart annat äktenskap. I ett sjukvårdsperspektiv intar frånskilda män en särställning med kraftigt ökad såväl sjuklighet som dödlighet. Överrepresentationen är särskilt påtaglig för alkoholrelaterade tillstånd, olycks-händelser samt självmordshandlingar.

Syfte

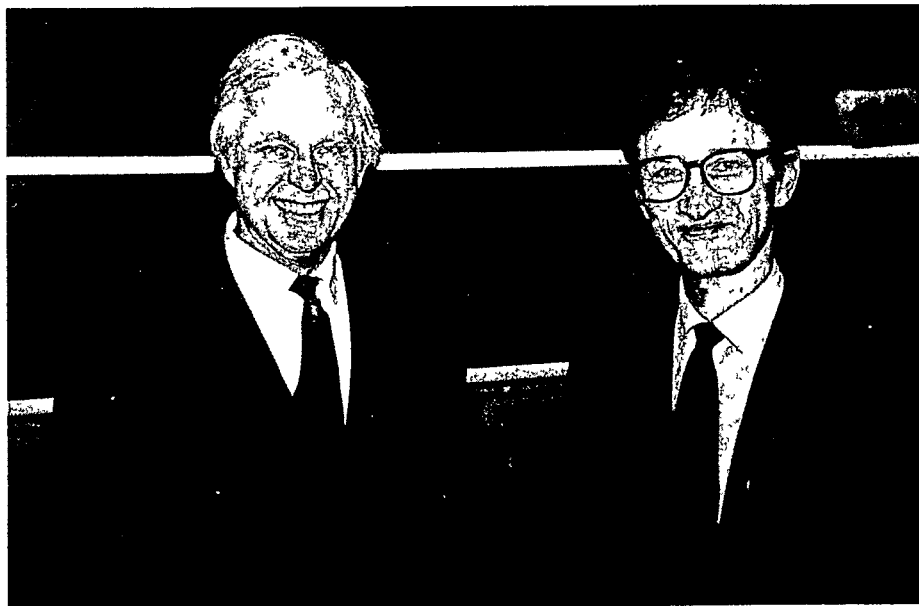
Det övergripande syftet med studien var att beskriva och analysera psykosociala och medicinska förhållanden bland frånskilda medelålders män

med utgångspunkt från primärvården. I projektet ingick också ett interventionsförsök i form av en samtalsgrupp.

Material

Projektet omfattade dels en retrospektiv fallstudie av män födda 1923–

46, vilka avlidit i Borlänge 1979–81 (totalt 91 män i åldrarna 35–57 år) och dels en population av män födda 1940–54, som sista halvåret 1984 erhållit äktenskapsskillnad i Borlänge (totalt 32 män i åldrarna 30–44 år). Sju av dessa män deltog i samtalsgruppen.



Hans Hallberg (respondent) och Töres Theorell (opponent) efter avslutad disputation.

Metod

Den retrospektiva fallstudien omfattade en analys av olika registerdata samt av primärvårdens journalhandlingar. Med utgångspunkt från uppgifter ur dödsorsaksregistret indelades dödsorsakerna i två huvudgrupper: *somatisk död* (SD) inkluderande cardio-vaskulär död, cancer samt annan dödsorsak av övervägande somatisk etiologi (n=55) respektive *psykosocial död och olyckshändelser* (PSDO) inkluderande alkoholism, olyckshändelser och självmord (n=36). Uppgifter införskaffades också från arbetsförmedling, försäkringskassa, socialförvaltning samt pastorsämbete.

Männen inbjöds till en hälsoundersökning samt besvarade två omfattande frågeformulär. Ett av dessa utgjorde huvudsakligen bearbetningar av SCBs intervjuer, Undersökning av LevnadsFörhållanden (ULF 1981). Det andra frågeformuläret syftade till att belysa det sociala nätverket före och efter skilsmässan. Fem år efter denna ursprungliga undersökning gjordes en ny postenkätstudie.

Sju av männen deltog under två månader i en samtalsgrupp ledd av den projektansvarige. Sjukskrivningsmönstret före och efter skilsmässan (1982-89) beskrevs och analyserades.

Resultat

Enligt dödsbevisen hade 21 procent av männen avlidit på grund av alkoholism (som antingen underliggande eller bidragande dödsorsak). Alkoholens roll för den för-tidiga döden värderades utifrån ytterligare tre källor – primärvårdsjournaler, socialakter samt kontakter med alkoholpoliklinik. Totalt bedömdes 40 procent av männen ha haft alkoholproblematik – vid sin död och/eller under någon tidigare period i livet. Den mest fullständiga informationen gav primärvårdsjournalerna, där 89 procent av alkoholproblematikerna återfanns. Gruppen arbetare utan yrkesutbildning var överrepresenterad (54 procent mot 28 i en referensgrupp) liksom andelen män födda i Finland (20 procent jämfört med 7).

Frånskilda män var kraftigt överrepresenterade och uppgick till 31 procent mot 12 i referenspopulationen. I PSDO-gruppen var hälften av männen frånskilda mot endast 18 procent i SD-gruppen. Tiden mellan skilsmässa och död varierade från 9.5 år i alkoholistgruppen till 1.4 år i suicidgruppen.

Frågeformulären besvarades av 29 av de 32 männen, medan 21 män deltog i hälsoundersökningen. Fyra av dem som ej hälsoundersöktes hade etablerade läkarkontakter på grund av långvariga sjukdomstillstånd. Lika många avböjde då de ansåg sig helt friska.

Bostadsstandarden var lägre bland

de frånskilda än i referensgruppen (köns- och åldersmatchade ULF-data). Över hälften av männen upplevde sin ekonomiska situation försämrade efter skilsmässan. Den psykosociala arbetsmiljön beskrevs i påfallande positiva termer och fritidskontakter med arbetskamrater var vanliga.

En stor andel (45 procent) rapporterade någon form av långvarigt sjukdomstillstånd. Påfallande var den höga frekvensen av trötthet och sömnsvårigheter (52 respektive 28 procent) samt av psykiska symtom som ångslan, oro eller nedstämdhet (52 procent). Männen i gruppen hade totalt gjort tjugotalet distriktsläkarbesök under skilsmäsoåret. Tre hade haft psykiaterkontakt och två hade varit aktuella på kommunens alkoholpoliklinik. Dock framkom enligt journalhandlingarna ej vid något av distriktsläkarbesöken vare sig psykiska besvär eller alkoholproblem.

Hälsoundersökningen och enkäten kunde påvisa en hög andel rökare (58 procent) samt högkonsumenter av alkohol (25 procent). Övervikt och blodtryckssjukdom var däremot ej överrepresenterade. Sjuktalet var lägre bland de frånskilda än i referensgruppen under de två år som föregick skilsmäsoåret. Under detta och de därpå följande tre åren var det emellertid förhöjt, för att sedan återgå till en lägre nivå. En liten grupp av tjänstemän hade extremt låga sjuktal genomgående, medan en liten grupp arbetare utan yrkesutbildning hade höga sjuktal under hela perioden.

Enkätundersökningen fem år efter den initiala kontakten påvisade för flertalet av männen en normaliserad livssituation. Såväl boendestandard som ekonomisk situation hade förbättrats. Arbetssituationen uppgavs oförändrat positiv, medan däremot fritidskontakter med arbetskamrater ej var lika vanligt förekommande som tidigare. Hälften av männen var omgifna eller sammanboende. En tredjedel av männen med minderåriga barn hade det faktiska vårdnadsansvaret.

Trötthet och sömnbesvär rapporterades i oförändrat hög utsträckning, medan psykiska symtom däremot nu var mindre vanliga. Alkohol- och rökvanor var väsentligen oförändrade. Män som levde ensamma – utan barn och ej omgifna eller sammanboende – hade i större utsträckning psykosociala och/eller medicinska problem.

Slutsatser

Skilsmässa innebär ökad risk för sjukdom och död i förtid hos män. En del av riskökningen har samband med alkohol- och rökvanor. Faktorer som socio-ekonomisk position och etnisk status har också stort förklaringsvärde, liksom det sociala nätverkets kva-

litet. Ur ett psykiatriskt perspektiv kan skilsmässa ses som en traumatisk kris. Psykiska symtom är vanliga, men vid kontakter med primärvården presenteras och uppmärksammas övervägande somatiska besvär, vilket innebär risker för medikalisering och inadekvata insatser. Ett framgångsrikt förebyggande primärvårdsarbete förutsätter en perspektivförskjutning från det idag dominerande naturvetenskapliga intresset för mätbara medicinska riskfaktorer till ett humanvetenskapligt synsätt med existensiella frågor i centrum.

Författarpresentation

Hans Hallberg, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Norslund, Kopparvägen 29, 791 42 Falun.

Clarityn®

Tabletter 10 mg, mixtur 1 mg/ml

R

Antihistamin H1-antagonist

R06A X13

Deklaration. 1 tablett innehåller: Loratadin, 10 mg, lactos. 71 mg, constit. q.s. 1 ml mixtur innehåller: Loratadin, 1 mg, sacchar. 600 mg, constit. et aq purif ad 1 ml.

Egenskaper. CLARITYN är ett antihistamin som ej visar sederande egenskaper i kliniska prövningar. CLARITYN innehåller loratadin, ett cyproheptadinderivat, som är en H1-receptorantagonist utan antikolinerga, adrenerga eller serotonineffekter i klinisk dosering. Den hämmande effekten på histaminutlösta kvaddlar inträder efter cirka 1 timme med maximal effekt efter cirka 8 timmar.

Loratadin har god absorption med en efterföljande avsevärd första passage-metabolism. Biotillgängligheten ökar med cirka 20% vid samtidigt födointag. Huvudmetaboliten, decarboetoxyloratadin, är farmakologiskt aktiv och svarar för en stor del av den kliniska effekten. Proteindbindningsgraden är cirka 98%. Jämviktsskoncentrationen i plasma uppnås efter cirka 5 dygn. Plasmahalveringstiden för elimination är cirka 14 timmar för loratadin och cirka 19 timmar för metaboliten med stora interindividuell variationer. Nedsatt njurfunktion påverkar ej farmakokinetiken för loratadin eller den aktiva metaboliten. För patienter med leverfunktionsnedsättning kan halveringstiden för såväl loratadin som metaboliten förlängas väsentligt beroende på hur allvarlig leverpåverkan är.

Ungefär 27% (mätt som totalradioaktivitet) av given dos utsöndras i urinen under det första dygnet. Efter 7 dygn har cirka 80% av dosen utsöndrats, lika fördelat på urin och faeces. Mindre än 1% utsöndras intakt som loratadin eller aktiv metabolit. Loratadin potentierar ej effekten av diazepam eller alkohol.

CLARITYN mixtur innehåller socker.

Indikationer. Vuxna och barn över 8 år med en kroppsvikt över 30 kg. Allergiska rinit och konjunktivit samt histaminmedierad urticaria.

Graviditet. Kategori B:3. Se speciellt avsnitt märkt [E]. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. Hos råttor exponerade för mer än 10 gånger högre plasmakoncentrationer (mätt som AUC) än de som erhålles vid klinisk dos har observerats förlängt värkarbete och nedsatt livsduglighet hos fostren. Tills ytterligare erfarenheter föreligger bör CLARITYN endast ges under graviditet efter särskilt övervägande.

Amning. Grupp II. Loratadin passerar över i modersmjölk men risken för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Biverkningar.

Vanliga CNS: Huvudvärk (>1/100)

Dosering. Tabletter 10 mg: Vuxna och barn över 8 år med en kroppsvikt över 30 kg: 1 tablett dagligen.

Mixtur 1 mg/ml: Vuxna och barn över 8 år med en kroppsvikt över 30 kg: 10 ml en gång om dagen.

Övrigt. Mixtur. Doseringssked finns i förpackningen.

Förpackningar och priser. Tabletter 10 mg (vita, ovala med skära, märkta 10 och med Schering logo)

30 st (tryckförpackning) 104:-

100 st (tryckförpackning) 300:20

Mixtur 1 mg/ml: (persikosmak) 120 ml 80:-

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 name 'Lundbeck' in a stylized, cursive script font.

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

Medicinsk revision av provtagning avseende antinucleära antikroppar (ANA) vid vårdcentral

1306638

LARS IVARSSON · BJARNE U HANSEN

Medicinsk revision användes på en större vårdcentral för att kartlägga och eventuellt reducera provtagningen avseende antinucleära antikroppar (ANA). Undersökningen visade att provtagningen kunde reduceras med 82 procent utan negativa konsekvenser, vilket medförde en icke obetydlig ekonomisk besparing. Provtagningen bör begränsas till situationer, där resultatet får diagnostiska och därmed terapeutiska konsekvenser, exempelvis hos patienter som uppvisar autoimmuna manifestationer.

Nyckelord: Medicinsk revision, antinucleära antikroppar, ekonomi.

Begreppet "medical audit" härrör från England (1). Någon accepterad skandinavisk beteckning finns inte, men Svenska Läkaresällskapet kommitté för medicinsk språkvård har föreslagit "medicinsk revision" (2). Medicinsk revision är beteckningen på en process, vars syfte är att förbättra och effektivisera medicinsk vård inom ett speciellt område. Processen innefattar följande moment:

- Att formulera en målsättning för den verksamhet, som blir föremål för medicinsk revision;
- Att observera och registrera arbetet inom området;
- Att jämföra det man finner vid registreringen med målsättningen;
- Att ändra praxis så att målsättningen uppnås;
- Att observera och registrera om ändringen har ägt rum.

Smärta från rörelseapparaten förekommer hos cirka 40 procent av befolkningen i 25-70 års ålder (3-4) och är en vanlig besöksorsak inom primärvården (5). Oftast är etiologien degenerativa muskuloskeletala sjukdomar och endast hos ett fåtal patienter rör det sig om en systemisk inflammatorisk sjukdom, som indicerar utredning och immunosuppressiv behandling hos reumatolog.

Etiologin till inflammatoriska systemiska sjukdomar är okänd, inga patogena kännetecken finns. System-

sjukdomarnas mångfacetterade bild har lett till, att man har uppställt diagnostiska klassifikationskriterier. Exempelvis har American Rheumatism Association (ARA) angivit diagnostiska klassifikationskriterier för systemisk lupus erythematosus, SLE (6, faktaruta). Syftet med dessa har varit, att i vetenskapliga sammanhang kunna studera och jämföra patientmaterial, att göra prevalensundersökningar med mera. Kriterierna har alltmör kommit att tillämpas i klinisk praxis. Diagnosen bygger framför allt på anamnes och status kompletterat med laboratorieundersökningar.

Vi har valt att se närmare på provtagning avseende antinucleära antikroppar (ANA) och att applicera processen medicinsk revision, för att begränsa denna provtagning till situationer där svaret kan vara till nytta.

Material och metoder

Olofströms vårdcentral har som upptagningsområde Olofströms kommun med 15 000 invånare. Vårdcentralen har sju läkartjänster. En kontinuerlig registrering av besök med diagnos och laboratorieprover har ägt rum.

En journalgenomgång av 1989 års ANA-prover gjordes, varvid provtagningsindikationer, provresultat och kliniska konsekvenser registrerades. Materialet presenterades och diskuterades på ett gemensamt möte med vårdcentralens läkare. Man kom överens om att begränsa provtagningsindikationerna för ANA till situationer, där patienten uppvisade autoimmuna manifestationer. För att härvid skärpa indikationerna skulle vid varje provtagning ett formulär med följande frågor ifyllas: Hur påverkar provsvaret ditt kliniska handlande om provet utfaller negativt/om provet är klart förhöjt/om provet uppvisar gränsvärde? Prov med titer 1/40 eller högre spädnings tolkades av laboratoriet som positivt.

Under påföljande halvår gjordes en ny registrering av ANA-prover, provtagningsindikationer, provresultat och kliniska konsekvenser. Vidare kontrollerades diagnosregistret för 1985-90 med avsikt att finna patienter med SLE som var kända vid vårdcentralen.

Laboratoriekostnaden för ett ANA prov angavs av det mikrobiologiska laboratoriet till 160 kronor.

Resultat

Provtagning antinucleära antikroppar
År 1989 togs 170 ANA-prov och av dessa kunde 156 (119 kvinnor och 37 män) återfinnas i patientjournalerna. Bortfallet förklarades av: fem avlidna, en utflyttad, åtta ej hittad journal eller provsvar. I 88 procent av fallen kontrollerades samtidigt reumatoid faktor. Under 1989 fanns 23 positiva prov (15 procent).

Majoriteten av provtagningsindikationerna (82 procent) utgjordes av muskelvärk, ryggvärk och värk i en eller flera leder utan kliniska arthrittecken eller tecken på organpåverkan förenlig med systemsjukdom (till exempel serosit, hudmanifestationer, nefrit). Av dessa hade 16 (17 procent) en positiv ANA.

Provtagning vid symtom som ingår i ARA-kriterierna för SLE förekom endast i fem fall och i dessa fall förelåg endast ett kriterium, nämligen non erosiv arthrit i två eller flera leder. I dessa fall var ANA negativ. ANA togs vid tre tillfällen på en patient under pågående procainamid-behandling.

Diagnosen SLE tillskrevs två patienter utan att de uppfyllde de diagnostiska klassifikationskriterierna. I dessa fall ställdes diagnosen på kombinationen ledvärk och positiv ANA. Övriga positiva provsvar ignorerades eller medförde ytterligare ANA kontroller. *I inget fall av positiv ANA kunde man av journalen utläsa, att något av diagnostiskt eller terapeutiskt värde hade tillförts.* I inget fall uppfylldes kriterier för andra välskärade kroniska inflammatoriska bindvävnadssjukdomar, där positiv ANA förekommer, exempelvis reumatoid arthrit eller "mixed connective tissue disease". Negativt ANA-prov svar kommenterades oftast inte i journalen och provtagningen hade inte fått konsekvenser för det kliniska handlandet.

Under uppföljningsperioden på ett halvår togs 15 prover, vilket innebar en reduktion med 82 procent jämfört med 1989. I fem fall kontrollerades samtidigt reumatoidfaktor. Av de 15 ANA-proverna kunde 14 återfinnas. Av dessa patienter uppvisade fyra tecken till sjukdomsaktivitet som kunde vara autoimmun, men ANA var negativ i dessa fall. Provtagningen i de övriga tio fallen var av tveksam relevans. Tre av proverna var positiva, men i inget fall fick detta kliniska konsekvenser.

Kostnader

Reduktionen i provtagning medförde en årlig besparing på 22.400 kronor i laboratoriekostnader. Till detta kommer besparingar på material; tidsåtgång för provtagning, handläggning av provsvar med mera.

