

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Allmänmedicinsk
utbildning

3
1992

Kvalitativa
metoder



Seniortabletten

för individualiserad hypertoni behandling.

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

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

Den kärlektiva 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
4/92	1/6-92	37
5/92	10/8-92	42
6/92	7/9-92	47

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

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

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

Redaktionssekreterare och layout:
Margareta Lindborg

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

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

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

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

Tryckt på miljövänligt papper hos
Tofers tryckeri ab, Östervåla, 1992

ISSN 0281-3513

Omslagsbild: Dan Andersson

Kalendarium	91
Ledare	
STOP för tveksamhet om hypertoni-behandling av äldre? <i>Dan Andersson, Christer Petersson</i>	92
Nytt från SFAM	97
Debatt – kommentar	
Ledaren, AllmänMedicin nr 1 1992 <i>Peter Bäckström, Anders Milton</i>	
Replik <i>Dan Andersson</i>	
Svar på replik <i>Anders Milton</i>	98
Efterutbildning – "inre eller yttre tvång"? <i>Björn Nilsson</i>	100
Doktorsavhandlingar från primärvården	
Peter Nilsson: Metabolic Disturbances in Primary Hypertension. Special Focus on Non-pharmacological Treatment of Hyperinsulinemia <i>Lars Lindholm</i>	102
Staffan Gyllerup: Cold as a Risk Factor for Coronary Mortality. A study of Aggregated Data from Different Regions in Sweden <i>Lars Lindholm</i>	103
Kurser & Konferenser	
Specialistexamen i Sundsvall 1991 <i>Olof Englund</i>	105
Kan man förändra människors livsstil och därmed vinna förbättrat blodtrycksläge? <i>Britt Sjölin-Israelsson</i>	111
Behandling med insulin efter sekundärsikt med perorala antidiabetika <i>Gunnar Sartor</i>	113
Apoteksbolaget	117–122
Handledningen i allmänmedicin under specialistutbildningen <i>Monica Christiansson, Anna-Karin Furhoff, Sten Larsson</i>	124
Kvalitativa metoder – på frammarsch! <i>Peter Olsson</i>	127
Folkhälso- och hälsoberättelser i återvändsgränd. Finns det en utväg? <i>Peter Olsson, Ulf Eriksson</i>	130
Upprepad korttidssjukskrivning hos 60-talister i Staffanstorp <i>Birgitta Edwards, Marianne Malmström</i>	132
Att förebygga lärbensbrott – en utmaning? <i>Stefan Lundmark</i>	136
Sensitivitet och specificitet vid streptokocktester och s-CRP i samband med luftvägsinfektioner <i>Agneta Kulneff-Herlin</i>	139
Primärvårdens forsknings- och utvecklingsenheter <i>Markus Kallioinen, Ove Gränholm, Maria Jakobsson</i>	142
Recensioner	
Löftvall J, Rössner S. Invärtesmedicinsk handbok <i>Per Norling</i>	145
Diagnostik af lungesygdömmen i almen praksis <i>Sture Lorentzen</i>	145
Tonnessen T I. Smärta och andra symtom hos cancerpatienten – diagnos och behandling <i>Ingall Elvingsson</i>	146
Calltorp J (red). Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv <i>Per Olof Kjellsson</i>	146
Carlsson B. Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap <i>Christer Petersson</i>	147
Ebskov B (red). Skadestuekirurgi <i>Bengt Nordling</i>	147
Jacobsen E T. Nansengadekvarteret under lup <i>Peter Olsson</i>	148
Cronberg S. Infektioner <i>Anders Håkansson</i>	148

Naproxen Astra

(antiflogistikum, analgetikum)

med totalprodukt

- Dokumentation
- Användarstöd
- Rätt sortiment
- Rimligt pris
- Utbildning
- Information
- Medicinskt stöd
- Säkerhet
- Forskningsstöd

Naproxen Astra

Tabletter 250 mg, 500 mg och 1 g, Suppositorier 500 mg, Mixture 25 mg/ml

Astra Lakemedel AB 151 85 SÖDERÅLÄN

1992 JUNI

□ **1-3 juni.** Provsallläkarfondens kurs: Klinisk kemi/lab-diagnostik.
Information: Svenska Distriktsläkarförbundet, Box 5610, 114 86 Stockholm.

□ **8-12 juni.** First international workshop on problem-oriented learning in occupational safety and health. Kungälv.
Information: Course Secretary Gunilla Ahlberg, NIVA, Topeliuksenkatu 41a A, SF-00250 Helsinki. Tel 358 0 474 7498.

□ **10-12 juni.** XII Kongres i arbetsmedicin, Köpenhamn.
Information: Overlæge Kai Grønnet, Dansk Arbejdsgiverforening, Vester Voldgade 113, DK-1790 København. Tel 45-33-93 40 00

□ **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.

□ **28 juni-1 juli.** Nordiske Kongress i gerontologi. Odense.
Information: Dansk Gerontologisk Institut, Peter Gangsvej 1, DK-2000 Frederiksberg. Tel 45 31 878511, Telefax 31 878745.

□ **29 juni-1 juli.** Conference on migration and health, Bryssel, Belgien.
Information: Secretariat, International Organization for Migration, PO Box 71, CH-1211 Geneva 19, Schweiz. Tel 41 22 717 91 11.

□ **29 juni-1 juli.** Migration and health. Int Sci Conference. Bryssel.
Information: Sem secr, Dept of Policy, Res and Eval, Int Org for Migration, PO Box 71, CH-1211 Geneva 19, Schweiz.