Patienter med SLE

Diagnosregistreringen under perioden 1985-90 visade, att en patient på vårdcentralen uppfyllde de diagnostiska klassifikationskriterierna för SLE. Vidare var åtta patienter registrerade under diagnosen SLE eller SLE suspecta utan att uppfylla de diagnostiska klassifikationskriterierna för SLE.

Diskussion

En av allmänmedicinarens uppgifter är att utesluta allvarlig sjukdom hos patienter, som söker för diffusa symtom. Tidig upptäckt är speciellt viktig, när sjukdomen är allvarlig och då en behandling kan erbjudas, som kan ändra sjukdomens förlopp och prognos. En negativ ANA talar starkt emot SLE (7, faktaruta). Det verkar dock inte rimligt att använda stora laboratorieresurser, för att utesluta just denna sällsynta sjukdom. Majoriteten av ANA-proverna i vårt material togs på patienter som sökte för smärtor från rörelseapparaten. Dessa symtom är vanligt förekommande och en vanlig besöksorsak inom primärvården (3-5). ANA-provtagning inom denna grupp av patienter får närmast karaktär av screening. Det stora antalet samtidiga prover för ANA och reumatoid faktor talar också för, att proverna har använts som en "reumatologisk screeningpanel". Även med en testmetod med hög specificitet och sensitivitet kommer nästan alla positiva provsvar att ses i gruppen som inte har SLE på grund av denna sjukdoms låga prevalens (7). När specificiteten är låg blir det ännu värre - det positiva prediktiva värdet blir påfallande lågt, då specificiteten gentemot andra icke degenerativa kroniska bindvävnadssjukdomar är så låg som 49 procent (faktaruta). Det stora antalet falskt positiva prover vid okritisk provtagning ger naturligtvis tolkningsproblem (9) och i värsta fall ställs diagnosen SLE på ett felaktigt underlag, vilket var fallet för flera patienter i detta material.

American Rheumatism Association har angivit internationellt accepterade diagnostiska klassifikationskriterier (6), minst fyra av elva symtom eller fynd ska finnas för att diagnosen ska kunna ställas (faktaruta). I vårt material utgjorde provtagning på patienter med symtom ingående i sjukdomskriterierna endast tre procent av patienterna (non erosiv arthrit i två eller flera leder). Eftersom detta var det enda kriteriet på SLE, hade det inte i något fall varit möjligt att uppfylla de

diagnostiska klassifikationskriterierna med ett positivt ANA-prov. De kliniska konsekvenserna av denna omfattande provtagning har alltså varit obefintliga.

Hos några patienter ställdes diagnosen SLE på kombinationen ledvärk och positiv ANA. Detta är olyckligt med tanke på de terapeutiska och mänskliga konsekvenser en felaktig diagnos SLE kan få ("ANA-invalider").

Nived et al (8) anger en prevalens av SLE på 39 på 100.000 invånare, vilket i Olofströms kommun skulle motsvara sex individer med SLE.

I vår genomgång av diagnosregistret på vårdcentralen återfanns endast en patient som uppfyllde de diagnostiska klassifikationskriterierna.

En medicinsk revisionsprocess kan vara en metod i primärvården för att minska provtagningen av ANA till situationer där resultatet blir meningsfullt. Provet är inte av värde som "reumatologiskt screeningsprov" och får främst ses som ett hjälpmedel för klassifikation av systemiska bindvävnadssjukdomar. Den minskade provtagningen har inte fått negativa konsekvenser för patienthandläggningen. Antalet samtidiga ANA- och reumatoidfaktor-prover reducerades, vilket antyder att proverna inte längre används som "reumatologisk screeningpanel".

Referenser

1. Fowkes FGR. Medical audit cycle. Med Educ 1982;16:228-38.
2. Karlsson Y. Språkkommittén: "Medicinsk revision" bästa termen för "medical audit". Läkartidningen 1991;88:2613.
3. Jacobsson L, Lingärde F, Manthorpe R. The commonest rheumatic complaints of over six weeks' duration in a twelve-month period in a defined Swedish Population. Scand J Rheumatol 1989;18:353-60.
4. Andersson I, Ejlerstsson G, Leden I, Rosenberg C. Kronisk smärta. En epidemiologisk studie i Kristianstads län. Delrapport. Kristianstads läns landsting, 1989.
5. Frölund F, Frölund C. Pain in general practice. Scand J Prim Health Care 1986;4:97-100.
6. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NT et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 1982;25:1271.
7. Hedfors E, Lindblad S. Sensitivitet och specificitet. Om sannolikhetskalkyl i klinisk praxis. Läkartidningen 1986;83:117-23.
8. Nived O, Sturfelt G, Wollheim F. Systemic lupus erythematosus in an adult population in southern Sweden: Incidence, prevalence and validity of ARA revised classification criteria. Br J Rheumatol 1985;24:147-54.
9. Lichtenstein MJ, Pincus T. How useful are combinations of blood tests in "Rheumatic panels" in diagnosis of rheumatic diseases? J Gen Intern Med 1988;3:435-42.

Författarpresentation

*Lars Ivarsson, distriktsläkare.

Bjarne U Hansen, överläkare, med dr.

*Postadress: Vårdcentralen, 293 32 Olofström.

FAKTARUTA

1982 års revision av ARA kriterierna för klassifikation av SLE

	Sensitivitet %	Specificitet %
1. Utslag kinder	57	96
2. Utslag discoid	18	99
3. Fotosensibilitet	43	96
4. Munsår	27	96
5. Arthrit (non erosiv)	86	37
6. Pleurit, pericardit	56	86
7. Nefropati	51	94
8. Neuropati	20	98
9. Hämatologisk abnormitet	59	89
10. Serologiska abnormiteter	85	93
11. ANA	99	49
Minst 4 av kriterierna	96	96

SLE: Fyra eller flera kriterier samtidigt eller sekventiellt (6).

Perspektivet bakåt i historien

"Vårdens idéhistoria"

2B06639

BODIL PERSSON

Den svenska distriktsläkarkåren är ung. Många av oss har ingen erfarenhet av tiden före sjukvårdsreformen. Tiden före andra världskriget försvinner i dimmornas töcken. Vår egen praktiskt upplevda erfarenhet av skiftande trender och prioriteringar inom sjukvården är än så länge liten. Under de expansionistiska sextio- och sjuttio-talen har vi inte haft så stort behov av att blicka bakåt. Det historiska perspektivet ansågs obehövt. Annorlunda tider med kärvare ekonomiska förhållanden gör att historien nu åter börjar bli intressant. Man frågar sig: Kan man genom att blicka bakåt få perspektiv på nuläget och kanske hitta vägar in i framtiden som löser dagens problem?

Roger Qvarsell är lärdoms-historiker. Han har tidigare skrivit om 1800-talets centralhospital, den tidiga rättspsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, begreppen hälsa och sjukdom osv. Sommaren 1989 höll han en serie föreläsningar i riksradios sommaruniversitet, vilka nu i något omarbetad form har samlats i en volym med titeln "Vårdens idéhistoria". Det är en bok i litet format med ett tilltalande yttre. Den är indelad i tio korta kapitel, vart och ett med sitt avgränsade tema. Varje kapitel avslutas med ett litet avsnitt i vilket författaren ger en kommenterad litteraturlista med tips för vidare läsning. De olika kapitlen bildar tillsammans en helhet samtidigt som varje kapitel kan läsas oberoende av de övriga. Ambitionen är att boken ska kunna användas i kurs- och fortbildningsverksamhet inom vårdområdet.

Författaren utgår från den moderna vårdens fyra fundament: vård och omsorg, läkekonst, den medicinska vetenskapen och hälsoupplýsning. Dessa fyra delar har haft olika betydelser och funktioner under olika tider. Han granskar begreppen hälsa och sjukdom och dessas innebörd under olika epoker och hos olika samhällsaktörer.

Han pekar på hur i dagsläget arbetsgivare, försäkringskassor och socialbyråer kan ha en bild av en individs hälsotillstånd alltmedan individen själv och den behandlande läkaren kan ha helt andra uppfattningar. Synen på vad som är friskt och sjukt är individuell, relativ och föränderlig.

I skildringen av medicinens, kirurgins och psykiatrins väg till etablerad vetenskap möter vi den traditionella medicinens mest betydande förgrundsgestalter insatta i sitt idéhistoriska sammanhang. I kapitlet om vård och omsorg har vi lämnat det manliga perspektivet. Här skildras barnmorskeyrket, sjuksköterskornas märkeskvinnor, hemtjänst och social service. Vård och omsorg har professionaliserats samtidigt som den offentliga vården har expanderat. Nu försöker man vända på trenden. Vilka konsekvenser kommer detta att få för patienterna och för alla de kvinnor som idag arbetar inom den offentliga vården? frågar sig författaren.

Vi får följa de stora institutionernas framväxt inom akutvård, sjuksjukvård och åldringvård. Idag för man bland vårdgivare och beslutsfattare fram idealet om det egna hemmets betydelse. Men är det så självklart att vårdtagarna alltid tycker det samma? De kanske föredrar den trygghetskänsla, som institutionsvården ibland kan ge.

Olika vårdideologier passerar revy: medeltidens kristna barmhärtighetstanke, nationalstatens krav på social ordning, merkantilismens betoning av individens ekonomiska nytta, 1800-talets socialdarwinistiska och socialliberala strömningar. Författaren stannar där, men skildringen provocerar ändå fram funderingen: Vilka är dagens dolda vårdideologier?

Författaren vänder avslutningsvis tillbaka till det moderna vårdssamhället. Utvecklingen har gått snabbt. Nya yrkesgrupper har tillkommit och allt fler mänskliga problem betraktas som

behandlingsbara. Trots att folkhälsan förbättrats har vårdens roll i samhället ökat. Man söker hjälp för allt lättare åkommer och accepterar inte längre att det finns sjukdomar som inte går att bota. Tilltron till medicinens möjligheter är stor. Samtidigt växer kritiken mot de stora institutionerna, mot tendensen att sätta medicinska etiketter på allt fler mänskliga problem och mot professionaliseringen av alla typer av mänsklig vård.

Vad kan vi då lära av att studera vårdens historia? Bland annat att det inte finns några enkla lösningar på det gamla problemet om hur vård och omhändertagande bör organiseras. Ett samhälles vårdorganisation är nära förknippad med dess sociala struktur och kulturella traditioner. Då dessa förändras måste också vårdens organisation, inriktning och målsättning omprövas.

Roger Qvarsell's bok är lättläst och vänder sig till en bred publik. Den målar utvecklingen i breda penseldrag. Den sätter fingret på ett flertal känsliga punkter och stämmer till eftertanke. De nutida problem som boken tar upp är välbekanta för oss alla. Gårdagens bekymmer har vi tidigare inte i samma utsträckning haft anledning att reflektera över. Här ger boken friska och intresseväckande infallsvinklar på dagens situation. Den är trots sitt blygsamma format mycket innehållsrik.

En genomläsning av de olika kapitlen stimulerar till funderingar: Hur har utvecklingen varit? Varför har det blivit just så här? Vart är vi på väg? Boken är väl värd ett närmare studium och hjälper till att skingra åtminstone en del av vår historielöshets dimridåer.

Författarpresentation

Bodil Persson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 295 35 Bromölla.

Vårdens idéhistoria ROGER QVARSELL

Stockholm: Carlssons förlag, 1991.
Pris: 207 kronor. 182 sidor.
ISBN 91 7798 424 2



LBO 7092 T

Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, distriktsläkare

Regionala läkemedelsinformationscentraler finns idag på flera platser i Sverige. Som modell står LIS 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 (KAROLINE) 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 LIS och ELIS.

Penicillinallergi och borreliainfektion

FRÅGA: Vilket läkemedel rekommenderas vid behandling av borreliainfektion med okomplicerad erythema chronicum migrans hos en gravid patient som är penicillinallergisk?

SVAR: I en studie av erythema migrans hos vuxna patienter försvann symtomen snabbare hos dem som behandlats med penicillin eller tetracyklin jämfört med dem som fick erytromycin (genomsnittlig duration 5,4, 5,7 och 9,2 dagar). Ingen av de 49 patienter som gavs tetracyklin hade senkomplikationer (som meningoencephalit, myocardit eller återkommande artrit) jämfört med 3 av 40 i penicillingruppen och 4 av 29 i erytromycingruppen. I en amerikansk behandlingsöversikt rekommenderas doxycyklin eller amoxicillin för behandling av tidiga symtom vid borrelia. I Sverige rekommenderas i allmänhet V-penicillin eller doxycyklin. De patienter som allergiska mot penicillin och inte heller kan använda tetracykliner (gravid kvinnor och barn under 8 år) rekommenderas erytromycin i dosen 250 mg x4 i mellan 10 och 21 dagar. Fosterskadande effekt av erytromycin finns inte belagt.

Psykisk påverkan av terfenadin

FRÅGA: Finns psykisk påverkan-aggressivitet beskrivet vid behandling med Teldanex (terfenadin)?

Frågan gäller en 14-årig pojke som sökt på vårdcentralen på grund av huvudvärk och kräkningar. Pojken har i prepuberteten utvecklat ilska, aggressivitet, koncentrationssvårigheter och huvudvärk och han har blivit så avvikande med stora anpassningsproblem, att han blivit omplacerad i skolan.

SVAR: Vid vår litteratursökning har ingen dokumentation eller fallrapport framkommit om psykisk påverkan eller ökad aggressivitet i samband med terfenadinbehandling. Preparatet räknas till den nya gruppen icke-sederande antihistaminer.

Trots avsaknaden av fall i litteraturen har det till läkemedelsverket under åren 1986-91 inkommit totalt 25 rapporter om psykisk påverkan i samband med terfenadinbehandling. Det har rört sig om bland annat agitation, ångest, insomni och andra sömnrubbningar, aggressivitet, oro och excitation. I samtliga fall har bedömningen varit, att det funnits ett möjligt samband. Enligt tillverkarens representant kan man inte förklara detta på annat sätt än att dessa personer som reagerat med psykisk påverkan eventuellt skulle kunna vara extra känsliga, då man ändå får förvänta sig att någon liten mängd läkemedel passerar blod-hjärnbarriären. Teldanex (terfenadin) hade fram till och med 1990 försålts i 3,5 miljarder dygnsdoser världen över varav 47 miljoner dygnsdoser enbart i Sverige.

Om ingen annan orsak framkommer vid den fortsatta utredningen bör en biverkningsanmälan göras till Läkemedelsverket.

Ammande mödrar och analgetika

FRÅGA: Vilket receptfritt analgetikum acetylsalicylsyra, paracetamol eller ibuprofen ska i första hand rekommenderas till ammande mödrar?

SVAR: ASA, paracetamol och ibuprofen har samtliga klassificerats i grupp II under rubriken amning i FASS.

Detta betyder att substanserna passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik i terapeutiska doser. I ett par handböcker med speciell inriktning på läkemedelsbehandling under amning bedöms behandling med ibuprofen som säker, eftersom endast mycket små eller obefintliga mängder av ibuprofen kunnat uppmätas i mjölk från ammande mödrar. I en tidigare utredning som gjorts vid LIS, Huddinge bedömdes ibuprofen vara förstahandsmedel av NSAID-preparat vid val till ammande mödrar.

Amning anses vara säker i samband med intag av paracetamol. Paracetamol kan dock uppmätas i låga koncentrationer i bröstmjölk. Tillräckliga data om paracetamol och amning saknas vid långtidsbehandling av ammande mödrar. I ett par tidigare utredningar konstaterades att den mängd ett diande barn får i sig via modersmjölk avsevärt understiger den mängd som ges i terapeutiskt syfte till spädbarn.

Salicylater kan uppmätas i låga koncentrationer i bröstmjölken hos ammande mödrar som behandlats med ASA. Det diande barnet kommer endast att exponeras för en liten mängd salicylat efter en singeldos. En viss försiktighet vad gäller salicylater föreslås dock, särskilt vid upprepad dosering, eftersom salicylaternas elimination är mättnadsbar och eliminationsförmågan hos mycket små barn kan vara nedsatt. Salicylat kan tränga undan bilirubin från plasmaproteiner. En viss oro finns också för sambandet mellan salicylatbehandling och Reyes syndrom.

Tillfälligt bruk av analgetika utgör inget hinder för amning. Av de receptfria analgetika är paracetamol och ibuprofen de bästa alternativen till ammande mödrar.



Interagerar Novalucol med Antabus?

FRÅGA: Kan flytande Novalucol interagera med Antabus (disulfiram) så att effekten av Antabus blir försvagad?

SVAR: Enligt tillverkaren av Antabus är det allmänt känt bland alkoholmissbrukare, att antacida minskar antabuseffekten, men vid litteratursökning har endast en studie påträffats där ett sådant samband föreslås. I den artikeln beskrivs att man hos två patienter observerat att biotillgängligheten av disulfiram försämras vid samtidig tillförsel av järn eller antacida. Man föreslår att detta skulle bero på chelatbindning mellan disulfiram och de tvåvärdade katjonerna i tarmen så att absorptionen av disulfiram försämras.

De dokumenterade interaktionerna med disulfiram beror alla på disulfirams hämning av leverenzymerna och läkemedelsmetabolism och resulterar i förstärkt effekt av det andra läkemedlet ifråga.

Eventuellt skulle antihistaminer och neuroleptika på grund av antihistamineffekt kunna motverka effekten av Antabus, men dokumentation saknas.

De sätt på vilka antacida traditionellt sett kan tänkas försämra absorptionen av andra läkemedel är indirekt genom pH-förändring och minskad gastrointestinal motilitet (aluminiumjonen). Dessutom bildar antacida som innehåller di- eller trivalenta katjoner (ex Ca²⁺, Mg²⁺, Al³⁺) chelatkomplex med tetracykliner och kinolonderivat. Teoretiskt sett är chelatbildning med katjoner som ingår i Novalucol inte uteslutet med tanke på att disulfirams metabolit dietylditiokarbamat är en välkänd chelatbildare, som binder två eller trevärdade katjoner. Det finns till och med dokumenterat fall där detta används rent terapeutiskt, nämligen användning av disulfiram vid nickelallergi och då utnyttjas chelatbildningsförmågan hos metaboliten för att minska kroppens nickeldepåer.

Disulfiram är en labil förening som reduceras momentant till två monomerer dietylditiokarbamat. Det komplex som vanligen bildas är tillsammans med koppar och detta är stabilt och absorberas lätt. Detta skulle möjligen kunna antyda att en eventuell komplexbildning med aluminium eller magnesium knappast heller borde försämra biotillgängligheten av disulfiram. Även andra mekanismer har föreslagits.

Det finns således ett visst underlag i litteraturen för att antacida skulle kunna ge en något försämrad antabuseffekt.

Ondansetron vid graviditetsillamående?

FRÅGA: En 25-årig kvinna är gravid i vecka 11. Under två tidigare graviditeter mycket plågsamt illamående. Ett flertal läkemedel såsom meklozin (Postafen) och prometazin (Lergigan) provades utan större effekt. Patienten behandlas även med kломipramin (Anafranil) mot panikångest, men denna behandling håller nu på att avslutas med tanke på den aktuella graviditeten. Patienten har nu också under den aktuella graviditeten drabbats av illamående och periodvisa kräkningar.

Kan man i detta fall pröva ondansetron (Zofran) alternativt skopolamin (Scopoderm) eller finns det några andra medikamentella behandlingalternativ?

SVAR: Ondansetron är ett nyligen registrerat antiemetikum för parenteralt bruk som blockerar 5-HT₃-receptorer. Den enda godkända indikationen är akutbehandling av cisplatininducerat illamående och kräkningar. Enligt tillverkaren finns ingen dokumentation eller erfarenhet av användning hos gravida. Skopolamin används i depåplåster som profylax mot rörelsesjuka. Enligt tillverkaren finns inga studier av eventuell effekt vid graviditetsillamående och den kliniska erfarenheten från gravida kvinnor är begränsad.

I en översiktsartikel poängteras att välkontrollerade studier av läkemedelsbehandling av graviditetsillamående i stort sett saknas. Som förstahandsmedel rekommenderas i denna översikt meklozin. Är denna behandling otillräcklig bör prometazin eller tietylperazin (Torecan) prövas.

Denna studie är inte publicerad, varför kvaliteten på studien inte går att bedöma. Metoklopramid tillhör i FASS kategori A när det gäller användning under graviditet/amning.

Effekten av vitamin B6 har tidigare ifrågasatts då studierna varit bristfälliga. I en aktuell amerikansk dubbelblind studie jämfördes vitamin B6 (pyridoxinhydroklorid) i dosen 25 mg 3 gånger dagligen med placebo. Man noterade en effekt hos de patienter som hade ett uttalat illamående, men inte för dem med lätt till måttligt illamående. Efter avslutad behandling har 8 av 31 kvinnor fortfarande kräkningar jämfört med 15 av 28 i placebogruppen. Sammanfattningsvis kan patienten i första hand pröva meklozin eller prometazin. Om hon inte svarar på detta, kan man överväga ett behandlingsförsök med metoklopramid eller vitamin B6.



Hearing om bensodiazepiner

INGEGÄRD AGENÄS

Hur bensodiazepiner ska användas, risken för över- eller underbehandling liksom risken för beroende och missbruk av bensodiazepiner diskuteras ofta och intensivt. Åsikterna om nytta och risk varierar mycket hos olika förskrivarkategorier och hos olika befolkningsgrupper. Användningen av bensodiazepiner har minskat i Sverige sedan mitten av 1980-talet, då läkemedelsinformationskommittén vid dåvarande socialstyrelsens läkemedelsavdelning lämnade rekommendationer om behandling vid ångest/oro och vid sömnsvårigheter. Sverige har nu den lägsta användningen i Norden.

Sommaren 1991 skrev ett femtiotal psykiater till socialdepartementet och föreslog att en hearing om bensodiazepiner skulle anordnas. Författarna av brevet var bekymrade över att framför allt patienter med panikångest och andra ångestsyndrom inte fick adekvat terapi eller kände sig utpekade som missbrukare i den allmänna debatten. Socialdepartementet uppdrog åt socialstyrelsen och läkemedelsverket att genomföra en sådan hearing och den ägde rum den 5 december 1991.

Bakgrunden till hearingen angavs vara den omfattande debatten i samhället om nyttan och riskerna vid behandling med bensodiazepiner. Syftet var att klargöra dagens kunskap avseende denna problematik och att ge förslag till kompletterande studier och åtgärder för att främja en rationell användning av dessa läkemedel.

Vid dagens slut sammanfattande socialstyrelsens generaldirek-

tör dagens diskussioner med påpekandet att både över- och underbehandling hade dokumenterats, liksom att han hade funnit att det förelåg ett behov av utbildning framför allt när det gällde diagnoskriterierna för depression och ångest. Läkemedelsverket och socialstyrelsen avsåg att i diskussioner efter det här mötet, tillsammans med sjukvårdshuvudmännen, försöka finna former för en utbildning som skulle öka kunskapen inom det området.

Kommentar

Bensodiazepiner förskrivs av alla läkarkategorier. Ungefär en femtedel kommer från psykiater. Det är allmänläkare och invärtesmedicinare som står för den dominerande andelen av förskrivningen. Bensodiazepiner förskrivs ofta tillsammans med läkemedel för kroppslig eller själslig ohälsa. I detta möte deltog psykiater, kliniska farmakologer och företrädare för olika organisationer och myndigheter. De dominerande förskrivarkategorierna fanns inte företrädda. Endast ett inlägg berörde användningen hos äldre patienter (patienter över 65 år står för mer än hälften av användningen av bensodiazepiner).

Distriktsläkarna som möter de gamla patienterna och som också ofta har anledning att förskriva bensodiazepiner har därför all anledning att följa vilka rekommendationer som kommer efter det här mötet och vilka former en eventuell utbildningsverksamhet kommer att ha.

Astmapatienters kunskap om sin sjukdom

EVA OLBO

Under hösten 1990 genomfördes en enkätstudie vid Göteborgs universitet, institutionen för vårdläro- och utbildningen. Syftet med studien var att kartlägga astmapatientens kunskap om sjukdomen, hur den förebyggs och hur den behandlas. Man önskade också försöka få fram vem som hade förmedlat kunskaperna och i vilket grad patienterna kände sig informerade. I studien ingick 75 nydebuterade astmatiker, 32 män och 43 kvinnor, i åldern 16–60 år. Patienterna valdes ur Astma/allergidivisionens arkiv vid Sahlgrenska sjukhuset och deltagande var frivilligt.

Deltagarna besvarade en enkät med totalt 64 frågor, dels kunskapsfrågor om sjukdomen, till exempel om utlösande faktorer, omhändertagande och behandling dels frågor om hur kunskapen förmedlats. Astmapatienternas uppfattning om den egna kunskapen rörande astmasjukdomen och de faktorer som utlöser astma varierade mycket. 64 procent ansåg sig ha kunskap, 17 procent att de inte hade någon kunskap och 19 procent var tveksamma till om de hade kunskap eller inte.

I enkäten ställdes en fråga om vad man bör tänka på vid ansträngningsutlösta besvär. Endast 30 procent ansåg att man skulle ta luftrörsvidgande medicin förebyggande medan däremot 40 procent ansåg att man skulle ta det lugnt. Man skulle till exempel inte bära, inte anstränga sig för mycket och tänka på vad man gjorde. Ingen av deltagarna ansåg att kortison eller natriumkromoglikat skulle tillföras. Tjugo procent ansåg att man inte behöver tänka på något särskilt.

Viktig kunskap saknas hos många

Majoriteten av gruppen, 55 procent, ansåg sig veta vad som utlöser ett astmaanfall eller vad som förvärrar ett pågående anfall, medan 45 procent ansåg sig sakna denna kunskap. Utan

denna kunskap skapas ett ökat vårdbehov och oro och ångest ökar hos både patient och omgivning.

68 procent tyckte att de hade kunskap om hur astma behandlas, medan 32 procent svarade nej eller vet ej. På frågan om man ska ta mediciner även om man mår bra, svarade 64 procent ja och 36 procent nej eller vet ej. Totalt 77 procent av deltagarna kände till astmamedicinernas verkan och att det finns olika typer av mediciner. Beträffande effekten av kortison ansåg 49 procent att den kom långsamt, 43 procent att den kom snabbt medan åtta procent ej visste något om effekten. För den enskilde astmatikern är det viktigt att känna till vilket läkemedel som ger bäst effekt vid akut astmaanfall. 55 procent ansåg att kramplösnande medel i pulver- eller sprayform var mest effektivt. 29 procent svarade att kortison var bästa läkemedel att använda vid ett akuta anfall, medan 23 procent inte visste vilket som var bäst. Det framkom också att många är osäkra på hur man ska förfara när anfallet kommer och när man ska söka hjälp för sina luftrörsbesvär. Ungefär en tredjedel av deltagarna visste ej när de ska söka hjälp.

Uppenbara kunskapsluckor

Resultaten av enkäten visade uppenbara kunskapsluckor, trots att kontinuerlig information förekom på astmamottagningen. Hela 21 procent av de personer som deltog i studien ansåg sig vara helt oinformerade och drygt hälften av de 75 patienterna ansåg att informationen var otillräcklig.

Referenser

Sundberg R. Astmapatienters kunskap om sin sjukdom. 60-p uppsats 1991. Göteborg: Institutionen för vårdläro- och utbildning, Göteborgs universitet, 1991.



Försöksverksamhet med distribution av bra hjälpmedel via Apotek

ELISBETH BOLIN · ERIC SYDMO · ANN BERGLUND · HELENA LÖFBERG

Försök med distribution av enkla hjälpmedel via apotek har genomförts i Landstinget i Gävleborg och i södra delen av Landstinget Älvsborg (Borås-området).

Med bra, enkla hjälpmedel avses i första hand produkter som underlättar för personer med visst handikapp att klara sig själva.

Sortimentet spänner över ett brett område. Exempel är osthyvel med vinklat skaft, antihalkband, griptång för svaga händer, strumpådragare, stadiga bestick, käpphållare, doppsko, pennhållare med förstorat grepp, tablettdelare, förhöjningskudde.

Produkterna är ofta svåråtkomliga i vanlig dagligvaruhandel och till exempel äldre människor kan vara intresserade av att köpa dem.

På apoteket finns en prislista över bra hjälpmedel för personer med rörelsehinder.

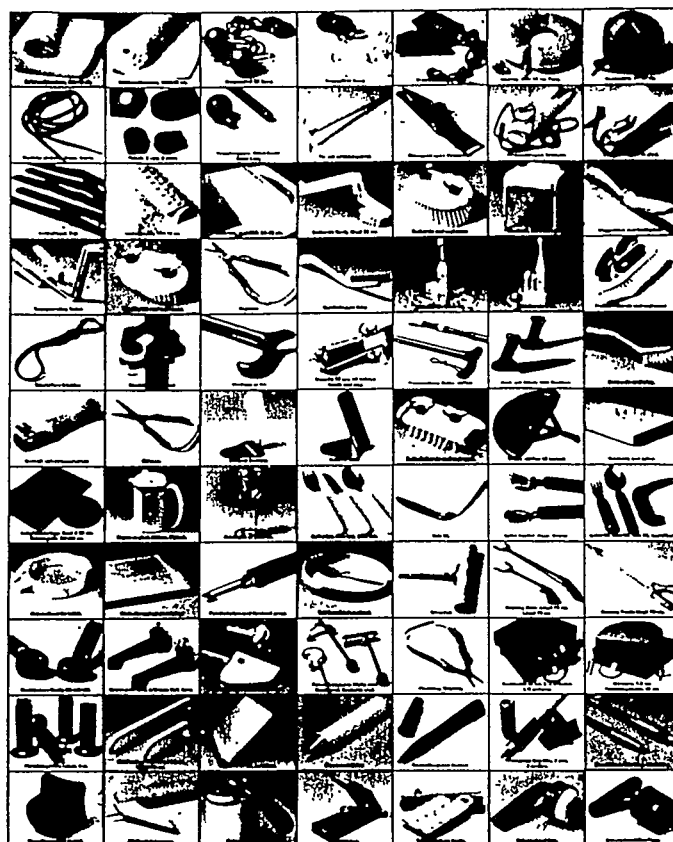
Det har också framtagits en affisch som visar nästan hela sortimentet. Den kan beställas på det lokala apoteket.

Försöken har drivits av respektive landsting i samarbete med Apoteksbolaget. Handikappinstitutet har, med ekonomiskt stöd från Allmänna Arvsfonden, svarat för en utvärdering av försöksverksamheten.

Utvärderingen visar att

- attityderna till att på apotek tillhandahålla och försälja hjälpmedel har varit genomgående positiva från brukare, ordinarörer och apotekspersonal;
- försäljningen över disk har samtidigt varit blygsam. En rimlig tolkning är här att det är en långsiktig process att vänja fler handikappade vid att vända sig till apotek för att söka efter bra hjälpmedel, samtidigt som de som direkt tillfrågas om den möjligheten genast ser den bättre tillgängligheten som väsentlig;
- attityderna till distribution av ordinerade hjälpmedel via apotek har varit mera blandade. Brukarna har i huvudsak varit positiva och betonat värdet av den bättre tillgängligheten. Några klagomål har inte heller framförts i de fall brukare själva fått hämta sina ordinerade hjälpmedel på apotek. Däremot har nästan hälften av ordinarörerna varit tveksamma eller direkt negativa i detta avseende. Inom flera områden har man dock funnit väl fungerande och arbetsbesparande samarbetsformer med apoteken;
- både brukare och ordinarörer har betonat vikten av att ordinationsmöjligheten för hjälpmedel som distribueras via apotek bibehålls. I Gävleborg, där distributionen via apotek fortsätter, har fastställts ordinationskriterier som möjliggör att sådana hjälpmedel kan ordinerats dels "... för personer med omfattande funktionshinder/omfattande behov vid förstagångsordination ...", dels "... då produkten underlättar omvårdnad/sjukvård i hemmet ...";
- försöksverksamheten och utvärderingen har givit erfarenheter och underlag för att bedöma de olika distributionsättens

APOTEKETS SJUKVÅRDSPRODUKTER 77 BRA HJÄLPMEDEL



APOTEKSBOLAGET

för- och nackdelar. Däremot ger de inget entydigt svar på vilket system som är bäst i en viss situation. Utvärderingen ger inte heller något säkert svar på vilket av distributionsätten som är mest kostnadseffektivt. Skälet är främst att någon för ändamålet användbar redovisning av landstingens materialhanteringskostnader för hjälpmedel inte funnits att tillgå samt att vårdinsatser och materialhantering vad gäller hjälpmedel är starkt integrerade inom landstingen.

Du som är intresserad av mer information om försöksverksamheten, kontakta någon av författarna.

LEIF PERSSON

Medicinskt kvalitetsarbete har i Sverige en kortare historia än i många andra länder. I artikeln tecknas bakgrund, klargörs definitioner, beskrivs aktuell utveckling från kvalitetskontroll till övergripande kvalitetsledning samt ges motiv till intensifierat arbete med kvalitetsfrågor.

Nyckelord: Kvalitetssäkring, definitioner.

Kvalitetsmedvetande har funnits länge inom vården. Från början märktes det mest genom lagstiftning samt legitimationstvång för läkare. Samhället inspekterade och övervakade. För att bättre förstå utvecklingen efter andra världskriget är det nödvändigt att studera den japanska industrins förändring.

Genom en medveten prioritering av kvalitetsarbete har man lyckats erövra stora delar av världsmarknaden. Idag står den japanska bilindustrin för högsta kvalitet, men många minns hur det var på 1950-talet. Japan var plagiat och dålig kvalitet. Kvalitetsatsningen, som byggde på amerikanska teorier, utvecklades praktiskt i Japan. Därför har teorierna förts åter till USA, där de anpassats till den medicinska världen och har sedan spridits till Europa och Australien.

Historik

Florence Nightingales "Notes on nursing" är ett hundraårigt exempel på kvalitetstänkande. American College of Surgeons började 1918 med ackreditering av kirurgkliniker, vilket 1951 utvecklades till Joint Commission for Accreditation of Hospitals. Ett år tidigare hade Royal College of General Practitioners (RCGP) bildats, bland annat med uppgiften att förbättra kvaliteten bland allmänläkarna. Fortbildning i form av Balintgrupper är ett exempel på kvalitetsarbete från den tiden.

1966 skrev Donobedian (1) sitt grundläggande dokument om kvalitetssäkring. Begreppen struktur, process, resultat, element, kriterier och standards kom därmed att börja användas. I USA utvecklades under tiden Peer Review Organisations, där ett av målen var att följa upp enskilda sjukhistorier, för att se om den vård som getts stod i samklang med accepterade rutiner.

RCGP presenterade 1974 i åtta punkter en tämligen vid definition och målsättning för kvalitet (2). I Nederländerna skrev olika allmänläkarorganisationer om Peer Review och en policygrupp för medicinsk sakrevision tillsattes 1977. Sedan 1981 är aktivt kvalitetsarbete en förutsättning för medlemskap i den nederländska allmänläkarföreningen (3). 1984 fastställde WHO's Europaregion 38 hälso-politiska mål, varav nummer 31 handlar om kvalitetssäkring: *Senast 1990 bör alla medlemsländer ha ett effektivt system för att säkra kvaliteten i sin hälso- och sjukvård.* Flertalet europeiska länder har ratificerat fördraget, som ofta (men ej i Sverige) dessutom lett till lagstiftning om kvalitetssäkring.

I Spanien gäller lagstiftning om kvalitetssäkring vid sjukhus sedan 1984 och vid hälsocentraler sedan 1986. Primärvården genomgår en omstrukturering från enläkarmottagningar till grupp-mottagningar (som i Storbritannien). Vid 30-40 procent av mottagningarna har någon typ av kvalitetsstudie genomförts och sedan 1990 införts system för kvalitetsbevakning på fler och fler ställen (4).

En viktig milstolpe i utvecklingen har i Storbritannien varit White Papers (5-7). Här lagfästs kvalitetssäkring, samtidigt som riktlinjer ges för hur den ska genomföras. National Health Service och allmänläkarnas organisationer ska tillsammans genomföra förändringen. Senast 1 april 1992 ska kvalitetssäkringsprogram finnas vid alla vårdcentraler.

I Sverige har mindre kvalitetssäkringsprojekt förekommit på olika ställen genom åren, men det egentliga intresset för kvalitetsfrågor kom igång på allvar genom Spri 1987 (8). Två år senare kunde de första erfarenheterna av framför allt kvalitetscirklar redovisas i flera symposier i Stockholm (9). Primärvården i Luleå-Boden var tidigt ute med cirkelverksamhet samt undersökningen Guide Médecine (10). I Sollefteå bildades en kvalitetskommité för hela förvaltningen, samtidigt som vården av hypertoniker och diabetiker analyserades. Tidigare hade cancerdiagnostiken undersökts (11). Vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg har många olika kvalitetsprojekt redan genomförts och redovisats. Ett femtiotal vårdcentraler i landet arbetar just nu med att utveckla verksamhetsberättelser. Totalt finns för närvarande kvalitetscirklar på mer än 50 ställen i landet.