JULI

□ **2-4 juli.** Second International Congress on Ethnopharmacology i Uppsala.
Update Lectures: Anthropological methods in ethnopharmacology, Botanical methods in ethnopharmacology, Chemical methods in ethnopharmacology 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 anmälningssblankett: Anne-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **5-7 juli.** 2nd Int Course in General Practice. London.
Information: E Allbutt, Int Course in GP, St Mary's Hospital Medicine School, Lisson Grove Health Centre, Gateforth Str, London NW8 8EG, UK.

□ **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 Toft 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

□ **4-6 augusti.** V Nordiske Konferensen om bornemishandling or omsorgssvigt. Reykjavik.
Information: Gerdur Helgadóttir, Borgarspítallin, IS-108 Reykjavik. Tel 354-1-696301.

□ **17-19 augusti.** Retrosynthetic analysis and synthetic strategy. Anmälan helst före 12 juni till Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm.
Information: Kurssekreterare Annette Lindberg. Tel 08 245085, Telefax 08 205511.

□ **17-21 augusti.** 13 Conference of international society of clinical biostatistics. Köpenhamn.
Information: Karsten Schmidt, Spadille Biostatistik ApS, N.W. Gadesvej 4, DK-3480 Fredensborg. Fax 45 42 28 41 00.

□ **17-28 augusti.** NIVA-kurs: Epidemiology study design. Helsingfors.
Information: Piro Purtiainen, Inst of Occupational Health, Dept of Epidem and Biostatistics, Topeliuksenkatu 41 a A, SF-00250 Helsinki, Finland. Tel (+0358 0)474 7396. Fax (+358 0)414 634.

□ **24-27 augusti.** NIVA-kurs: Psychosocial work in theory and practice. Ebeltoft.
Information: Gunilla Ahlberg, Dr M Agervold, Univ of Aarhus, Asylvej 4, DK-8240 Risskov, Danmark. Tel 86-175511, Fax 175973.

□ **25-28 augusti.** 5th International Congress on Womens Health Issues. Köpenhamn.
Information: 5th Int'l Congr on Womens Health. Cr of Nursing Res. Att.: Else Guldager, Rigshospitalet, afsnit 7331, Tagesv 20, DK-2000 Köpenhamn N.

SEPTEMBER

□ **2-4 september.** Ryggmässan 1992. Borås.
Information: Ryggmässan, c/o Boråsmässan, Box 472, 501 07 Borås. Tel 033-141240, Fax 033-104880.

□ **7-9 september.** Berzeliusssymp XXIII: Water and Public Health. London.
Information: Sv Läkarsällskapet kansli, Margaretha Petrini, Box 738, 101 35 Stockholm. Tel 08-243350.

□ **7-12 september.** 45th Int'l Congress on General Practice. Klagenfurt.
Information: Int'l Soc of General Practice (SIMG) Mrs S Taupg, Sec, Bahnhofstr 22/1, Klagenfurt A-90200, Österrike.

□ **7-18 september.** Forskarutbildningskurs: Ledarskap, etik och kvalitet. Kursledare: Professor Edgar Borgenhammar, NHV. Sista anmälningsdag: 15 maj 1992.
Information: Nordiska Hälsovårdshögskolan, tel 031-69 39 00, telefax 031 69 17 77.

Forts sid 144



Nordiska hälsovårdshögskolan

NORDISK FORSKARUTBILDNINGSKURS I PEDIATRISK EPIDEMIOLOGI

19 - 30 oktober 1992

Kursen kommer dels att ge kunskap om metoder inom den pediatrika epidemiologin, dels ge träning i att lägga upp, genomföra och utvärdera populationsinriktade studier av barns hälsa och relaterade frågor. Programmet innehåller bl a:

Allmän epidemiologisk teori
Biostatistiska metoder
Study design
Screening i allmänna hälsokontroller och i målinriktade studier
Vaccination
Utvärdering
Epidemiologins roll och betydelse. Mål och visioner
Etiska frågor

Språk: Engelska kommer att vara kursens huvudspråk.

Deltagarantal: 30

Förkunskaper: Kursen är en vidareutbildningskurs, varför det är önskvärt att kursdeltagarna har baskunskaper i epidemiologi. Kursnivån kan delvis styras av deltagarnas erfarenhet.

Inkvartering: Nordiska hälsovårdshögskolans elevbostäder.

Kursavgift: Undervisning och logi är kostnadsfritt.

För mer information kontakta tf professor Bo Eriksson, Nordiska hälsovårdshögskolan, tel nr +46-31-69 39 00

Anmälan senast 14 augusti 1992

på särskild blankett (rekvireras från Nordiska hälsovårdshögskolan, Box 12133, S-402 42 GÖTEBORG.

Tel nr +46-31-69 39 00, fax nr +46-31-69 17 77.

STOP för tveksamhet om hypertoni-behandling av äldre?

DAN ANDERSSON · CHRISTER PETERSSON

Flertalet av landets hypertoniker behandlas inom primärvården. Många av dem är äldre. Det vetenskapliga underlaget för att rättfärdiga en utbredd farmakologisk behandling av mild/måttlig hypertoni i åldrarna över 70–75 år har hittills varit bristfälligt. När därför Svensk förening mot högt blodtryck (nuvarande Svenska hypertonisällskapet) tog initiativet till en omfattande multicenterstudie i syfte att fastställa värdet av medikamentell blodtrycksbehandling i dessa åldersgrupper, var vi många distriktsläkare som reagerade med entusiasm. Det kändes angeläget med ökade kunskaper inom ett område, som berörde stora delar av vårt vardagsarbete.