Medicinsk sakrevision och kvalitet
Definitioner av kvalitet är vidare i Europa än i USA. En amerikansk definition är: *Graden till vilken vården ökar sannolikheten av önskade resultat och minskar sannolikheten av oönskade resultat, med utgångspunkt från aktuell kunskap* (12). I Europa lägger vi oftare in jämlikhets- och rättviseaspekter. För att lättare förstå vad kvalitet är, delas den in i olika delar. WHO föreslog 1985 att kvaliteten måste speglas i minst fyra komponenter (13):

- A. Utförandet (teknisk kvalitet)
- B. Användningen av resurser
- C. Riskbevakning
- D. Patienttillfredsställelse,

medan Maxwell (14) förordar ytterligare komponenter:

- A. Tillgänglighet
- B. Samband med behoven
- C. Effektivitet
- D. Jämlikhet
- E. Acceptans bland medborgarna
- F. Resursutnyttjande

För att adekvat bedöma kvalitet måste man alltså analysera många olika kvalitetskomponenter. En av metoderna är medicinsk sakrevision, som enligt White Paper Working for Patients omfattar: *En systematisk, kritisk analys av vårdens medicinska kvalitet, där metoderna för diagnos och behandling, användandet av resurser, resultatet samt livskvaliteten för patienten alla ingår.* Igen en något vidare definition, där inte bara det objektiva resultatet ingår utan också effekten på patientens livssituation (6).

Varför kvalitetssäkring?

Under de närmaste åren kommer primärvården säkert organisatoriskt och kanske innehållsmässigt att förändras. Tidigare och även nu finns på många ställen få allmänläkare. Idag kan vi med mer optimism än för bara ett år sedan hoppas att vi blir fler och att sjukhusens öppna mottagningar minskar. Oavsett om vi allmänläkare kommer att finnas vid stora eller små vårdcentraler, kvartersakuter eller PIF-enheter, kommer konkurrensen att öka. Det innebär att vi måste visa vad vi kan och vad vi presterar i kampen om patienter och resurser. För detta finns bara ett sätt: *Kvalitetssäkring som omfattar alla i organisationen. Kvalitetssäkring som en del i det dagliga arbetet och därmed kvalitetssäkring enligt metoden övergripande kvalitetsledning med innehållet fortlöpande förbättring.*

Referenser

1. Donobedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:166-203.
2. Buck C, Fry J, Irvine DH. A framework for good primary care. The measurement and achievement for quality. *J R Coll Gen Pract* 1974;24:599-604.
3. Grol R, Mesker P, Schellevis F. Peer review in general practice. Methods, standards protocols. Nijmegen: University Department of General Practice, 1988.
4. Sunol R, Delgado R, Esteban A. Medical audit: the Spanish experience. *BMJ* 1991;303:1249-51.
5. Secretaries of State for Social Services, Wales, Northern Ireland and Scotland. Promoting better health (Cmn 249). London: HMSO, 1987.
6. Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland. Working for patients (Cmn 555). London: HMSO, 1989.
7. Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland. Caring for people: Community care in the next decade and beyond (Cmn 849). London: HMSO, 1989.
8. Spri rapport 230. Kvalitetssäkring: Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. Stockholm: Spri, 1987.
9. Spri rapport 301. Kvalitetscirklar i praktiken. Stockholm: Spri, 1991.
10. Olsson B, Lindman A. Guide Médécine - ett kvalitetsmått. Rapport 2/89. Luleå: Samhällsmedicinska enheten i Norrbottens län, 1989.
11. Olofsson L. Bröstcancerdiagnostik vid vårdcentral - en journalstudie rörande kvaliteten. *Läkartidningen* 1989;86:3455-6.
12. Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations. Quality assurance in managed health care organisations. Chicago: UCAHO, 1989.
13. WHO Working Group. The principles of quality assurance. *Quality Assurance in Health Care* 1989;1:79-95.
14. Maxwell RS. Quality Assessment in Health. *BMJ* 1984;288:1470-2.

DEFINITIONER

Många begrepp som används i kvalitetsarbetet kan vara svårtolkade. En genomgång och tolkning av de mest använda begreppen görs i det följande. Definitionerna bygger i huvudsak på Spri rapport 230 (8).

Criteria - kriterier: Egenskaper (måttstockar) som används för att mäta kvaliteten.

Continuous improvement - fortlöpande förbättring: I ett tidigare skede av kvalitetssäkringsarbetet uppsattes mål och när de hade nåtts var de flesta nöjda och utvecklingen avstannade. Nu flyttas hela tiden målen och positionerna fram och utvecklingen fortskrider.

Indikator: Ett urvalt kriterium (kvalitetsmått) för en viss diagnos eller åtgärd, som har hög validitet med avseende på kvalitet, och som kan användas till att "screena" för kvalitet.

Medical Audit - Medicinsk sakrevision: Granskning av enskilda medicinska ämnesområden.

Nursing audit - omvårdnadsrevision: Granskning av patientomvårdnaden.

Peer review - interkollegial granskning: Kollegor granskar andra kollegors arbete med efterföljande uppföljning och förändring.

Quality - kvalitet: Ett uttryck för i vilken mån det som görs är i överensstämmelse

med fastställda kriterier och standards.

Quality assessment - kvalitetsvärdering: Mätning av kvalitet, jämförelse av mätresultat med standards samt analys av orsakerna till eventuella brister i kvaliteten.

Quality assurance - kvalitetssäkring: Process för att mäta, värdera och vid behov förbättra kvaliteten.

Quality control - kvalitetskontroll/kvalitetsstyrning: Enligt WHO ungefär samma som kvalitetssäkring, men oftast en mer begränsad innebörd, snarast kvalitetsmätning.

Quality improvement - kvalitetsförbättring: Åtgärder för att förbättra kvaliteten.

Quality inspection - kvalitetsinspektion: Oftast utövad av myndighet, utan inblandning av professionen.

Standards - standard: Den andel eller procentsats av ett kriterium som ska uppnås för att vården ska anses vara av acceptabel kvalitet.

Total quality management - övergripande (total) kvalitetsledning: När hela organisationen genomförs av kvalitetsmedvetande. Alla processer/personer i vårdkedjan ingår. I alla ledningsbeslut finns kvalitetsöverväganden.

LITTERATUR OM KVALITETSSÄKRING

Det finns en riklig litteratur om kvalitetssäkring och sedan några år har ett flertal artiklar publicerats i *Läkartidningen* och omnämns inte i faktaboken eftersom de ändå vanligen finns lättillgängliga. En del av den refererade litteraturen är till stor hjälp och i vissa fall en förutsättning för framgångsrik kvalitetssäkring. Den litteratur som jag tror man har mest glädje av i kvalitetsarbetet är märkt med ★.

- ★ 1. Spri rapport 230. Kvalitetssäkring: Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. Stockholm: Spri, 1987.

Ett gruppdokument med kort historik, definitioner och motiv till kvalitetsarbete.

- ★ 2. Spri rapport 265. Starta kvalitetscirklar i vården. Stockholm: Spri, 1989.

Viktig rapport, som visar hur man på ett enkelt sätt kan börja kvalitetsarbete i cirkelform.

- ★ 3. Spri rapport 301. Kvalitetscirklar i praktiken. Stockholm: Spri, 1991.

En praktisk handbok i hur man gör. Primärvårdserfarenheter redovisas från vårdcentralen Kronan i Sundbyberg, Kopparbergs vårdcentral samt Luleå primärvård.

- 4. Spri rapport 278. Omvårdnadskvalitet. Stockholm: Spri, 1990.

Rapporten beskriver och ger uppslag till hur man kan börja med kvalitetsarbete i omvårdnadsfrågor.

- ★ 5. Spri rapport 304. Verksamhetsberättelser för sjukvårdens basenheter. Stockholm: Spri, 1991.

Rapporten beskriver ett sätt för fortlöpande kvalitetsövervakning och utveckling med hjälp av verksamhetsberättelser. Flera sjukhusspecialiteter ingår tillsammans med primärvård. Försöksverksamhet med verksamhetsberättelser pågår vid ett 50-tal vårdcentraler i landet.

- 6. Spri rapport 287. Kvalitetssäkring i svensk sjukvård. Förslag till nationell strategi. Stockholm: Spri, 1991.

Riktlinjer för kvalitetsarbete i Sverige, som kanske kan vara underlag för lagstiftning, utvecklas i denna skrift. Rapporten sammanfattas i ett förslag om tio punkter.

- 7. Aune Asbjörn. Kvalitetssirkler. Oslo: Universitetsförlaget AS, 1985.

Detta är en ingående handbok i hur man organiserar kvalitetscirklar. Den pekar på förutsättningar, metoder och faller. Bra om man vill börja med kvalitetscirklar.

- 8. Edvardsson B, Thomasson B. Kvalitetsutveckling i privata och offentliga tjänsteföretag. Stockholm: Natur och Kultur, 1989.

Ett 15-tal författare medverkar. Allt har man inte nytta av, men ett flertal artiklar ger inspiration och kunskap till kvalitetsarbete. Dessutom får man en liten inblick i den privata företagssidan.

- 9. Dahl IS, Hasselgren A-M. Kvalitet i vården. Lund: Studentlitteratur, 1991.

En basal lärobok för flertalet yrkesgrupper inom vården, som vill veta mera om kvalitetsfrågor.

- ★10. Grol R, Mesker P, Schellevis F. Peer Review in General Practice: Methods, standards, protocols. Nijmegen: University Department of General Practice, 1988.

ARTIKLAR

1. Donobedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milband Memorial Fund Quarterly* 1966;44:166-203.

Detta verk är den medicinska kvalitetssäkringens grunddokument, som man ofta refererar till. Där beskrivs bland annat den klassiska indelningen i struktur, process och resultat.

2. WHO Working Group. The principles of quality assurance. *Quality Assurance in Health Care* 1989;1:79-95.

Ett viktigt WHO-dokument om kvalitets-säkring.

- ★3. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patient - results of the Harvard Medical practice Study 1. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.

- ★4. Leape LL et al. The nature of adverse events in hospitalized patients - results of the Harvard Medical Practice Study 2. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.

I dessa två artiklar med mer än 30.000 slumpmässigt urvalda sjukhusfall hade 3.7 procent drabbats av "komplikationer" under vården. 58 procent av dessa ansågs bero

på fel i management. Undersökningen har använts av socialstyrelsen för att peka på nödvändigheten av kvalitetssäkring.

- ★5. McEachern E et al. Quality improvement: An imperative for medical care. *J Occ Med* 1991;33:364-71.

I artikeln redovisas en kort historik om kvalitetssäkring. Man gör jämförelser med industrins arbetssätt och förklarar paradigmskiftet från ren kvalitetssäkring till fortlöpande kvalitetsförbättring.

6. LoGerfo JP. Quality Assurance: The current US experience. *Aust Clin Rev* 1990;10:86-91.

Artikeln redogör för en del av de kliniska indikatorer som utvecklats i USA, men som skulle vara användbara i Australien. Den handlar i första hand om sjukhusbaserade indikatorer, men allmänna principer och problem inom kvalitetssäkringsområdet diskuteras också.

7. Black N. Quality assurance of medical care. *J Pub Health Med* 1990;12:97-104.

Artikeln är en genomgång av basala definitioner och fakta sedda med brittiska "public health" ögon. Bland annat påpekas att vi i

Europa har en vidare definition av kvalitet än i USA, eftersom vi gärna lägger in rättvisse- och jämlikhetsbegreppet i våra värderingar.

- ★8. Laughlin CP, Kalaunzny AD. Total quality management in health. Making it work. *Health Care Manage Rev* 1990;15:7-14.

Artikeln beskriver begreppet total kvalitetsledning (Total Quality Management) och det paradigmskifte vad gäller kvalitetsarbete det medfört. Artikeln koncentreras på tänkbara konflikter mellan traditionellt sätt att leda en organisation och total kvalitetsledning.

- ★9. Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in medicare. *N Engl J Med* 1990;322:707-12.

Artikeln är en specialrapport från National Academy of Sciences i Washington DC, som beskriver dagens verklighet vad gäller vårdkvalitet för äldre samt ger riktlinjer för framtida arbete. Här finns många synpunkter som inte bara gäller USA, utan som även vi kan ha nytta av.

En utmärkt bok om Peer Review. Boken innehåller fyra delar. I del ett definieras peer review på ett bra sätt. I del två diskuteras allmänna kriterier för problemlösning och vårdutbud i allmänläkarvård. I den tredje delen redovisas protokoll för 24 olika tillstånd, där man tagit fram kriterier för god vård. I den fjärde delen presenteras olika peer review metoder såsom besök på varandras mottagningar, journalgenomgång, videokonsultation osv.

11. Pendelton D, Schofield T, Marinker M (eds). *In pursuit of Quality*. London: Royal College of General Practitioners, 1986.

Boken speglar diskussionen inom RCGP beträffande kvalitetssäkring som ägde rum 1985. Man gör en omfattande genomgång av olika metoder. Donobedian medverkar med ett kapitel. Boken är något tung, men har stor omfattning.

12. Shaw C. *Medical Audit. A hospital handbook*. London: King's Fund Centre, 1989.

Ett häfte på 50 sidor som är mest sjukhusinriktat, men väldigt praktiskt upplagd, vilket gör att vi även inom allmänmedicin har nytta av att läsa den.

- ★13. *Medical Audit series 2. Managing for Quality in General Practice*. London: King's Fund Centre, 1990.

I framför allt första delen av denna 90 sidor tjocka bok får man en mycket bra och handfast introduktion i hur man kan arbeta med kvalitetssäkring på vårdcentraler. Begrepp förklaras och man tycker sig förstå mycket sedan man läst boken.

- ★14. *Medical Audit series 3. Medical Audit in General Practice. A practical guide to the literature*. London: King's Fund Centre, 1990.

Olika sätt att arbeta med kvalitet såsom verksamhetsplaner, fallstudier, enkäter, serviceindikatorer och flera andra beskrivs på ett praktiskt inriktat sätt. Man får lust att genast sätta igång med något kvalitetsprojekt sedan man läst den.

15. Baker R, Presley P. *The Practice Audit Plan*. Bristol: The Severn Faculty of the Royal College of General Practitioners, 1990.

Praktiskt inriktat litet häfte, men informationen finns bättre på annat håll.

16. North of England study of standards and performance in general practice. *Setting clinical standards within small groups*. Vol 1. Final Report no 40. Newcastle upon Tyne: Health Care Research Unit, 1990.

17. North of England study of standards and performance in general practice. *Methods for evaluating the setting and implementation of clinical standards*. Vol 2. Final Report No 41. Newcastle upon Tyne: Health Research Unit, 1990.

18. *Kvalitetsmått i primärvården. Rapport 2/88*. Luleå: Samhällsmedicinska enheten i Norrbottens län, 1988.

19. Irvine D, Irvine S. *The Business side of General Practice. Making sense of audit*. Oxford: Oxford Radcliff Medical Press Ltd, 1990.

Ovanstående genomgång är på intet sätt fullständig och är koncentrerad till litteratur som mer övergripande presenterar kvalitetssäkring mera än resultat av kvalitetsstudier. I referensererna finns förslag till ytterligare läsning. Framför allt Spris publikationer innehåller bra litteraturhänvisningar.

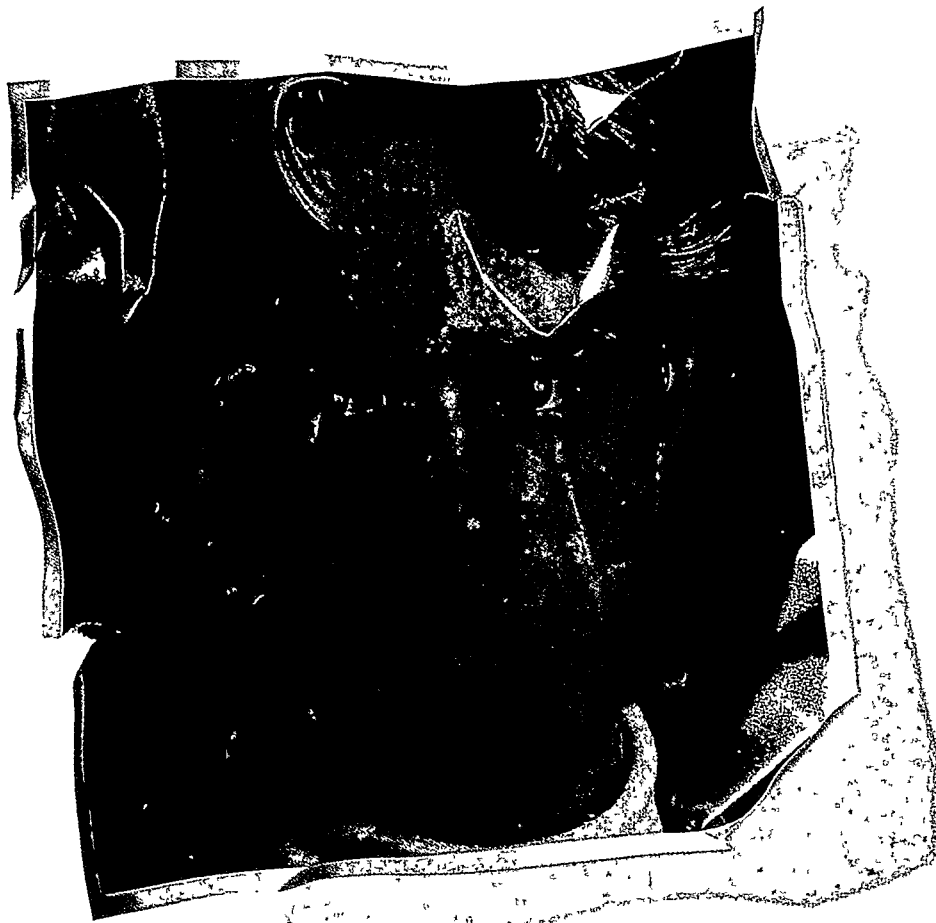
Pågående projekt

Vid ett antal vårdcentraler i Sollefteå och Härnösand pågår sedan 1991 ett försök att utvärdera och kvalitetssäkra verksamheten. Projektet innehåller en allmän del med statistiska uppgifter om befolkning och resurser. En servicedel bygger på tankar från Guide Médecine. I ett avsnitt om medicinsk kvalitet ingår Peer Review, där man korsvis mellan vårdcentralerna tittar på ett antal patientjournaler med diagnoserna diabetes, hypertoni och mediaotit. I ett avsnitt om produktion räknas inte bara antalet besök, utan besöken viktas, varvid den tyngsta delen utgörs av ålder. Ett avsnitt om läkemedel och remittering finns också. En rapport beräknas vara klar under våren 1992.

Författarpresentation

Leif Persson, distriktsläkare.

Postadress: Utvecklingsenheten, Kramfors-Sollefteå Hälso- och sjukvård, 881 04 Sollefteå.



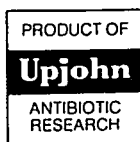
Tänk dig att bli kallad Bölden.

Medelsvår acne räckte för att kamraterna skulle ge honom ett grymt öknamn. Men det behöver inte gå så långt som till mobbing. Ungdomsfinnarna upplevs oftast som ett större problem än de är rent medicinskt.

En ung flicka berättar i tidningen Apoteket: "Innerst inne är man ju lite rädd att dom andra ska tycka att man är äcklig. När jag var som värst sprang jag på toa hundra gånger om dagen och kollade i spegeln hur jag såg ut".

Du kanske skulle bedömt hennes acne vulgaris som mest ett kosmetiskt besvär, men för henne var varje finne uppenbart en stressfaktor.

För effektiv hjälp mot acne vulgaris finns Dalacin - en unik behandlingsmetod. Dalacin är ett lokalt antibiotikum nu både i liniment och lotion. Stryks på tunt morgon och kväll, osynligt på huden.

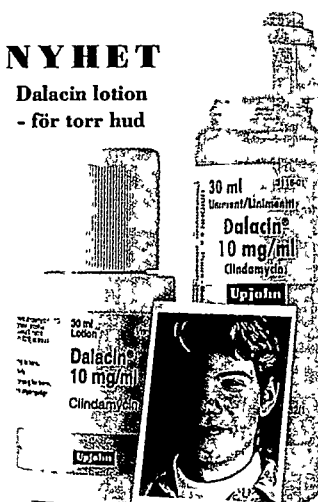


Upjohn AB
Box 289, 433 25 Partille.
Tel 031-44 91 00.

Dalacin hjälp mot acne.

Dalacin liniment
- för fet hud

NYHET
Dalacin lotion
- för torr hud



Dalacin®

klindamycin

Liniment och lotion 10 mg/ml 30 ml, 60 ml.
En originalprodukt från Upjohn

Tanke, känsla och handling – en bakgrund till kognitiv terapi

LB06641

JAYANTI CHOTAI

En av de väsentliga uppgifterna för samhällsmedicinaren är förebyggande av sjukdomar i samhället. För individen innebär förebyggande verksamhet ofta att behöva ge upp en del av gamla och inrutade vanor (som rökning, matvanor, levnadsvanor etc) eller att behöva ta upp nya vanor (fysisk aktivitet, nya matvanor, långtidsbehandling etc). Detta är oftast inte lätt. Många gånger behöver man i mer eller mindre grad förändra individens personlighet eller något specifikt beteendemönster, exempelvis typ-A beteende. I samhällsmedicinen har man för detta ändamål hittills tagit vara på behandlingsmetoder och teorier från beteendeterapi med framgång. I denna artikel vill jag införa några elementära teoretiska begrepp som ligger till grund för "kognitiv terapi", eftersom jag tror att utvecklingen inom detta område kommer i framtiden att vara mycket värdefull för samhällsmedicinsk verksamhet.

Kognitiv terapi tar vara på psykodynamiska teorier såväl som teorier i beteendeterapi. Kognitiv terapi genomgår en snabb utveckling framför allt inom psykiatrisk verksamhet – för behandling av depressioner, ångesttillstånd, schizofreni, anorexi, alkoholism, personlighetsstörningar m m (1,2). Men man har även börjat tillämpa den på andra medicinska problemställningar med goda resultat (1).

Nyckelord: Kognitiv terapi.

Tankeprocesser

Ordet "kognitiv" kommer från det latinska ordet "cognosco" som betyder att lära känna eller att få vetskap. Med kognitioner avses alltså vilken kunskap eller vilken föreställning man har om omvärlden och om sig själv. Inom kognitiv terapi har man som målsätt-

ning att tillsammans med patienten försöka granska och påverka patientens uppfattning och tankeprocesser för att därigenom förbättra hälsan.

Ett särskilt intresse riktas åt de tankemässiga skeenden som inträffar hos individen mellan varseblivning av en händelse och individens gensvar. Sådana tankemässiga skeenden utgör en väsentlig länk mellan omgivningen å ena sidan och individens känslor och beteenden å andra sidan.

Låt oss betrakta följande exempel. En man håller på att diska en tallrik. Han tappar den och den går sönder i småbitar. Hans fru får då någon av följande tankar: – Hoppas han inte gjort sig illa. – Lika bra att den fula tallriken gick sönder, jag ville ändå bli av med den. – Tråkigt att tallriken gick sönder, inget att göra åt det nu. – Han är medvetet slarvig för att slippa diska i framtiden. – Han är arg på mig och slängde tallriken i vrede. – Han tyckte inte om tallriken han fick av mig i present. – Han avskyr min mamma och visar detta genom att slå sönder den tallrik hon gav mig i present – och så vidare. Denna lista på vilken tanke hon möjligen får kan bli mycket lång. En tanke leder vanligen till nästa tanke. Exempelvis kan "Han tyckte inte om tallriken han fick av mig i present" leda till tanken "Han tycker att jag har dålig smak", som i sin tur kan leda till "Han tycker därför inte om mig". I värsta fall kan denna tanke leda till "Han har egentligen aldrig tyckt om mig".

Känslor och beteenden

Tänkarna kan i sin tur medföra olika känslor och beteenden. Hon kan bli glad, ledsen, arg eller orolig. Hon kan bli trött av oron och dra sig undan, hon kan bli rastlös av oron eller rent av bli arg som en följd av oron. Beteenden och känslor kan i sin tur ge upphov till nya tankar.

Kort sagt påverkar tankar, känslor och beteenden varandra på ett invecklat sätt. I allmänhet får individen flera olika tankar i växelverkan med känslor och beteenden, som individen snabbt väger emellan.

Vilken tanke individen till slut tar fasta på beror på de rådande omständigheterna. Vilken tanke kvinnan i ovanstående exempel lägger vikt vid, hur hon upplever situationen och vad hon därefter gör beror på flera faktorer – hur kvällen har varit, vilken sorts förhållande och vilka förväntningar de har på varandra, vilka åsikter han har

uttryckt om hennes mamma, vilken uppväxt de har haft som barn och så vidare.

I princip är ingen individ lik någon annan och ingen situation lik någon annan situation. Man hittar alltid bakgrundsfaktorer som skiljer sig åt när man jämför en given situation med en annan.

Behandlingsmodell

För att kunna granska en patients tanke, behöver man i princip alltså sätta sig in i alla de omständigheter som omger henne nu och som omgett henne sedan hon föddes. För att vara riktigt korrekt behöver även terapeutens hela livshistoria tas i betraktelse för att terapeuten ska "förstå" patientens tanke vid ett visst tillfälle.

Det nyss genomförda resonemanget skulle kräva decennier av terapi för att försöka förstå patienten på ett riktigt djupsinnigt sätt. En sådan behandlingsmodell tar mycket tid och resurser i anspråk och det är tveksamt om den skulle kunna användas för att förbättra psykisk hälsa i samhället i någon större omfattning. Vidare skulle ett sådant resonemang göra det svårt att försöka utvärdera effekten av behandlingen. Vilket behandlingsresultat man än uppnår med en patient, kan man alltid hävda att det var ett bra resultat "med hänsyn till de speciella omständigheter som gällde patienten". Det blir även svårt att bilda sig en uppfattning om den enskilde terapeutens skicklighet.

För att få en behandlingsmodell som kan hjälpa patienten inom rimliga tidsramar, är det alltså orimligt av terapeuten att låta sig själv och patienten gäckas av de ofantligt många faktorer som omger varje enskild händelse. Det gäller för terapeuten att kunna finna allmänna mönster i tankar, känslor, beteenden, sjukdomstillstånd m m. Det gäller att ha förmågan och djärvheten att dela upp företeelser och sjukdomstillstånd i olika kategorier, utan att för den skull plågas av en överdriven rädsla för att man därmed "stämplar" patienten med någon diagnos eller någon egenskap.

Världsåskådning

Inom teorin för kognitiv terapi utgår man ifrån, att det är genom en kombination av de medfödda egenskaperna och den upplevda miljön som individen får sin "världsåskådning". Världsåskådningen kallas för en "personlig kognitiv organisation" (3). Denna or-

ganisation hos en vuxen individ är tåmligen stabil, men den är inte oföränderlig. Vissa typer av personliga kognitiva organisationer är lättpåverkade, andra är svårare att förändra.

Vilka tankemässiga skeenden som uppstår vid en upplevelse och vilka tankar individen tar fasta på är i hög grad beroende av individens personliga kognitiva organisation. Vanligen är individens organisation tillräckligt flexibel för att denna process ska fortlöpa på ett ändamålsenligt sätt.

I klinisk praxis finner man dock vid flera sjukdomstillstånd att patientens kognitiva organisation präglas av oändamålsenliga (dysfunktionella) tankemönster. Det är som att deras upplevelse av händelser fastnat i eller hakat upp sig på några speciella tankemönster som väller fram på ett automatiskt och ohälsosamt sätt.

Vart och ett av dessa tankemönster, som finns i en måttlig mängd och vid befogade situationer, har ett överlevnadsvärde. Det är bara när det väller fram på ett automatiskt sätt som det utgör bekymmer för patienten.

Målsättningen med kognitiv terapi blir då för det första, att få patienten att inse att han/hon verkligen har automatiska tankemönster som väller fram och för det andra, att hjälpa patienten lära sig nya, variationsrika och ändamålsenliga tankemönster.

Varför en oändamålsenlig eller förvrängd kognitiv organisation uppstår diskuteras nedan. Men låt oss först titta på några exempel på tankemönster som präglar sådana organisationer (4).

Allt eller inget

Ett vanligt automatiskt tankemönster är att se saker som svart eller vitt, att uppfatta händelser som aldrig eller alltid förekommande, att vilja vara på toppen eller annars inte vara värd någonting alls, och så vidare.

"Hon visar aldrig uppskattning för det jag gör. Han har alltid varit så här. Om jag inte väljs till chef anser de säkert att jag inte är värd ett ruttet lingon", är några exempel.

Katastroftänkande

Somliga patienter lever i en ständig skräck för att tillvaron kan rasa samman när som helst. De uppfattar varje obehaglig händelse eller förändring som ett tecken på att en katastrof är förestående. De undviker många gånger ett socialt umgänge på grund av rädsla inför att totalt göra bort sig.

För vida slutsatser

Att kunna dra allmänna slutsatser utifrån enskilda händelser är en viktig förmåga. Men en del patienter har fått vanan att dra för vida slutsatser av i synnerhet enskilda negativa händelser. "Bränt barn skyr elden" är inte ett tillräckligt närliggande uttryck för

denna företeelse. Ett lämpligare uttryck är "ett barn som bränt sig på varm mjölk, blåser flitigt på yoghurt innan han äter den", som man säger på mitt indiska modersmål. Eller som man säger på arabiska, "ett barn som bränt sig på grillkol aktar sig för dadlar".

Handplocka intrycken

En del patienter väljer ut eller handplockar från den tillgängliga informationen vissa bitar och utelämnar andra. Ofta väljer de ut de intryck som förstärker deras redan negativa bild av tillvaron. Om patienten tror att han inte är omtyckt av omgivningen, lägger han märke till de gånger någon är otrevlig mot honom men glömmer bort alla de andra gångerna någon är mycket trevlig och hjälpsam mot honom.

Bortförklara det positiva

Ett ytterligare sätt att förstärka ens negativa bild av sig själv eller av tillvaron är att underskatta eller bortförklara ens roll i det positiva som sker omkring en. En patient som känner sig misslyckad med allt här i livet sitter fast i återkommande tankar om alla misslyckanden. Han har svårt att ge utrymme åt tankar om alla de framgångar han uppnått eller fortfarande kan uppnå.

Godtycklig slutledning

Att dra godtyckliga slutsatser utan att ha grund för dem kan bli en vana. I vardagligt tal kan man kalla det för "att inbilla sig".

Följande anekdot belyser detta. En man, som var mycket angelägen om att få sin gräsmatta klippt, saknade gräsklippare. Han kände sig tvungen att gå till grannen för att låna gräsklippare. På vägen till grannen blev han dock tilltagande ängslig över att grannen kanske inte skulle lita på hans förmåga att sköta den nya gräsklipparen. Han drog därmed den godtyckliga slutsatsen att grannen inte bara skulle vägra låna honom gräsklipparen utan även bli häpen över det hela. Det första han därför sade när grannen öppnade dörren var: "Jag är trött på att du jämt är så småaktig och att du helt saknar respekt för mig".

En vanlig typ av godtycklig slutledning heter "tankeläsning" och framgår av följande exempel. Patienten har ett önskemål som är så starkt att han drar den godtyckliga slutsatsen att hans maka borde kunna avläsa detta hos honom och handla i enlighet med det – som om hon skulle vara någon slags tankeläsare. I bästa fall kan han ge små oklara och indirekta antydningar. När då önskemålet inte går i uppfyllelse använder han det som ett bevis för att hon inte bryr sig om honom.

Tankar som arbetsfält

Ovanstående tankemönster utgör några typiska uttryck för kognitiva organisation man finner hos i synnerhet deprimerade patienter eller patienter med ångest.

Inom kognitiv terapi använder man patientens tankar som en inkörsport till den bakomliggande kognitiva organisationen (världsåskådningen). Eftersom denna organisation påverkar och påverkas av patientens känslor och beteenden, använder man tankarna som ett arbetsfält för att försöka förbättra patientens psykiska hälsa överlag. Ofta tillgriper man även metoder från beteendeterapi för att förändra den kognitiva organisationen.

Ägget eller hönan?

En del författare anser att känslor uppstår i regel som en följd av tankar – att tankar kommer först och känslor uppstår därefter. Själv ansluter jag mig tveklöst till den ståndpunkt som hävdar, att såväl tankar som känslor ofta uppstår oberoende av varandra men att de påverkar och förändrar varandra.

Jämförande studier mellan olika arter i ljuset av utvecklingsläran visar, att känslprocesserna utvecklades tidigare än tankeprocesserna. Även under utvecklingen av en individ kommer tankeprocesser senare. Känslorna har därmed en grundläggande funktion för ens överlevnad oberoende av tankeprocesserna.

Den tankemässiga organisationen tycks utgöra en pålagring ovanpå den känslomässiga organisationen. Därför torde tankeprocessen ha ett visst övertag över känslprocessen vad beträffar förmågan att kunna påverka den andra, förutsatt att den kognitiva utvecklingen hos individen fått ske på ett hälsosamt sätt.

Bindningsteorin

Härmed kommer vi in på frågor rörande utvecklingen eller uppbyggnaden av den kognitiva organisationen. Sigmund Freud lade i början av seklet grunderna för teorier om personligheten. Han framlade dynamiska teorier om hur individens inre föreställningsätt påverkar dennes tankar, känslor och beteenden. Han poängterade betydelsen av miljön under tidig barn-dom för utvecklingen av psykiska störningar.

Sedermera har flera personer – däribland sociologer, psykologer och läkare – vidareutvecklat, kompletterat och modifierat den gedigna början Freud åstadkom.

De senaste decenniernas forskning inom flera områden har tilltagande gett stöd åt den så kallade bindings-teorin (attachment theory), som hävdar att människan (liksom andra däggdjur) har ett medfött behov av att

DEPOMEDRONE[®]

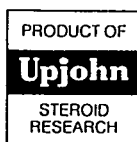
metylprednisolonacetat



SWE 370

återställer rörelsefriheten vid hösnuva !

Depomedrone är en svårlöslig glukokortikoid för behandling av säsongallergier.
Depomedrone injektionsvätska 40 mg/ml, ampull 1 ml, 2 ml, 5 ml samt endosspruta 2 ml.



Upjohn AB · Box 289 · 433 25 Partille · 031-44 91 00

skapa stabila sociala band med andra (5,6). Detta behov påstås vara ett elementärt behov i sig – alltså inte bara som ett medel för att tillfredsställa andra behov som mat och sex. Flera befolkningsstudier visar att individer med bristande socialt stöd har högre sjuklighet och dödlighet jämfört med individer som har tillfredsställande sociala relationer, oberoende av de andra omständigheterna.

Bindningsbehovet ger sig tillkänna redan under andra hälften av första levnadsåret genom att det lilla barnet binder sig till en särskild individ vanligen en förälder. Man har kunnat identifiera huvudsakligen tre typer av bindningsmönster i befolkningen som förekommer under den tidiga barndomen (5).

Det första mönstret förekommer hos flertalet och utgörs av en trygg och generös bindning till föräldern. Barnet känner sig säker på att föräldern dyker upp vid fara och utforskar därför miljön med självförtroende.

Det andra mönstret utgörs av den situation där tillgången till föräldern är oberäknlig, där betydelsefulla separationer från bindningsindividerna förekommer eller där föräldern ofta använder hotet om att överge barnet i uppfostrings syfte. Barnet är här benäget att bli ängsligt inför att skiljas, blir efterhängsen och vågar inte utforska omgivningen.

Det tredje mönstret kännetecknas av situationen där tillgången till föräldern inte bara är oberäknlig. Barnet blir bortstött eller tillrättavisat varje gång det försöker att känslomässigt eller kroppsligt närma sig föräldern. Barnet är här benäget att få någon personlighetsstörning, varierande från att bli en utpräglad enstöring till att dras in i brottsliga handlingar.

Behovet av sociala band fortsätter under hela livet men uttrycker sig på olika sätt genom livet.

Utvecklingen av individens kognitiva organisation sker parallellt med och i växelverkan med utvecklingen av den känslomässiga organisationen och av kroppens andra funktioner. En störning som uppstår i någon av dessa utvecklingsgrenar tvingar fram kompensatoriska förändringar i de andra grenarna, med risk för att störningen fortplantar sig även till dessa.

Även om det finns "kritiska" eller "känsliga" perioder (som exempelvis den tidiga barndomen och i tonåren) så att störningar uppkomma under dessa perioder på den kognitiva organisationen efterlämnar djupa spår, är den kognitiva organisationen inte oföränderlig under alla perioder. Djupa störningar kräver dock mera omfattande insatser för att kunna återställas nämnvärt.

Personlig mening

För att försöka påverka den kognitiva

organisationen behöver man förstå hur den är uppbyggd och hur den fungerar. De inkommande intrycken sorteras och värderas av den befintliga organisationen för att sedan införlivas med den.

Med andra ord kan man säga att det sätt på vilket de inkommande intrycken tas emot av individen beror på vilken personlig mening intrycken utgör för individen. Medan man inom beteendeterapi har underskattat betydelse av begreppet "personlig mening", har man inom psykoanalysen överbetonat detta begrepp och drivit fram det till absurda proportioner.