Studien, som kom att gå under namnet STOP-Hypertension (Swedish Trial in Old Patients with Hypertension) påbörjades 1985. Sammanlagt deltog 116 vårdcentraler och 1627 patienter i åldern 70–84 år (medelålder 76 år) randomiserades till endera aktiv behandling (betablockerare och/eller diuretika) eller placebo. Inklusionsnivåer för systoliskt blodtryck var 180–230 mm Hg vid diastoliskt blodtryck ≥ 90 mm Hg, eller ett diastoliskt blodtryck mellan 105–120 mm Hg oberoende av systoliskt tryck. Efter en initial trög randomiseringsperiod rullade studien igång över landet. I april 1991 avbröts den i förtid efter ingripande av säkerhetskommittén. Den genomsnittliga patientuppföljningstiden var då 25 månader.

Studieresultat

De första studieresultaten publicerades i *Lancet* i november 1991 (1). Man fann höggradigt signifikant reduktion av morbiditet och mortalitet i stroke (47 procent) och av total mortalitet (43 procent). Insjuknande i hjärtinfarkt påverkades däremot inte. Uttryckt på annat sätt resulterade läkemedelsbehandling under ett år av 70 äldre patienter att ett slaganfall och ett dödsfall kunde förebyggas. Den preventiva effekten av medikamentell blodtrycksbehandling i den undersökta åldersgruppen var alltså minst lika god som för yngre/medelålders hypertoniker.

Resultaten från STOP-studien publicerades ungefär samtidigt med att resultaten från SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) blev

kända (2). I denna studie var målgruppen 60 år och äldre (medelålder 72 år) med isolerad systolisk hypertoni (systoliskt blodtryck ≥ 160 mm Hg vid diastoliskt blodtryck < 90 mm Hg). Även här fanns en behandlingsvinst, men enbart vad gällde kardiovaskulär morbiditet. För totalmortalitet sågs ingen skillnad mellan placebo- och aktivt behandlade. Nyligen har också resultat presenterats från Medical Research Council Trial Treatment of hypertension in older adults (3). Slutsatserna från denna studie är likartade med de som kan dras från STOP och SHEP; risken för insjuknande i stroke och kranskärslssjukdom minskar vid behandling av högt blodtryck hos äldre med thiazider och/eller betablockerare. I samma nummer av *BMJ* presenteras en analys av sex randomiserade studier av hypertoni-behandling hos äldre. Författarna konkluderar att diuretika, hellre än betablockerare, bör vara förstahandsmedel för äldre patienter med okomplicerad hypertoni, men att kombinationen kan behövas hos 50 procent (4).

Säkerställd hypertoni bör behandlas

Utifrån dessa siffror är det svårt att komma ifrån slutsatsen att även äldre människor med säkerställd hypertoni bör erbjudas farmakologisk behandling. Ett ställningstagande till läkemedelsbehandling av i synnerhet symptomfria människor i dessa åldersgrupper måste dock i hög grad väga in även andra faktorer. Äldre personer har en återstående livslängd som under alla omständigheter är begränsad. Döden är en förestående realitet och den snabba vaskulära döden är många gånger barmhärtigt jämfört med alternativen cancer, demens etc. I enlighet med detta resonemang är kanske reduktionen av icke-fatal stroke STOP-studiens viktigaste resultat. Med en längre observationstid måste rimligen skillnaden i total dödlighet mellan grupperna snabbt minska, eftersom döden gäller alla.

En generell synpunkt, när det gäller studier i dessa åldersgrupper, är att man relativt snabbt kan samla endpoints och påvisa skillnader just därför att sjukdomar och död är så vanligt förekommande. Troligen kommer vi att få se fler behandlingsstudier bland äldre, där resultaten kan leda till re-

kommendationer vilka kan få stor betydelse för eventuell medikalisering av de äldre. Just risken för onödigt medikalisering är ett viktigt skäl till att resultaten av en välgjord studie som STOP-Hypertension måste tillämpas med stort kritiskt omdöme.

Vilka ska behandlas?

Faktorer som varje behandlande läkare måste ta i beaktande innan STOP-studiens resultat överförs till behandlingspraxis är bland andra studiens generaliserbarhet. Är STOP-studiens patienter representativa för den äldre hypertoniker som just här och nu sitter framför mig i undersökningsrummet? Är detta en patient som skulle ha kunnat ha inkluderats i STOP, eller är patienten annorlunda på något sätt? Exklusionskriterierna gjorde ju att patienter med vanliga komplicerande faktorer, till exempel angina pectoris som ej kontrollerades på nitroglycerinpreparat, inte kunde delta. Hade de kunnat inkluderas skulle kanske behandlingsresultaten ha varit än bättre. Omvänt gäller också frågan – kan och bör jag sätta ut blodtrycksmediceringen hos denne läkemedelsbehandlade hypertoniker? Den initialt långsamma randomiseringen till STOP berodde ju till stor del på att cirka 1/3 av de äldre hypertoniker som behandlades med läkemedel och som fick sin medicinerings utsatt, inte som förväntat steg i blodtryck under det första årets observation. Oron var vid denna tidpunkt stor hos såväl sponsrande läkemedelsbolag som studieansvariga. Minskad användning av antihypertensiva farmaka var en realitet och risken för att få en studie med för få deltagare och för låg "power" tycktes hotande nära. Använder vi resultaten från STOP-Hypertension på ett omdömesgillt sätt behöver konsekvensen inte bli ett totalt sett ökat läkemedelstryck mot våra äldre, utan hellre att ett mer selekterat patienturval får en effektivare behandling. Vi hoppas att STOP-ansvariga så småningom också kommer att sätta fingret på det förhållandet att ett stort antal icke-hypertoniker i vårt land behandlas som om de hade högt blodtryck.