Enligt ett förslag i litteraturen består begreppet personlig mening av tre dimensioner som vi här kan kalla för yttre mening, inre mening respektive värde (7).

Yttre mening hänför sig till hur vi (huvudsakligen omedvetet) sorterar in de inkommande intrycken i olika kategorier av meningsstrukturer. Beroende av vilka kategorier intrycken sorteras i åstadkommes olika gensvar hos individen. Hur denna sortering görs och vilka kategorier som finns tillgängliga varierar från individ till individ.

Detta system för kategorisering kan utveckla sig till ett dåligt fungerande system på flera sätt. För det första kan det sortera i för grova kategorier så att individen saknar förmågan att få en tillräckligt nyanserad uppfattning av omvärlden och av sig själv. Detta kan i sin tur medföra oförmågan till tillräckligt nyanserade känslor och beteenden. För det andra kan systemet på ett vanemässigt sätt bli benäget att placera intrycken i felaktiga kategorier, särskilt då i några utvalda kategorier. Ett resultat av denna felkälla kan bli så kallade "automatiska tankemönster" som diskuterats ingående ovan. För det tredje kan systemet uppleva påtaglig tvetydighet vad beträffar val av lämplig kategori för de inkommande intrycken. Ett sådant system kan utvecklas hos ett barn som ofta får "dubbla budskap" av sin förälder – föräldern uppmanar barnet att bete sig på ett visst sätt, och när barnet gör detta får det en tillrättavisning av föräldern.

Den andra dimensionen av begreppet personlig mening, som vi kallat för inre mening, är en slags mental karta eller en inre modell för hur de olika kategorierna hänger ihop med varandra och påverkar varandra. Här ingår ens levnadsregler, ens övertygelser och ens föreställningar om vilka konsekvenser som följer av olika situationer, beteenden, känslor m m.

Värde utgör den tredje dimensionen av begreppet personlig mening och har att göra med hur mycket man värdesätter givna intryck. Denna dimension har alltså med känslor att göra. Givna kategorier eller givna mo-

deller om deras inbördes relationer värdesättes olika av olika individer.

Sammanfattningsvis kan man säga att även om man försöker att skilja åt begreppen tankar, känslor och beteenden, stöter man på svårigheter eftersom de hänger så intimt ihop. Ett inkommande intryck sätter vanligen igång alla dessa tre parallellt och under påverkan av varandra. För närvarande är en utveckling av sofistikerade och spännande modeller för hur detta sker på gång inom olika vetenskapliga grenar – inom neurovetenskap, psykologi och psykiatri för att nämna några.

Referenser

1. Freeman A, Greenwood V (eds). Cognitive therapy. Applications in Psychiatric and Medical Settings. New York: Human Sciences Inc, 1987.
2. Perris C, Blackburn IM, Perris H (eds). Cognitive psychotherapy. Theory and Practice. Berlin: Springer-Verlag, 1988.
3. Guidano VF. Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy. London: The Guildford Press, 1987.
4. Freeman A. Cognitive therapy: An overview. In: Freeman A, Greenwood V (Eds). Cognitive Therapy. Applications in Psychiatric and Medical Settings. New York: Human Sciences Inc, 1987.
5. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry 1988;145:1-10.
6. Liotti G. Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. In: Perris C, Blackburn IM, Perris H (Eds). Cognitive Psychotherapy. Theory and Practice. Berlin: Springer-Verlag, 1988.
7. Lundh L-G. Cognitive therapy and the analysis of meaning structures. In: Perris C, Blackburn IM, Perris H (eds). Cognitive psychotherapy. Theory and Practice. Berlin: Springer-Verlag, 1988.

Författarpresentation

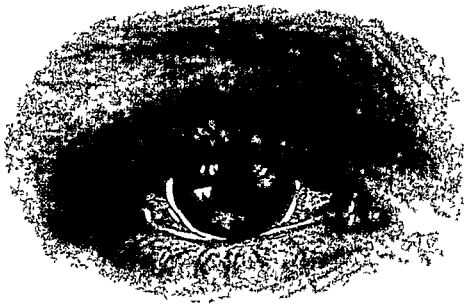
Jayanti Chotai, FV-läkare i psykiatri.

Postadress: Psykiatriska kliniken, 901 85 Umeå.

Clarityn®

(loratadin) 10 mg x 1, 10 ml x 1

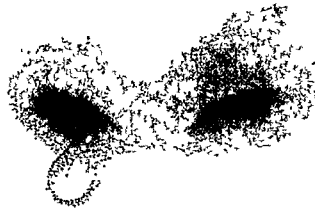
är effektivt vid allergi



kliande ögon



röda rinnande ögon
svullnad kring ögonen



rinnande näsa



Icke-sederande Clarityn® ger effektiv hjälp vid allergisk rinit.
Patienten känner symtomlindring vanligtvis inom en timme (1).

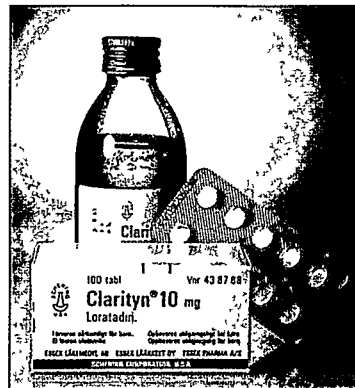
NYHET!

**Och nu finns Clarityn®
i barnberedning – endos!**

– från 8 år och med en kroppsvikt
över 30 kg. Mixtur (persikosmak)
10 ml x 1 eller tablett 10 mg x 1.

(1) Roman LS: Onset of action of Loratadine in seasonal
allergic rhinitis. Today's Therapeutic Trends 6 (2):1988;19–27.

Se katalogtext sid. 60.



Icke-sederande antihistamin

CLARITYN® – effektivt för de flesta med allergisk rinit, nu även för de yngre barnen.



S. Pharm. Plough, Box 27190, S-102 52 Stockholm. Tel 08-663 09 50

Behandlingskontroll av diabetesvården i primärvården med HbA1C

LB 06642

MELCHER FALKENBERG

Kraven på kvalitetskontroll på olika delar av sjukvården förs fram med allt större tyngd. Ett område där detta kan realiseras är diabetesvården inom primärvården (1). Glykerat hemoglobin (HbA1C) är ett utmärkt hjälpmedel att få en uppfattning om den metabola kontrollen. Resultaten kan vidare jämföras med behandlingsmål som föreslagits av inhemska (2,3) internationella organ (4).

Nyckelord: Diabetes mellitus, HbA1C, vårdprogram, Kisa.

Vid vårdcentralen i Kisa utgör diabetessjuksköterskan, dietisten, fotvårdsterapeuten och allmänläkaren ett behandlingsteam, som svarar upp mot hälso- och sjukvårdslagens innehåll och patienternas krav på kvalitet (5,6). Nyttan och effekten av en sådan organisation mätt med HbA_{1c} har jag debatterat i Läkartidningen 1987 (7) och utförligt redovisat i Family Practice och Scandinavian Journal of Primary Health Care 1990 (6,8). Tidigare har också de långsiktiga effekterna på incidensen av amputationer redovisats (8,9). I denna artikel ges en kort framställning av hur diabetesvårdens medicinska kvalitet kan utvärderas med hjälp av HbA1C.

Patienter och metoder

Vid årsskiftet 1988/89 kontrollerades vid vårdcentralen i Kisa 391 diabetiker, varav 128 kostbehandlade, 132 kost- och tablettbehandlade och 131 insulinkrävande. Av dessa hade 40 typ 1 diabetes. De 391 diabetikerna utgör

90 procent av samtliga kända diabetiker i Kinda primärvårdsområde. Olika egenskaper i diabetespopulationen visas i Tabell I.

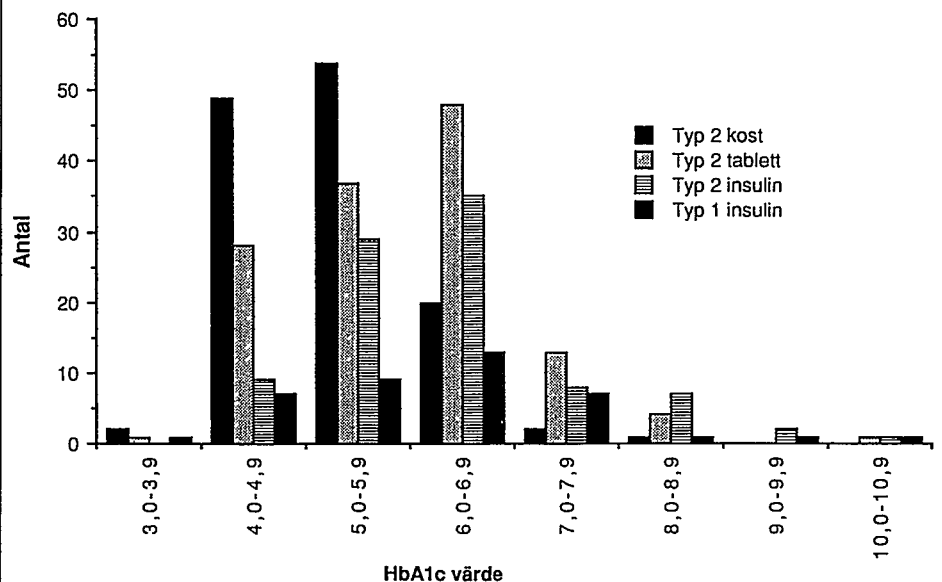
För samtliga diabetiker sammanställdes det under 1988 sist registrerade HbA1C värdet.

Resultat

Medelvärdet för HbA1C för alla diabetepatienter 1988 var 5.8 ± 1.2 procent. Fördelningen av HbA1C-värdena i de olika behandlingsgrupperna framgår av Figur 1. Metodens referensområde är 3.2–6.0 procent. I den kostbehandlade gruppen hade en patient HbA1C-värde över 8 procent. Denne erhöll efter provtagning kompletterande tablettbehandling. I den tablettbehandlade gruppen hade fem patienter värden över 8 procent, varav tre motsatte sig övergång till insulin vid tidpunkten för provtagningen. Två

patienter erhöll behandling med insulin efter svar på provtagningen. Av tio patienter med insulinkrävande typ 2 diabetes med HbA1C över 8 procent motsatte sig fyra ändring av terapiregimen. En patient hade infektion i samband med provtagningen och en annan var immobiliserad efter komplicerad höftledsoperation. En patient hade före provtagningen påbörjat insulinbehandling. Tre patienter hade vid två tillfällen tidigare under året uppvisat värden under 7.5 procent och bedömdes ha tillfällig försämring av sin metabola kontroll.

Behandlingsresultatet mätt med HbA1C i de olika behandlingsgrupperna för typ 2 diabetes visas i Tabell II relaterat till de behandlingsmål som uppsatts av en expertgrupp under socialstyrelsens ledning (2). Ideal kontroll definieras som HbA1C < referensvärde + 1% enhet, acceptabel kontroll



Figur 1. HbA1C värden hos typ 1 och typ 2 diabetiker.

Tabell I. Diabetespopulationen i Kinda primärvårdsområde vid årsskiftet 1988/89. Medelvärden och (SD) anges. Med övervikt menas Body Mass Index (BMI) för kvinnor >25 och för män >27.

Typ av diabetes	Antal	Ålder, år	BMI, kg/m ²	Sjukdomsduration, år	Insulinbehandlad, år
Typ 1	40	55(18)	26(4)	16(13)	16(13)
Typ 2					
Insulinbehandlad					
Icke överviktig	32	75(13)	23(2)	13(5)	5(3)
Överviktig	59	73(11)	30(4)	13(6)	5(4)
Ej insulinbehandlad					
Icke överviktig	124	75(10)	23(2)	8(6)	
Överviktig	136	70(12)	29(4)	6(5)	
Totalt	391				

Tabell II. Behandlingsresultat mätt med HbA1C för typ 2 diabetiker vid vårdcentralen, Kisa.

Typ av behandling	Antal patienter med typ 2 diabetes	Antal patienter (%) med		Otillfredsställande kontroll HbA1C >8.0%
		Ideal kontroll HbA1C <7.0%	Acceptabel kontroll HbA1C 7.0–8.0%	
Kost	128	125 (97.6)	2 (1.6)	1 (0.8)
Tabletter	132	113 (85.6)	14 (10.6)	5 (3.8)
Insulin	91	73 (80.2)	8 (8.8)	10 (11.1)
Totalt	351	311 (88.6)	24 (6.8)	16 (4.6)

som HbA1C < referensvärde + 2% enheter och otillfredsställande kontroll som HbA1C > referensvärde + 2% enheter. Behandlingsresultat mätt med HbA1C för typ 1 diabetes relateras till värden rekommenderade av en expertgrupp under socialstyrelsens ledning (3). Ett värde för HbA_{1c} motsvarande 1.25 gånger laboratoriets övre referensvärdesgräns bör inte överskridas. Med vår metod med en övre gräns på 6.0 procent blir detta gränsvärde 7.5 procent. Av de 40 patienterna med typ 1 diabetes hade 35 (85 procent) HbA1C värden under 7.5 procent.

Diskussion

Den organisation med diabetessjuksköterska och dietist som arbetar tillsammans med distriktsläkare (5) och det faktum att patientundervisning ges hög prioritet (6,10,11) visar att det är möjligt att erhålla god metabol kontroll hos majoriteten av diabetespatienterna. Bestämning av glykerat hemoglobin är en ovärderlig metod för att dokumentera blodglykosnivåerna hos såväl typ 1 som typ 2 diabetiker. Patienter i behov av ytterligare terapeutiska åtgärder identifieras och insatta åtgärder avspeglas i förändringar i glykerat hemoglobin. Vid låga värden skall vid tablett- och insulinbehandling hypoglykemi efterhöras. Det bör dock påpekas att värden inte får utmynna i en HbA1C exercis! En återkommande utvärderingsprocess av den metabola kontrollen hos den diabetespopulation man ansvarar för vid vårdcentralen är av stort värde för att belysa hur organisationen av diabetesvården fungerar, eller för att visa på behovet av en fastare vårdstruktur om organiserad diabetesvård saknas vid vårdcentralen. Inom landet används ett flertal HbA1C metoder med varierande referensområden. Enhetlighet skulle underlätta jämförelser. I brist på detta kan resultaten relateras till föreslagna behandlingsmål rekommenderade av de ovan nämnda expertgrupperna (2,3).

Referenser

- Gibbons RL, Saunderson J. Diabetic care in general practice. *BMJ* 1988;297:187–9.

- Behandling av icke-insulinberoende diabetes mellitus. *Läkartidningen* 1990;87:865–9.
- Behandling av insulinberoende diabetes mellitus. *Läkartidningen* 1989;86:3585–9.
- Alerti KGGM, Gries FA. Management of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Europe: A consensus view. *Diabetic Medicine* 1988;5:275–81.
- Falkenberg M. Primärvård och sjukhuspecialisten. Perspektiv på organisation och ansvar. *Läkardagarna i Örebro 1989, Diabetes. Svensk Medicin. Svenska Läkaresällskapet och Sprit* 1989;14:274–7.

- Falkenberg M. Diabetic care in a rural primary health care district where patient education is given high priority. *Metabolic evaluation. Family Pract* 1990;7:270–2.
- Falkenberg M. Visst är HbA1 analys nödvändig för kontroll av typ 2 diabetiker! *Läkartidningen* 1987;84:3862–3.
- Falkenberg M. Metabolic control and amputations among diabetics in primary health care – a population-based intensified programme governed by patient education. *Scand J Prim Health Care* 1990;8:25–9.
- Falkenberg M. Förbättrad diabetesvård i primärvården ger minskat antal amputationer. *Läkartidningen* 1989;86:3450–3.
- Falkenberg M, Elwing B, Göransson A, Hellstrand B, Riis U. Problem oriented participatory education in the guidance of adults with non-insulin-treated Type-II Diabetes Mellitus. *Scand J Prim Health Care* 1986;4:157–64.
- Falkenberg M. Diabetes Mellitus and hyper- and hypothyroidism in a community. *Epidemiological and therapeutic aspects. Dissertation. Linköping: Linköping University, 1987:242.*

Författarpresentation

Melcher Falkenberg, med dr, chefsöverläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 590 40 Kisa.

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

1991 års stiftelsepris i SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning, som tilldelas allmänläkare som förtjänstfullt bedrivit utvecklingsarbete av handledarfunktionen, kommer att utdelas på SFAMs vårmöte i Växjö 14–16 maj 1992.

1992 års stiftelsepris kommer att tilldelas bästa allmänmedicinska poster på Riksstämman 1992 och utdelas på SFAMs vårmöte 1993.



Anfall är bästa försvar!

I alla tider har framgångsrika fältherrar praktiserat taktiken – ”anfall är bästa försvar”. Avgörande för utgången är hur och var man siktar. Man kan säga att Pramace® utgår från samma princip. Tack vare sina egenskaper ger Pramace® i normaldosering 2,5 mg – 5 mg x 1 en säker blodtrycks kontroll.

Förutom att sänka blodtrycket ger Pramace® positiva effekter som regress av vänsterkammahypertrofi^[1], minskad proteinuri^[2] och minskad mikroalbuminuri^[3].

Pramace® 
RAMIPRIL

*ACE-hämmaren med hög
vävnadspenetration*

Dos: Kapslar 1,25 mg, 2,5 mg och 5 mg om
28 st eller 98 st. Kapslar kommer under 1992
att ersättas med tabletter.



Ref. 1. Eichstädt HW, Felix R, Langer M et al. Am J Cardiol 1987;59:98D-103D. 2. Götz R, Drechsler U, Heidbreder E, Heidland A. Z Cardiol 1988;77(suppl 3):65-8. 3. Hallab M, Billiard A, Lejeune JJ et al. Arch Mal Coeur 1991;84:383-6.

Hässle Läkemedel AB, 431 83 Mölndal. Tel 031-67 60 00.
From 1992-04-13 nytt tel nr 031-776 35 00.

Cortison vid asthma bronchiale

LB 6643

– tänk efter först

EINAR BJÖRKELUND

En gammal praktiker tycker att det föreligger en tendens till alltför stort förtroende för cortisonets terapeutiska effekt vid asthma bronchiale. Om cortison – även i dess moderna, lokala, bekväma och i sig nog så effektiva behandlingsform för inhalation – har vi ännu bara några få års erfarenhet vad avser långtidseffekter. Cortison utgör endast understödande behandling, symtomatisk men inte kausal. Behandlingen är mer eller mindre kronisk och på sikt kostnadskrävande, cirka 2000–3000 kronor per år. Cortisonbehandling av astma är nog så bekväm och lättvindig att instituera för doktorn, men kan i sämsta fall vara en följd av att patientens miljö inte är ordentligt undersökt och åtgärdad. Det räcker inte att doktorn från sitt skrivbord ger goda råd om allergensanering i hemmet och på arbetsplatsen.

Erfarenheten visar att läkaren handgripligen måste visa för patienten att den och den kudden får ni använda, allt annat i sängen ska bort och ersättas med allergenfritt material. Inte nog med det! Det vill till att doktorn gör noggrann husesyn från källare till tak på jakt efter mögel och annat i den miljö vari patienten lever. Har det inte skett är patienten inte undersökt.

I mitt allmänmedicinska arbete under 44 år har jag anlitats av 500 patienter med astma. Jag har gjort hembesök i samtliga fall för klarläggande av allergena källor vad beträffar hund, katt, fågel, hönsgård, sovplatsens (egen och andras i samma våning) innehåll av fjäder, dun, tagel, ylle, förekomst av mögel i källare och bakom tapeter, som missfärgas och lossnar. Flertalet av mina astmapatienter hade sökt på annat håll tidigare och detta utan att i något av fallen den behandlande läkaren avlagt besök i patientens hem och granskat miljön, denna för resultatet så ytterst betydelsefulla åtgärd.

Utän tvivel är det många av dagens patienter med astma som går omkring och behandlar sig med cortisonspray år ut och år in, ovetande om att deras

miljö inte är ordentligt undersökt och åtgärdad.

Här följer några fallbeskrivningar för att illustrera hur "knepig" man måste vara för att få fram mekanismerna bakom kulisserna:

1. Flicka 10 år. Sedan 4 års ålder återkommande status asthmatici, 2–3 gånger per månad, ibland med feber. Tidigare sökt ett universitetssjukhus, testats och reagerat på damm och mögel, snabbdesensibiliserats under 4 månader; ingen effekt. Sökt privatpraktiserande allergolog, testning positiv för damm, mögel, ylle. Hyposensibilisering under 1 1/2 år; ingen effekt. Söker min mottagning i augusti 1950. Besök i hemmet avslöjade undulater, hund samt fjäder, dun och tagel i sängen. Sanering av dessa misstänkta allergenleverantörer genomfördes och klar förbättring inträdde. Men enstaka astmaanfall av någon dags varaktighet kvarstod. I denna situation fick patienten föra dagbok över mat och dryck och allt hon företog sig under en hel sommar. Vid slutet av sommaren gick man igenom dagboken. Under 3 månader hade patienten haft 4 daglänga anfall. Om man vände bladen och såg efter vad hon haft för sig dag före anfall, visade det sig att hon varit med föräldrarna på långtur med bilen, en Opel Kapitän. Då undersöktes sätena i bilen och stoppningen visade sig bestå av tagel från kreatur. När man sitter och åker i en bil, studsar man ju hela tiden mot sätena och flyktig materia bälgas ut och drabbar andningsorganen. Ordination: Skaffa annan bil med syntetiskt material i sätena. Så skedde och under följande 40 år har patienten varit helt fri från astmatiska besvär och är i dagens läge en helt frisk person.

2. Man får inte glömma att kontrollera arbetsmiljön. En medelålders elektroingenjör med egen verkstad hade respiratoriska besvär som ingen kunde förklara upphovet till. Vid besök på min mottagning fann man spridda sibilanta rhonci över båda lungorna. Vid besök i hemmet var allt välbeställt i bostaden sett ur allergologisk synpunkt. Vid in-

spektion av verkstaden iaktogs att en mindre ruta i ett av takfönstren var borta. På fråga varför den inte lagats blev svaret: Det bor en duva där, hon har rede strax nedanför. Varken duvan eller redet var synliga när man gick runt och inspekterade. Men fönstret blev lagat och duvan avhyst och besvären försvann.

3. 10-årig pojke med astma sedan 5 års ålder. Eget rum i villa. Inspektion av miljön därhemma, från källare till tak, visade inget anmärkningsvärt. Det var kvällstid och mörker när inspektionen företogs. På min väg ut genom trädgården såg jag något lysa genom grenverket. Hade det varit ljusan dag hade jag kanske missat poängen, men nu kom sanningen! Ljuset kom från ett höns- hus där patienten brukade hålla till. När han upphörde att syssla med höns- skötsel försvann också besvären för gott.

4. 9-årig pojke, enda barnet, hade fått astma i samband med familjens förvärv och inflyttning i ett enfamiljs gatuhus, beläget i den del av staden som är en gammal mosse och som bebyggts 100 år tidigare. Besök i hemmet visade att eldstad inte fanns i källaren. Grundmurar av tegel – som ju suger åt sig vatten – där det fanns massor av mögel. Att åtgärda detta skulle vara en omfattande affär och pappan älskade sin son så högt att han sålde huset samma dag och flyttade därifrån med familjen. Därmed blev sonen frisk!

Sensmoral: Bronkial astma kan inte framgångsrikt behandlas från doktors skrivbord. Doktorn måste göra sig besväret att uppsöka "brottsplatsen" och göra situationsanalys för att klara ut sammanhangen. Behandling med cortisonspray, utan denna föregående analys, är att betrakta som ett skott i natten mot en okänd fiende.

Författarpresentation

Einar Björkelund, praktiserande läkare.

Postadress: Bantorget 3, 222 29 Lund.



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 som är en fentiazin 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

Rutiner vid läkemedelshantering inom omsorgsverksamhet för psykiskt utvecklingsstörda i Vallentuna kommun

Förslag framtagna i samarbete mellan apotek och primärvård

YLVA ROTH · GUNNEL HANNGREN

I Vallentuna finns sex gruppboendestäder med sammanlagt 53 boende. Många är gravt psykiskt utvecklingsstörda. Inte så sällan förekommer hos denna patientgrupp psykofarmaka av olika slag; antiepileptika, behovsmedicinering typ kramplösande, lugnande. Ett av hemma drivs i privat regi och där finns sjuksköterska anställd. På övriga hem arbetar omsorgspersonal utan sjukvårdsutbildning. Det rör sig om 200 personer på 145 tjänster. På dessa hem kände vi att vi hade ett dåligt grepp om hur medicindelningen skedde och det hände att apoteket fick tillbaka dosenheterna med kvarvarande läkemedel, eller tvärtom – att läkemedel gick åt snabbare än vad som var ordinerat. Vi ville då ta fram rutiner där det framgick dels hur läkemedlen skulle förvaras, det vill säga i medicinskåp, och dels att vårdare med sin signatur bekräftar att rätt dos lämnats till rätt person vid rätt tid.

Nyckelord: Läkemedelshantering, omsorgsverksamhet, apotek, primärvård.

Hälso- och sjukvårdslagen

I hälso- och sjukvårdslagen sägs, att när en person inte själv kan ansvara för sin medicinering och saknar hjälp från närstående, är det sjukvårdshuvudmannens ansvar att se till att medicineringen utförs på ett säkert medicinskt adekvat sätt. Avgörande för vilken personalkategori som ska utföra uppgiften är främst vad som är praktiskt i varje enskilt fall. För utvecklingsstörda som bor på elevhem, gruppboendestad eller vårdhem bör boendepersonal kunna hjälpa till med medicineringen. Uppgiften utförs då efter anvisningar, med behandlingsansvaret kvarliggande hos den behandlande läkaren. Med anvisning

menas, att en distriktssköterska, eller annan sjuksköterska i egenskap av medicinskt vårdansvarig, genom lämplig instruktion, information och uppföljning förväntas sig om, att den som ges uppgiften kan klara av den. Hur ska man som behandlingsansvarig läkare veta, att ens ordinationer utförs på ett adekvat sätt? Hur ska man som distriktssköterska veta att den personal som utför medicindelning har kunskaper och information för uppgiften och hur ska man som farmaceut kunna veta att de expedierade läkemedlen förvaras och hanteras på ett riktigt sätt?

Nya rutiner

Sedan flera år servar apoteket bland annat de boende i gruppboendestäder med dosdispensering av läkemedel. Detta innebär att apoteket dispenserar läkemedel till var och en efter den behandlande läkarens ordination. Avdelade doser etiketteras med personnummer, namn och intagningstillfälle. Vid behovsordination lämnas den föreskrivna mängden läkemedel ut. Med detta som grund arbetade sedan det lokala apoteket samt primärvården i kommunen fram rutiner (se Figur 1, 2 och 3) som vi tycker tillfredsställer säkerheten vid läkemedelshantering så långt detta praktiskt låter sig göras. Som juridisk hjälp har vi anlitat en läkemedelsinspektör vid Läkemedelsverket.

Vi är väl medvetna om att vi kringgått lagen i den mening, att vi flyttat anvisning från vårdare till föreståndare. Det blir alltså föreståndaren som får förvissa sig om att vårdaren har tillräckliga kunskaper och kan utföra ålagda uppgifter. Detta är en anpassning till den verklighet som råder, då det är en omöjlighet för läkare och distriktssköterska att kontrollera alla vårdares färdigheter i detta avseende.

Under arbetets gång med rutinerna har vi förankrat dessa hos personal och föreståndare på gruppboendestäder och elevhem. Vi har också sammanträffat med sektionschefer vid habiliteringsavdelningen inom Omsorgsstyrelsen. Förslaget har också presenterats vid en sammankomst med Läkemedelskommittén för öppenvård inom Danderyds sjukvårdsområde. Samtliga in-

RUTINER FÖR LÄKEMEDELSHANtering VID

LÄKEMEDEL FÖR KONTINUERLIG BEHANDLING:

- Dosdispenserade läkemedel i läkemedelsbrickor för de boende tillhandahålls från Apoteket Runan, Vallentuna.
- Föreståndaren ansvarar för att läkemedelsbrickor för aktuell vecka finns tillgängliga på varje enhet måndag morgon. Läkemedelsbrickorna skall förvaras inlåsta i medicinskåpet på respektive enhet.
- Föreståndaren ansvarar för att läkemedelsbrickor som inte är under användning förvaras inlåsta i separat utrymme.
- Vårdaren som delar ut aktuell läkemedelsdos från läkemedelsbrickan ansvarar för att RÄTT DOS lämnas till RÄTT PERSON vid RÄTT TID. Detta bekräftas genom att signera respektive boendes kontrollista.

LÄKEMEDEL FÖR BEHOVSMEDICINERING:

- Läkemedel som ordinerats för den boende av läkare att användas vid behov förvaras inlåsta i medicinskåpet.
- Då det finns anledning att dela ut sådana läkemedel antecknas läkemedlets namn, styrka, mängd, datum, klockslag samt vårdarens namn på den boendes kontrollista.
- Vårdaren ansvarar för att RÄTT LÄKEMEDEL i RÄTT MÅNGD lämnas till RÄTT PERSON.

RAPPORTERING:

Om något problem uppstår vid läkemedelshandlingen måste detta genast rapporteras till föreståndaren, som svarar vilka åtgärder som bör vidtagas, t.ex. kontakt med distriktssköterskan, distriktsläkaren eller apoteket.

Jag har tagit del av ovanstående rutiner och ätar mig att följa dessa.

Vallentuna

.....

Vårdaren

Figur 1.

I egenskap av distriktsläkare och i samråd med ansvarig distriktssköterska anvisar jag till

föreståndare vid

följande uppgifter:

- ansvar för läkemedelsbrickornas hantering och förvaring enligt "Rutiner för läkemedelshandtering".
- ansvar för att ge vårdare instruktion och information om "Rutiner för läkemedelshandtering".
- föreståndaren skall därvid förvissa sig om att vårdaren kan utföra ålagda uppgifter. "Rutiner för läkemedelshandtering" undertecknas av vårdaren och förvaras på föreståndarens kontor. Kopia skall lämnas till vårdaren.
- ansvar för att rapportering sker enligt överenskomst, om problem uppstår vid läkemedelshandlingen.

Vallentuna

.....

.....

Distriktsläkare Distriktssköterska

Jag har tagit del av ovanstående och ätar mig dessa uppgifter.

Vallentuna

.....

.....

Föreståndare

Figur 2.

Datum	Morgon 7-9	Lunch 11-13	Middag 16-18	Kväll 20-22	Behovsmedicin, ange läkemedel, styrka, mängd, tidpunkt samt namnteckning.

Figur 3.

stanser har varit mycket positiva till att vi utarbetat dessa riktlinjer och uppenbarligen känns det bra för alla inblandade med en uppstramning runt läkemedelshanteringen.

Författarpresentation
Ylva Roth, distriktsläkare.

Postadress: Vallentuna vårdcentral, Åby gata 6, 186 36 Vallentuna.

Gunnel Hanngren, apotekare.

Postadress: Apoteket Runan, Tuna torg 4, 186 31 Vallentuna.

Recensioner

Den andra medicinen

– Alternative utovere og deres pasienter

VIDGIS MOE CHISTIE

Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
Pris: 230 kronor. 240 sidor.
ISBN 82 00 40441 2

I Norge har nyligen utgetts en intressant bok om samspelet mellan alternativ- och skolmedicin. Författaren är socionom och sedan många år verksam som forskare vid Norsk Institutt for by- og regionforskning. I boken försöker hon ge svar på varför intresset för alternativmedicin ökat. I sökandet efter svar analyseras landsomfattande data, utfrågningar av och samtal med alternativbehandlare och deras patienter, studenter vid Norsk Akademi for Naturmedisin och distriktsläkare. En specialstudie redovisar vad 100 distriktsläkare i Oslo anser de minst kan hjälpa sina patienter med. I bokens 10 kapitler läggs ett intressant pussel, som i mycket bekräftar och fördjupar det vi redovisat i våra studier publicerade i boken Fakta och röster om alternativmedicin.

På ett effektivt sätt tar Christie död på en rad myter om vem som söker alternativa behandlare. Det är ju inte bara ett fåtal äldre, rika, mindre vetande kvinnor som söker inom alternativmedicinen. Några förklaringar till det ökade intresset för alternativmedicin ligger hos patienterna själva. Andra ligger i ett fränstötande av dessa människor inom skolmedicinen och ytterligare andra förklaringar ligger i alternativmedicinens attraktionskraft.

I boken inflätas människors erfarenheter genom långa citat från samtalen, vilket ger en personlig intensitet åt framställningen. Boken har också en stringent logisk struktur. Genom valet att låta många olika perspektiv komma fram, blir svaret på den enkla frågan just så sammansatt som verkligheten ofta är. Låt mig kort ge ett exempel från varför skolmedicinen stöter bort människor. Här särskiljs två aspekter: klyftan mellan resultat och förväntningar samt brister i skolmedicinens utövande. Genom att redovisa sjukhistorier belyses förväntanskrisens olika temata:

- Patienten får inte hjälp vid en livshotande sjukdom;
- Att inte bli frisk från kroniska besvär och sjukdom;
- Läkaren har inte funnit något;
- Patienten känner sig övergiven av läkaren;
- Patienten är rädd för att gå till läkare;
- Patienten vill inte jämt ta läkemedel för att fungera.

Till detta lägger Christie flera olika typer av kritik på hur skolmedicinen utövas:

- Biverkningarna skrämmer patienterna;
- När patienten har fått diagnosen psykosomatiskt sjuk;
- Patienten känner sig illa bemött;
- Kvinnor som särskilt kränks.

Att berättelser om goda resultat av alternativ behandling verkar attraherande är inte underligt. Även utövandets form upplevs positivt av dem som sökt alternativmedicin – gott om tid hos behandlare, dialogen, att bli tagen på allvar, att bli sedd som hela männi-

skor och att ett brett spektrum av behov blir tillvaratagna.

Att det var just det som distriktsläkarna upplevde sig oftast handfallna inför som patienterna mest sökte alternativmedicinen för är ett intressant men inte helt oväntat fynd. Det gällde psykiska besvär och problem i rörelseorganen.

Alternativmedicinens popularitet är en god temperaturmätare på skolmedicinens funktion menar Christie. Det rimliga är menar hon att gå från undertryckande av alternativmedicinen till samexistens. En väg, som beskrivs i boken, är att läkare och alternativa behandlare möts i dialoggrupper och samtalar om hur vården bättre kan möta människors behov.

Den innehållsrika boken rekommenderas varmt. När vi skrev vår bok åt alternativmedicin-kommittén var vi tungna att skilja mellan så kallade fakta och människors röster. Här får vi del av många människors personliga erfarenheter. Det gör boken utmanande och stimulerar vår medkänsla. Boken väcker tankar om allmänmedicinens kärna. Ta utmaningen och läs boken!

Carl-Gunnar Eriksson, professor vid Nordiska hälsovårdshögskolan.

UTMANAREN FRÅN ICI

ZESTRIL[®]		
FOR LIFE		<i>lisinopril</i> Tabl 5, 10, 20 mg

**EN ACE-HÄMMARE
MED 24
TIMMARS
EFFEKT**

Hypertoni kan också behandlas med Zestril som tillägg till
behandling med diuretika och eventuellt digitalis ej gjort adekvat effekt



ICI-Pharma AB, Stora Badhusgatan 20, 411 21 Göteborg. Telefon 031-17 41 20

Kroppen som fysik – kroppen som jag

Redaktörer

KRISTINA MEURLE-HALLBERG

ÅSA GUNNÉRIUS

Falun: Dalarnas forskningsråd, 1990.

Dfr-rapport 1990:1

Pris: 100 kronor. 128 sidor.

ISBN 91 87156 46 6

Vid psykiatriska kliniken i Falun bedrivs sedan ett antal år bland annat ett kroppsorienterat psykoterapeutiskt arbete med sjukgymnasten Kristina Meurle-Hallberg som initiativtagare. Impulser till arbetet är särskilt hämtat från Norge där sedan flera år en tradition inom sjukgymnastiken, så kallad psykomotorisk behandling har utvecklats och psykomotoriskt arbete har ett särskilt tillämpningsområde vid behandling av psykosomatiska sjukdomar. (I Falun benämner man sitt arbetssätt Psykosomatisk rörelseterapi.)

Egentligen som ett led i ett försök att besätta en del lediga tjänster vid kliniken växte i slutet av 1980-talet planer fram om ett lokalt seminarium i Dalarna där idéer och tankar om kroppsriktat psykosomatiskt arbete skulle presenteras. Man vidgade innehållet till att omfatta även teoretiska aspekter på psykosomatik och representanter från olika "skolor" bjöds in för att ge en bred beskrivning av skilda synsätt och hur behandlingsarbetet kan te sig. Även politiker och administratörer blev målgrupp.