Oklara faktorer

Andra faktorer som behöver ytterligare belysning är hur läkemedelsbe-

handlingen påverkar livskvaliteten. Kan vi lita på biverkningsrapporteringen i STOP-Hypertension när vi ska ta beslut om insättning av farmaka eller ej? Är verkligen äldre människor mera okänsliga för diuretikas och betablockeras sideeffekter än vad medelålders personer är, eller är de låga biverkningstalen en effekt av sättet att fråga, av äldres ovilja att misshaga läkare/sjuksköterskor, eller var helt enkelt observationstiden för kort? Ytterligare en oklar faktor är vilken plats icke-farmakologisk behandling har hos äldre. Vad betyder viktnedgång, motion, saltinskränkning, rökstopp med mera för blodtrycket hos äldre? Är dessa behandlingsstrategier genomförbara hos 75-åringar? MRC-studien fann till exempel att det endast var icke-rökande äldre hypertoniker som hade nytta av farmakologisk behandling. Att finna svar på flera av dessa frågor bör vara nästa stora

forskningsuppgift inom hypertoni-behandlingsområdet för äldre.

Våra egna slutsatser av ovanstående resonemang blir följande: Behandla äldre hypertoniker med gott samvete, förutsatt att du tillsammans med patienten har gått igenom för- och nackdelar. Sätt blodtrycket i sitt sammanhang bland alla andra kardiovaskulära riskfaktorer. Förvissa dig om att det verkligen föreligger en hypertoni. Prova i första hand icke-farmakologisk behandling även i denna åldersgrupp, modifierad efter vad patienten klarar av. Om läkemedelsbehandling blir aktuell, välj i första hand diuretika, som hittills visat sig bäst och som dessutom är billigast. Gör gärna medicinsatsning under kontroll och tveka inte att gå in med mediciner på nytt om blodtrycksstegring påkallar detta.

Referenser

1. Dahlöf B, Lindholm L, Hansson L, Scherstén B, Ekblom T, Wester P-O. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991;338:1281-5.
2. SHEP Co-operative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. *JAMA* 1991;265:3255-64.
3. Medical Research Council Working party. MRC trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *BMJ* 1992;304:405-12.
4. Beard K, Bulpitt C, Mascie-Taylor H, O'Malley K, Sever P, Webb S. Management of elderly patients with sustained hypertension. *BMJ* 1992;304:412-6.

Författarpresentation

Dan Andersson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, Gamla Tivägen, 695 32 Laxå.

Christer Petersson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, Värengsgatan 9, 351 85 Växjö.

SFAMs höstmöte

19-20 november 1992

i Östersund

Primärvård i utveckling!

Organisationsformer – Fortbildning –
Specialistexamen

ST-utbildning – Datorer – Konsultationen

SFAMs årsmöte

Anmälan om föredrag/posters till Riksstämman 25-27 november 1992

Anmälan om föredrag eller poster till de allmänmedicinska sessionerna vid Läkaresällskapets Riksstämma skall sändas in före den 21 augusti 1992. Blanketter för anmälan av föredrag eller poster, kan vid behov rekvideras från undertecknad. Vi hoppas inom SFAMs styrelse att få in många anmälningar.

Abstractformulären insändes till undertecknad – starta i god tid! Det är stor risk att tiden blir knapp annars dagarna före den 21 augusti.

Calle Bengtsson

Professor vid Allmänmedicinska institutionen i Göteborg, vetenskaplig sekreterare i SFAM

Adress:

Allmänmedicinska institutionen

Redbergsvägen 6

416 65 Göteborg

Nordiska kongressen i allmän- medicin 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.

Värdar 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 centrums 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.



Nu kan fler få hjälp med Tagamet®.

Tagamet® är nu det enda originalet bland H₂-blockerarna som är godkänd som medicin för patienter med halsbränna och sura uppstötningar.

Brustabletten kan du låta patienten ta vid behov, eftersom besvären vid reflux varierar. Den verkar direkt och har samma varaktighet som Tagamet i tablettform.

Ny FASS-text från och med 6 mars 1992: Tagamet kan användas vid "symtomatisk behandling av halsbränna och sura uppstötningar vid gastroesofageal refluxsjukdom när behandling med antacida och alginsyrapreparat ej givit önskad effekt."

"Tagamet brustablett 400 mg kan försöksvis ges vid behov vid symtomatisk behandling av halsbränna och sura uppstötningar. Maximaldos fyra brustabletter per dygn."



Tagamet (cimetidin) finns som brustabletter, 400 och 800 mg i två förpackningsstorlekar, 2 x 15 och 4 x 15 st.

Dessutom som tabletter om 200, 400 och 800 mg, mixtur 20 och 40 mg/ml (10 ml doskuddar), infusionsvätska 4 mg/ml (100 ml), injektionsvätska 100 mg/ml (2 ml) samt tuggtabletter 200 mg.

(För ytterligare produktinformation ur FASS, se nästa sida.)