Seminarier i Säter 1988 har nu dokumenterats i bokform. Deltagarna har redigerat sina texter och symposietiteln är också bokens titel med underrubriken – "tankar om psykosomatik". Det är svårt att finna texter med detta tema idag. Många talar om psykosomatik men fördjupningar och teoretiska resonemang är det gles med. Tre läkare (Carl Edvard Rudebeck, Franz Mildenerger och Eva Basch-Kåre) och två sjukgymnaster (Berit Bunkan från Norge och Gertrud Roxendal) har bidrag i boken och en inledning och bakgrund tecknas av redaktörerna.

Varje bidrag inleds med att respektive författare under rubriken "helhet" fritt på 1-2 sidor formulerar sina tankar om detta begrepp. På dessa korta "helhetssidor" framstår variationen och spännvidden mellan de olika symposiedeltagarna. Den återkommande rubriken väcker nyfikenhet, den binder samman boken på ett bra sätt samtidigt som olikheterna framträder.

Boken domineras av Berit Bunkan, nästan hälften av sidorna är hennes två texter. Den första som heter "Psykomotorisk behandling" är mest läsvärd för allmänläkaren. Här beskriver

hon enkelt och tillgängligt och på ett nytt sätt om sambanden mellan vårt inre liv och vår kropp. Hon nyttjar inte bara den traditionella biomedicinska anatomin och fysiologins begrepp. Hon beskriver hur de kroppsliga reaktionerna både påverkar och påverkas av våra känslor och affekter. Den modell för interaktion hon beskriver, "nyckelhålet", är enkel och pedagogisk. Hennes andra kapitel som består av ett antal fallbeskrivningar är mer läsning för sjukgymnasterna på arbetsplatsen.

Rudebecks kapitelrubrik "Kroppen som fysik – kroppen som jag" har fått ge namn åt hela symposiet. Han gör, med impulser från den franska filosofen Merleau-Ponty som ibland kallas för "kroppens filosof", en intressant och tankeväckande distinktion mellan olika sätt att betrakta kroppen. Naturvetenskapen har "kroppen som fysik" som utgångspunkt medan patienten talar om sig själv som "kroppen som jag" (existens). Dessa skilda utgångspunkter skapar ett validitetsproblem i många kliniska situationer. Symtomen hör definitionsmässigt till biomedicinen (kroppen som fysik) medan vi vet att många presenterade symptom saknar organiskt underlag (kroppen som jag). Rent litterärt är det också en njutning att läsa Rudebecks kapitel. Det är en tät, inträngande text att bekanta sig med men man blir rikt belönad om man ger sig tid.

Roxendal, som skapat och utvecklat den nu alltmer tillämpade sjukgymnastiska behandlingsmetoden "Kroppskännedomshandling" (KROK), har skrivit om "Människosyn i sjukgymnastik – helhetssyn?" Det är också ett läsvärd bidrag. Hon skriver egentligen inte så mycket om sjukgymnastik, kapitlet är allmänt hållet och berör allmänläkarens arbete lika mycket. Andliga dimensioner, österländska tankar (Tai Chi), beröringens betydelse, hälsobegreppet och KROK-behandlingens möjligheter är några väsentliga områden hon berör.

Bash-Kåre har ett mer speciellt bidrag i sitt kapitel. Hon redogör inledningsvis om sin position som psykoanalytiker och deklarerar klart att "min hypotes är att psykosomatiska sjukdomar är en följd av rubbningar i tankeverksamheten". Hon utvecklar sedan vilka typ av psykosomatiska sjukdomar vi drabbas av om vi utsättes för trauma i olika åldrar. Läsningen ger en nyttig påminnelse om lagbundenheten i vår tidiga utveckling. Det något kategoriska inslaget i hennes språk gör dock att man ifrågasätter och tvekar inför budskapet.

Franz Mildenerger slutligen är nog den som är mest känd av författarna. Hans skickliga och levande pedagogiska framställningskonst har många er-

farit. Den framkommer också i kapitlet "Varför jag gör en kroppsundersökning". Där finns de pedagogiska bilderna, de konkreta och tydliga anvisningarna, de skojfriska formuleringarna och den välkända terminologin. Hans breda människointresse framkommer bäst i de sista raderna där han kort förklarar varför han gör en undersökning: "... för att skapa en god relation ... för att ge förtroende ... och för att visa att man har förståelse för symtomen".

Detta är en ovanlig och i högsta grad läsvärd bok inte bara för läkare, även sjukgymnaster och psykologer torde ha glädje av en läsning. Det brukar inte finnas så många böcker på bibliotekshyllan för psykosomatisk litteratur (om det över huvud taget finns någon sådan hylla). Denna bok hör dock definitivt dit. Den bör införskaffas och lånas hem. Den kan gärna läsas i ett långsamt tempo (Rudebecks bidrag minst två gånger) med eftertänksamhet och reflexionen lättillgänglig. Då kan man få intryck som verkligen sätter spår och som ger innehåll åt vardagsarbetet.

Boken skaffar man lättast via Dalarnas forskningsråd, Svärdsjögatan 19, 791 31 Falun.

Bengt Mattsson, distriktsläkare.

Postadress: Mariehems vårdcentral, Morkullevägen 9, 906 51 Umeå.

Lipidhandbok

Tumregler för att behandla blodfetter

Medicinskt granskad av med dr Jerzy Leppert.

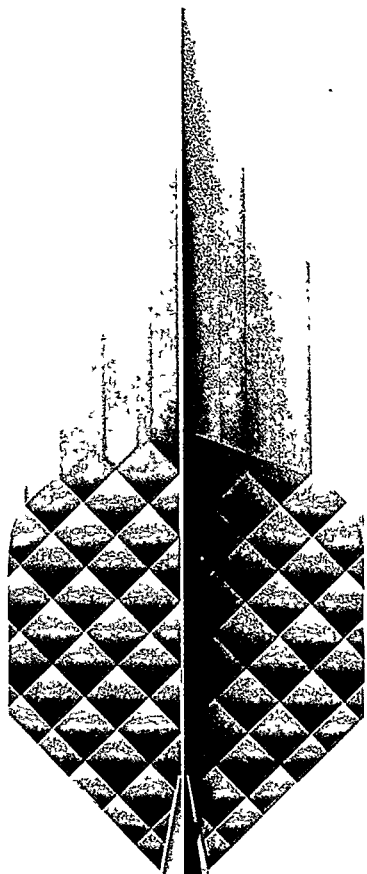
Stockholm: Modena Offset AB, 1991. 50 sidor.

På allmänläkarens mottagning, där problemställningarna är mycket mångskiftande, är behovet av lättillgänglig referenslitteratur stort. "Lipidhandbok" borde kunna vara en sådan "lathund" för den läkare, som inte träffar patienter med behandlingskrävande hyperlipidemi så ofta.

Handboken är informativ och har en design, som inbjuder till läsning. Bilderna utgör i regel goda eller mycket goda illustrationer till textinnehållet.

I kapitlet om "provtagning och felkällor", som i och för sig tas upp på ett bra sätt, saknas en beskrivning av vad som händer med serumlipidvärdena, om inte förberedelserna inför provtagningen varit riktiga.

I avsnittet om riskbedömning saknar jag en beskrivning av hur denna kan göras hos kvinnor med för-



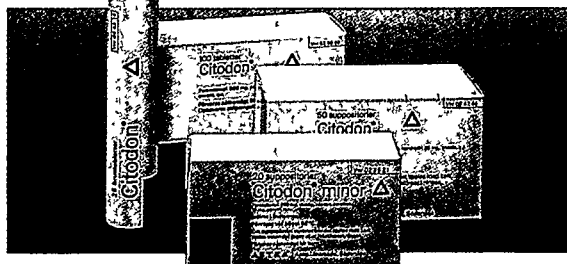
Citodon[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

*vid akuta smärttillstånd
t ex från rygg/nacke*

Citodon

Citodon, analgetikum Δ



Tabletter – brustabletter – suppositorier

Snabbt tillslag* Effektivt

** vanligen inom 30 minuter*

höjda serumlipidvärden. Serumkolesterolvärden upp till 8.0 mmol/l i frånvaro av andra riskfaktorer har inte säkert visats medföra ökad risk för hjärtinfarkt hos kvinnor.

Avsnitten om serumlipoproteiner, lipidmetabolism, aterogenes och det hypertensiva metabola syndromet gör ett gott helhetsintryck. Den "praktiska handledningen" följer Socialstyrelsens riktlinjer.

Kommentarerna om familjära hyperlipidemier är bra. Speciellt individer med familjär hyperkolesterolemi och familjär kombinerad hyperlipidemi löper en kraftigt ökad risk för förtida insjuknande i hjärtinfarkt. Således avlider cirka 60 procent av de män, som har obehandlad familjär hyperkolesterolemi före 60 års ålder.

Familjär hypertriglyceridemi finns, som mycket riktigt påpekas, hos cirka 1:400 av befolkningen. I vanliga fall är hypertriglyceridemi huvudsakligen relaterad till livsstilen. 85 procent av hypertriglyceridemifallen har visats ha ett samband med alkoholbruk, övervikt eller patologisk glykosterans/diabetes.

Farmakaavsnittet är klart och överskådligt. Det innehåller även saklig producentbunden information. Det kan nämnas att nikotinsyrabehandling inducerar en kraftig höjning av HDL-kolesterol (över 30 procent – nya data) och inte som den gängse uppfattningen är – 15 procent.

"Lipidhandbok", som utgör en lättsmält introduktion till ämnesområdet hyperlipidemi, har fördelen att kunna vara till direkt hjälp i det dagliga patientarbetet.

Gustaf Wahlberg, distriktsläkare

Postadress: Kvartersakuten, Hantverkargatan 2, 112 83 Stockholm.

Thyroid Disease The Facts

BAYLISS RIS
TUNBRIDGE WMG

Oxford paperbacks

Oxford: Oxford University Press, 1991

Pris: 154 kronor. 134 sidor.

ISBN 0 19 262103 3

Sjukdomar engagerande thyroidea är vanliga i allmänläkarens vardag och de kan förbli odiagnostiserade lång tid med hänvisning till smygande symptomatologi. Denna bok är i första hand skriven för patienter med olika thyroideasjukdomar och deras anhöriga.

Boken speglar på ett trovärdigt sätt problemorienteringen ur patientpers-

pektivet. Ingen fråga från patient eller anhörig lämnas obesvarad. För säkerhets skull avslutas varje kapitel om respektive sjukdom och dess behandling med de vanligaste frågorna som en patient eller dess anhörig kan tänkas ställa och klara svar ges. Man har undvikit alltför stor övertydlighet och förenkla framställning.

Det vetenskapliga underlaget är fullständigt, illustrationer och bilder av hög klass, vilket gör det lätt att inhämta kunskap i denna bok. Som allmänmedicinare finner vi svaren på våra patienters frågor. *Thyroid Disease: The Facts* har en given plats i vårdcentralens bibliotek. Den är också mycket lämplig att sätta i händerna på en blivande allmänläkare.

Melcher Falkenberg, med dr, chefsöverläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 590 40 Kisa.

Geriatric problems in general practice

Second Edition

Oxford General Practice Series 20

GK WILCOCK

JAM GRAY

JM LONGMORE

Oxford: Oxford University Press, 1991

Pris: 350 kronor. 236 sidor.

ISBN 0 19 261790 7

Rubriken till den här boken är väl funnen. Geriatrik bedrivs i betydligt större omfattning utanför än vid de geriatrika klinikerna. Med den befolkningsförändring som sker kommer dessutom allmänläkarens arbete att i betydande utsträckning handla om just geriatrik.

Boken har tre huvudavsnitt. Det första är en filosofisk introduktion uppdelad på fem avsnitt, omfattande 40 sidor. Det inleds med demografiska fakta som får ge utgångspunkt för diskussioner om livskvalitet, "krämpor" och sjukdomar. Några rader om skillnaden mellan invaliditet och handikapp är värda att framhålla. Invaliditet innebär begränsning eller brist på funktion, medan handikapp innebär hinder för att utföra något för livet väsentligt, som till exempel att klä sig, laga mat, besöka toalett. Handikapp beror inte bara av graden av invaliditet utan även av den fysiska omgivningen och sociala förhållanden. I vårt språkbruk har denna distinktion ofta en tendens att suddas ut. I det här kapitlet finns det även några ovanligt lyckade figurer med förtydligande text

som verkligen kompletterar löptexten. Etikavsnittet är jordnära och väl anknyt till praktisk geriatrik.

Det andra huvudavsnittet, och till sidantal helt dominerande, är klinisk geriatrik. Det inleds med ett par lyckade fallbeskrivningar som mycket didaktiskt för in handläggningsproblem, vårdgivarkategorier och klinik. Sedan följer i alfabetisk ordning vanliga sjukdomar och tillstånd som drabbar äldre, allt från "abuse of the elderly" till "weight loss". I stort sett varje avsnitt täcker in differentialdiagnostiskt väsentliga alternativ, etiologi och behandling. I några enstaka fall avviker utredning och behandling från våra rutiner men väsentligen är allt "up to date".

Ett avsnitt om medicinförskrivning för äldre täcker in såväl compliance som farmakokinetik, läkemedelsinteraktion och polyfarmaci.

Det sista kapitlet i detta avsnitt handlar om läkarens och övriga vårdgivares roll då patienten vill eller ska dö i hemmet. Mycket läsvärt!

Tredje stycket, 40 sidor, handlar om prevention, organisation, samarbete med geriatrik klinik och om hur hemmet kan anpassas för hemsjukvård av olika grader. I det första avsnittet anför fyra kardinalprinciper för prevention bland äldre och de kan vara värda att nämna:

1. Preventiva aktiviteter ska öka livskvaliteten.
2. Preventiva aktiviteter ska ske efter överenskommelse med patienten och inte åläggas dem.
3. Preventiva aktiviteter får inte orsaka doktorsberoende eller sjukdomsuppträdande (utan medicinsk orsak).
4. Prevention ska baseras på resultat från väl genomförda provningar.

Organisationsavsnittet är förstås anpassat till engelska förhållanden, men bjuder på en del idéer som kan vara värda att pröva i våra arbetsförhållanden. Till exempel beskrivs värdet av en klok, lätt nåbar och kontinuitetsbärande receptionist.

Sammanfattningsvis en lättläst, klok och konkret bok som är mycket användbar i svenska allmänläkarens arbete med geriatrika frågeställningar. Den kan varmt rekommenderas.

Mats Ribacke, distriktsläkare

Postadress: Läkarhusets hälsocentral, Staketgatan 32, 803 11 Gävle.

Daiivonex

calcipotriol

Ett genombrott i
behandlingen av
PSORIASIS

- Effektivt
- Vältolererat
- Patientvänligt

- Appliceras
2 gånger dagligen



Daiivonex Lövens

Salva 50 µg/g (0,005%).

Medel mot psoriasis D05AD

Deklaration. 1 g innehåller: Calcipotriol 50 µg, natrii edetas, dinatrii hydrogen phosphat, tocopherol, paraffinum liquidum, polyoxyethylen-stearylether, propylen glycolum, aq. purif., vaselinum album ad 1 g.

Egenskaper. DAIIVONEX salva innehåller D-vitaminderivatet calcipotriol som stimulerar differentieringen och dämpar delningshastigheten hos keratinocyterna. Calcipotriol har ringa effekt på kroppens kalciumomsättning och jämfört med det naturliga hormonet calcitriol (dihydroxy-vitamin D₃) är effekten på kalciumomsättningen ca 1% av calcitriollets. Calcipotriol absorberas i låg omfattning genom huden. Då kinetiken är ofullständigt belyst är det emellertid oklart i vilken grad.

Indikationer. Psoriasis av plaque-typ.

Kontraindikationer. Nedsatt njurfunktion. Ska ej ges till patienter med förhöjd kalciumnivå eller till patienter under pågående behandling med läkemedel som höjer kalciumnivån. Överkänslighet mot ingående ingredienser i salvan.

Försiktighet. Andra psoriasisformer.

Graviditet. Kategori B:1. Se speciellt avsnitt märkt [Q]. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. Djurexperimentella data talar ej för ökad risk för fosterskada.

Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om calcipotriol passerar över i modersmjölk. **Biverkningar.** Hos ca 20% kan lätt, övergående irritation av behandlad hud förekomma.

Vanliga Hud: Lätt, övergående irritation av behandlad hud.

(> 1/100)

Mindre vanliga Hud: Enstaka fall av ansiktsdermatit.

Sällsynta

(< 1/1000)

Metabol.: Hyperkalcemi.

Vid enskilda rapporterade tillfällen har DAIIVONEX i dosering 200 g/vecka eller mer medfört hyperkalcemi. Serumkalcium sjunker när behandlingen avbrutits.

Dosering. Psoriasisfläckarna på extremiteter och bål behandlas 2 ggr dagligen med ett tunt lager salva tills lakning sker. Total veckodos bör ej överskrida 50 g. Behandlingstiden bör inte överstiga 8 veckor per behandlingstillfälle. Värdet av underhållsbehandling är ej dokumenterad. Erfarenheter av kombination med ljusbehandling saknas.

Observera. DAIIVONEX bör ej användas ansiktet på grund av risken för ansiktsdermatit. Tvätta händerna noga efter användning. Erfarenhet av behandling av barn saknas. Serumkalcium och serumkreatinin bör kontrolleras vid insättande av behandling samt någon gång under behandlingen. Patienten bör upplysas om symtom på hyperkalcemi.

Förpackningar. Salva 50 µg/g. *Tuber:* 30 g, 100 g.



LÖVENS LÄKEMEDEL

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



En lyckad första behandling ger ökade resurser.

De senaste årens ökade krav på kostnadsmedvetenhet och effektivitet i sjukvården gör det nödvändigt att analysera utrednings- och behandlingsprinciper, inte bara med avseende på medicinska utan även ekonomiska effekter. Förutom att ändra på levnadsvanor blir medicinsk behandling ofta aktuell.

Om du startar med LOSEC® är möjligheten störst att lyckas med behandlingen direkt. Och misslyckanden kostar tid, lidande och resurser.

LOSEC® läker fleirtalet duodenalsår på två veckor. Ingen annan terapi ger så snabbt resultat.

Vid refluxesofagit är LOSEC® mer effektivt

än andra terapier, både med avseende på utläkning och symtomlindring.

LOSEC® är ett väl beprövat läkemedel. I dag finns erfarenhet av mer än 20 miljoner behandlingar. Det gör LOSEC® till ett tryggt och säkert val vid behandling av syrerelaterade sjukdomar.



omeprazol
LOSEC®
-protonpumpshämmaren

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

Kortaste vägen är den billigaste

Hässle Läkemedel AB, 431 83 Mölndal. Tel 031-67 60 00. Fr o m 1992-04-13 nytt tel nr: 031-776 35 00.