SB SmithKline Beecham

Box 4092, 171 04 Solna. Telefon 08-764 66 30

Tagamet®

SMITHKLINE BEECHAM

Tabletter 200 mg, 400 mg och 800 mg, brustabletter 400 mg och 800 mg, tuggtabletter 200 mg, mixtur 20 mg/ml, 40 mg/ml, injektionsvätska 100 mg/ml och infusionsvätska 4 mg/ml

R

Syrhämmande medel-H₂-antagonist

A02B AOI

Deklaration. 1 tablett innehåller: Cimetidin. 200 mg aut 400 mg aut 800 mg, color (gul järnoxid, svart järnoxid, indigokarmin, titandioxid) et constit q.s.

1 brustablett 400 mg innehåller: Cimetidin. hydrochlorid. resp. cimetidin. 400 mg, aspartam. 70 mg, aroma et constit q. s. Det totala natriuminnehålllet i en tablett är ca 547 mg.

1 brustablett 800 mg innehåller: Cimetidin. hydrochlorid. resp. cimetidin. 800 mg, saccharinnatr. 20 mg, natr. cyclamas 135 mg, aspartam. 25 mg, aroma et constit. q.s. Det totala natriuminnehålllet i en tablett är ca 520 mg.

1 tuggablett innehåller: Cimetidin. 200 mg, lactos. 900 mg, sorbitol. 790 mg, aspartam. 3 mg, aroma et constit. q. s.

1 ml mixtur 20 mg/ml innehåller: Cimetidin. 20 mg, sacchar. 520 mg, sorbitol. 178, 5 mg, aroma, conservans (metylparaben, propylparaben), constit. et aq. purif. q.s.

1 ml mixtur 40 mg/ml innehåller: Cimetidin. 40 mg, sacchar. 520 mg, sorbitol. 178 mg, aroma, conservans (propylparaben, butylparaben), constit. et aq. purif. q.s.

1 ml injektionsvätska innehåller: Cimetidin. 100 mg, acid. hydrochloric. ad pH 5 et aq. ad inject. q.s.

1 ml infusionsvätska innehåller: Cimetidin. 4,0 mg, natr. chlorid. 9,0 mg et aq. ad inject. q.s.

Egenskaper. Cimetidin är ett imidazolderivat. Substansen är en H₂-receptorantagonist, som kompetitivt blockerar histaminets verkan på H₂-receptorer. Därvid hämmas basal och stimulerad magsaftsekretion såväl till volym som till halt av saltsyra.

Förutom den H₂-receptorblockerande egenskapen har brustabletterna en omedelbart buffrande effekt på pH i ventrikeln vilket tillskrivs det natriumcitrat som bildas efter upplösning av tabletten i ett halvt glas vatten. Den buffrande effekten motsvarar ca 15 mmol HCl/tablett.

Biotillgängligheten efter peroral dos är ca 70%. Absorptionen påverkas ej av samtidigt födointag. Maximal serumkoncentration uppnås efter 90 min vid oral dos av 800 mg. En 50%-ig hämning av den måltidsstimulerade syrasekretionen uppnås vid en plasmakoncentration av ca 0,7 µg/ml. Effekten varar under 8 timmar efter oral dos av 800 mg. Den nattliga sekretionen hämmas i medeltal 72% under 9 timmar efter oral dos av 800 mg. Proteinbindningsgraden är ca 20%. Cimetidin metaboliseras enzymatiskt i ringa grad (10-15%) till en inaktiv form: cimetidinsulfoxid. Halveringstid i plasma är ca två timmar och cimetidin utsöndras till hälften oförändrat med urinen (48% efter oral dos, 75% efter parenteral dos), varför dosen bör minskas vid nedsatt njurfunktion.

Indikationer. Duodenalsår, benigna ventrikelsår, stomala sår, refluxesofagit och Zollinger-Ellisons syndrom. Symtomatisk behandling av halsbränna och sura uppstötningar vid gastroesofageal refluxsjukdom när behandling med antacida eller algsyrareparat ej givit önskad effekt.

Profylaktisk behandling vid kroniskt recidiverande duodenalsår. Profylax mot blödning från ulcerationer eller erosioner i ventrikeln och duodenum som uppkommer i samband med större brännskador, neurotraumata, neurokirurgiska ingrepp, respiratorisk insufficiens samt multi-trauma.

Försiktighet. Nedsatt njurfunktion och grav leversjukdom. Hastig injektion kan orsaka bradykardi hos hjärtsjuka. Brustabletterna innehåller natrium. Försiktighet bör iakttagas vid hypertoni, hjärt- och kärlinsufficiens.

Graviditet. Kategori B1. Se separart avsnitt märkt [G]. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. Djurexperimentella data talar ej för ökad risk för fosterskador.

Amning. Grupp III. Cimetidin passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även med terapeutiska doser.

Biverkningar. Hos 4-5% av patienterna som behandlas med cimetidin uppträder biverkningar.

Vanliga (>1/100) Allmänna: Yrsel, trötthet, feber
GI: Diarré
Hud: Exantem, urticaria.

Mindre vanliga CNS: Förvirringsstillstånd
Endokrina: Gynecomasti

Sällsynta (<1/1000) Blod: Reversibla blodbildsförändringar, leukopeni, agranulocytos, trombocytopeni.
Lever: Transaminasstegring, hepatit.
Urogenital: Interstitiell nefrit.
Övriga: Pankreatit.

Laborativvärden: Initialt kan övergående stegring av plasmakreatinin ses, oftast inom normalvärdesgränserna och utan klinisk betydelse.

Dosering. Vuxna peroralt: Brustabletten skall lösas i 1/2 glas vatten. Normaldoseringen vid duodenalsår är 800 mg cimetidin per dag. Antingen ges 800 mg vid sänggåendet eller 400 mg på morgonen och vid sänggåendet. I enskilda fall kan dygnsdosen ökas upp till 1600 mg. Vid profylaktisk behandling ges 400 mg vid sänggåendet eller om så erfordras 400 mg på morgonen och vid sänggåendet. Profylaktisk behandling kan pågå under mer än ett år. Vid ventrikelsår rekommenderas 400 mg cimetidin på morgonen och vid

sänggåendet. Dosen kan vid behov ökas till 400 mg 4 gånger dagligen. Behandlingen bör pågå tills fullständig sårsläkning uppnås (endoskopikontroll), vilket normalt sker inom 6-8 veckor. Vid refluxesofagit bör doseringen individualiseras efter sjukdomens svårighetsgrad. Rekommenderad dosering är 800-1600 mg cimetidin per dygn. Behandlingen bör pågå 4-8 veckor.

Vid gastroesofageal refluxsjukdom bör doseringen individualiseras efter sjukdomens svårighetsgrad. Rekommenderad dosering är 800-1600 mg cimetidin per dygn. Behandlingen bör pågå 4-8 veckor.

Tagamet brustablett 400 mg kan försöksvis ges vid behov vid symptomatisk behandling av halsbränna och sura uppstötningar. Maximaldos 4 brustabletter/dygn.

Vid Zollinger-Ellisons syndrom kan dosen ökas upp till 2 g per dygn. Till personer med nedsatt njurfunktion skall doseringen anpassas till kreatininclearance. I fall då man inte har ett värde för kreatininclearance kan man beräkna dosen efter serumkreatininvärdet. Det är då viktigt att serumkreatinin bestäms innan behandling med TAGAMET påbörjats eftersom cimetidin kan ge en ökning av plasmakreatinin initialt.

Kreatinin clearance ml/min	Serum kreatinin µmol/l	Dosering
5-15	400-900	200 mg 2 gånger dagligen
15-30	200-400	200 mg 3 gånger dagligen
30-75	100-200	200 mg 4 gånger dagligen

Vid grav inkompenenserad, levercirrhos bör dosreduktion övervägas.

Vuxna parenteralt: Dygnsdosen bör ej överskrida 2 g och doserna bör fördelas jämnt över dygnet. Till hjärtsjuka patienter rekommenderas infusion eller intramuskulär injektion. Vid blödningsprofylax (se indikationstexten) ges 400 mg fyra gånger per dygn, förslagsvis som intermitternt infusion. Efter 3-4 dygns behandling kan peroral tillförsel övervägas. Profylaktisk behandling ges så länge blödningsrisk kvarstår.

Infusion för intravenöst bruk: TAGAMET 4 mg/ml färdigberedd infusionsvätska (100 ml = 400 mg) ges under minst 30 minuter. Lämplig dropphastighet är 1 droppe per sekund. Infusionen kan upprepas efter 4-6 timmar till dess peroral behandling kan påbörjas. Alternativt kan TAGAMET injektionsvätska (100 mg/ml) sättas till lämplig infusionsvätska och ges långsamt.

Intravenös injektion: En 2 ml ampull späds upp till 20 ml med sterilt vatten eller fysiologisk koksaldlösning. Injektionen ges långsamt (3-5 minuter) med 4-6 timmars intervall.

Intramuskulär injektion: En 2 ml ampull 100 mg/ml (outspädd) ges med 4-6 timmars intervall.

Barn: Erfarenheterna av TAGAMET vid behandling av barn är begränsade. Där minskning av saltsyrasekretion bedöms som väsentlig kan cimetidin i doser om 20 mg/kg kroppsvikt/dag ges i delade doser.

Blandbarhet: TAGAMET är blandbart med följande infusionslösningar: NATRIUMKLORID 9 mg/ml, ADDEX-KALIUMKLORID 150 mg/ml, RINGER och GLUKOS 55 mg/ml MED NATRIUM OCH KALIUM.

Interaktion. Cimetidin interagerar med alfentanil, alprazolam, amitriptylin, bupivakain, cisaprid, diazepam, dikaliumklorazepat, diltiazem, felodipin, fenytoin, flekainid, glibenklamid, glipizid, hydrokizin, imipramin, isradipin, karbamazepin, ketokonazol, kinidin, kinin, klometiazol, klordiazepoxid, klorokin, klorpromazin, klozapin, labetalol, lidokain, lofepramin, mebendazol, metadon, metformin, metoprolol, metronidazol, moksibemid, nifedipin, paroxetin, petidin, piroxikam, prokainamid, propranolol, teofyllin, tolbutamid, triazolam, valproinsyra, verapamil, warfarin. Se speciellt avsnitt märkt [I], A02B Medel vid magsår samt A02B AOI Cimetidin.

Observera. Misstänkt ulcussjukdom skall tidigt i sjukhistorien objektivt verifieras med röntgen eller endoskopi för att undvika inadekvat behandling. Vid behandling av ventrikelsår skall malignitet uteslutas. Brustabletter och tuggabletter innehåller aspartam, som metaboliseras till fenylalanin, av betydelse endast när det gäller personer med fenylketonuri.

Tuggabletter tillhandahålls för närvarande ej.

Hållbarhet. Injektions- och infusionslösningar är hållbara 12 timmar efter spädning.

Förpackningar och priser.

Tabletter 200 mg (ljusgröna runda, filmdragerade märkta på ena sidan "TAGAMET" och på andra sidan "SK&F 200"), 30 st (tryckförpackning) 94:80, 60 st (tryckförpackning) 171:50, 100 st (tryckförpackning) 273:20

Tabletter 400 mg (ljusgröna, kapselformade, filmdragerade märkta på ena sidan "TAGAMET" och på andra sidan "SK&F 400"), 30 st (tryckförpackning) 169:30, 60 st (tryckförpackning) 320:50, 100 st (tryckförpackning) 521:50

Tabletter 800 mg (ljusgröna, ovala, filmdragerade märkta på ena sidan "SK&FT 800") 30 st (tryckförpackning) 318:30, 60 st (tryckförpackning) 618:40, 100 st (tryckförpackning) 985:70

Brustabletter 400 mg (vita, hallonsmak), 15 st (rör) 99:40, 30 st (ask med 2 rör) 182:-, 60 st (ask med 4 rör) 345:70

Brustabletter 800 mg (vita, fruktsmak), 30 st (ask med 2 rör) 334:-, 60 st (ask med 4 rör) 649:50

Tuggabletter 200 mg (vita fyrkantiga, kola/anissmak) Tillhandahålls för närvarande ej

Mixtur 20 mg/ml (mintsamak), 50x10 ml (endosbehållare) 194:70

Mixtur 40 mg/ml (mintsamak), 50x10 ml (endosbehållare) 354:50

Injektionsvätska 100 mg/ml, 10x2 ml (ampuller) 67:90

Infusionsvätska 4 mg/ml

Viaflex mjukplastbehållare 100 ml 44:-

Samarbete

När detta läses är det för SFAM och DLF gemensamma Vårsmötet i Växjö omedelbart förestående. Denna föreningsgemensamma manifestation av och för svensk allmänmedicin har redan blivit en institution, och utvecklingen för specialiteten i dessa omorganisationernas gyllene tid är beroende av att alla goda krafter samverkar. Samarbete ligger alltså mer än någonsin i tiden. Så pass i tiden, att de två föreningarnas styrelser i februari i år förenades i ett formellt styrelsesammanträde för att diskutera aktuella gemensamma frågor. Ett resultat av detta möte blev bland annat en arbetsgrupp, vars uppgift är att mer i detalj inventera föreningarnas uppgifter och verksamhet. Arbetet ska avrapporteras och diskuteras vid ett nytt möte i anslutning till SFAMs höstmöte den 20-21 november i Östersund. Vi har då ett substantiellt underlag för att diskutera vidare om hur föreningsmedlemmarnas och specialitetens behov, intressen och resurser bäst tas tillvara i framtiden.

Barnläkarna

De aktuella stridssignalerna från barnläkarna beträffande arbets- och kompetensområden för allmänläkare och barnspecialister visar på vikten av samagerande. Den förra barnläkarföreningsstyrelsen hade i ett par år fört diskussioner med representanter för SFAM och DLF för att formulera en ny principöverenskommelse. Inför slutputsningen av dokumentet och dess publicering visade sig splittringen mellan barnläkare som vill bevara pediatriken som specialist och barnläkare som vill lansera barnspecialisten som allmänläkare för barn, vara så radikal, att man måste leta upp en yttre fiende för att kunna hantera, och kanske inför sig själva kamouflera, den egna oenigheten. Vi fick än en gång åran att skapa rollen som fiende. Vi inbjöd då barnläkarföreningen till diskussion vid möte i stället för utbyte av invektiv och smutskastning i spalter. Innan vi fick svar tog Läkarförbundet initiativ till ett motsvarande möte, då även med gynekologerna. Mötet äger rum i slutet av april. Det blir anledning återkomma.

Ministeruppvaktnings

Vid DASI-sammanträde i december (DASI=samrådsgrupp för SFAM, DLF, Socialstyrelsens ämnesexpertgrupp och de allmänmedicinska institutionerna) beslöts att vi skulle begära företräde för biträdande socialministern för att informera från allmänläkargruppen inför den husläkarpropo-

sition som är under utarbetning eller framtagande. En 5-mannadelegation fick möjlighet att under en dryg timme informera och diskutera. Eftersom ministern ifråga senare har accepterat att själv medverka i Växjö och ge en fullständig bild och svara på frågor, kan det räcka med att här återge ett fåtal punkter från diskussionerna.

Husläkarpropositionen kommer under hösten och ska behandlas i riksdagen före juluppehållet. För närvarande ägnar man mest tid åt att arbeta fram en promemoria där ett producentneutralt grundåtagande för en husläkare preciseras. Vi lämnade synpunkter på den fria etableringsrätten contra befolkningsansvar. Vi framhöll och tyckte oss möta förståelse för, att kravet på en husläkare måste vara att han är specialist i allmänmedicin. Samtidigt markerade vi insikt om att den rekrytering från andra specialiteter, som måste och kommer att ske, innebär att alla inte är specialister från start, men att kravet ska vara ett program för kompletteringsutbildning, som gör alla till specialister. Lönesättningsfrågor kom upp här, och det blev också naturligt att beröra de fördelar som specialistexamination innebär i detta sammanhang. Vikten av att bevaka att tid och resurser för forskning, utvecklingsarbete, utbildning och handledning finns i den framtida primärvårdsorganisationen, oavsett modell, framhölls. Till Växjö-mötet har säkert mycket ytterligare hänt, så vi bör kunna se fram mot en spännande diskussion. Engagemanget i allmänläkarkåren bör vara stort!

Kvalitet

SFAMs arbetsgrupp för kvalitetssäkring utgörs av Rolf Linnarsson (Kronan, Sundbyberg), Anders Lindman (Bergnäset, Luleå), Kjell Lindström (Habo), Göran Falck (Grängesberg), Leif Persson (Sollefteå), Iris Blomberg (Spri) och undertecknad (Läkarhuset, Gävle). Vi arbetar med kvalitetsindikatorer vid fem vanliga sjukdomar/diagnoser, och beräknar att detta arbete ska vara klart före sommaren. I arbetet beaktas skillnader vad gäller möjligheter att ta fram uppgifter ur journaler beroende på tillgång till databas, patientregister av annat slag, problemöversikt, problemorienterad journal eller bara traditionell journal. Alla måste kunna arbeta med kvalitetssäkring. Då indikatorerna presenteras kommer metodologiska problem och möjligheter att belysas samtidigt. Vi anar att mycket kvalitetssäkringsarbete pågår i landet och

hoppas att många vill dela med sig av sina erfarenheter, till exempel i dessa spalter.

Leif Persson har utsetts att representera SFAM i WONCAs kvalitets-säkringsgrupp.

Det rör sig mycket i den allmänmedicinska världen. Föreningen har många, stora, viktiga och arbetskrävande uppgifter. Det behövs att många allmänläkare engagerar sig i arbetet och utformningen av styrelsearbetet ger plats för många. Du är välkommen att själv ta kontakt om du vill vara med, och vi hoppas att du reagerar positivt och med föreningsansvar om styrelsen eller valberedningen kontaktar dig i framtiden!

Mats Ribacke

Ordförande SFAM

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.

Andersson D. Allmänmedicin i PIFF-tappning – ett accepterande av nuvarande felaktiga resursfördelning mellan slutenvård och öppenvård? AllmänMedicin 1992;13:4-5.

LBO 6647

PETER BAECKSTRÖM

I ledaren diskuterar Dan Andersson (DA) resursfördelningen mellan primärvård och "sekundärvård" i ljust av den snabba förändring som nu sker i den svenska sjukvården där nya spelregler snabbt införs i många landsting.

Jag kan dela oron för den situation som kan komma att uppstå när primärvården får överta allt fler vårduppgifter utan att något resurstillskott sker. Vi har ju en unikt liten del av sjukvårdsbudgeten i primärvård/allmänläkarvård om vi jämför oss med de EG-länder som vi alltmer tenderar att jämföra oss med i andra sammanhang och som vi sannolikt i övrigt kommer att närma oss alltmer framöver.

DA riktar kritik mot att vi i Örebro läns landsting "smetar ut" primärvårdsbudgeten utan att göra något år den väsentliga frågan: "Hur fördelas budgeten mellan primärvård och slutenvård?"

DA gör ett felslut i sin tankekedja. Det är naturligtvis inte så, vilket man kan få intryck av då man läser ledaren i AllmänMedicin, att den åtgärd vi vidtagit på något sätt utesluter ett agerande för att överföra mer resurser till primärvård från annan specialistvård.

Det som nu händer i vårt landsting är följande. I den post-ÅDEL-eran vi nu befinner oss, ser vi tydligt att vi lägger primärvårdspengarna mycket ojämnt mellan våra vårdcentraler. I kronor per invånare varierar det från knappt 400 kronor till över 1600 kronor per år (exklusive kostnaden för lokaler och läkarlöner). Denna fördelning har historiska rötter och betingas bland annat av idén om välrustade "gröna öar" som kunde ge ett fullödigt primärvårdsutbud. Vi vill nu skapa en situation där vi ställer samma krav på vårdcentralerna i kvalitativa och kvantitativa termer och där relationen mellan vårdcentral/producent och landsting/köpare kommer att regleras i ett kontrakt. Skall man ställa likartade krav, måste ju inte minst de ekonomiska förutsättningarna av alla inblandade intressenter uppfattas vara rimligt rättvisa. I denna nya utfördelning av budgeten tar vi hänsyn till befolkningens åldersfördelning och dessutom till övrigt vårdutbud.

Den förändring som vi nu genomför i vårt landsting (utan att ha givit den något stolt "modellnamn") innebär stora förändringar i villkoren för verksamheten. Patientens valfrihet är reell. Vi har redan nu "satt ett pris på

patientens fötter" vilket också kommer att omlokalisera resurserna mellan vårdcentralerna. Den vårdcentral som tar emot extra patienter får 300 kronor/besök (förutom patientavgift) från patientens hemmavårdcentral.

Den centrala förvaltningen för primärvården med sin politiska nämnd kommer att upphöra inom två år. Under denna tid sker en förberedelse ute på vårdcentralerna så att dessa ska kunna agera som självständiga primärvårdsproducenter gentemot en köpare/beställare som köper primärvårdstjänster för skattepengarna.

Redan nu har vi olika driftsformer på flera vårdcentraler. Denna utveckling mot mångfald kommer att fortsätta och producenten av primärvård kommer att kunna sälja sina tjänster även till andra köpare (företag, företagshälsovård etc).

På köparsidan bygger vi nu upp resurser för att följa verksamheten vid de enheter där primärvård produceras. Det kan gälla mätning av patientupplevd kvalitet men också mätning av den professionella kvaliteten.

Den till senvägen aviserade departementspromemorian om husläkare kommer troligen att ytterligare ändra på förutsättningarna eftersom en etableringsfrihet och konkurrensneutralitet ska råda. Även finansieringsvägar kommer troligtvis att ändras på sikt.

Som företrädare för primärvården är det viktigt att vi aktivt deltar i den debatt om den framtida vården som nu pågår. Förändringen innebär möjligheter men också risker att primärvården utarmas till förfång för våra patienter.

Den budgetförändring som vi nu genomför i vårt landsting innebär att vi skaffar oss ett mycket bättre utgångsläge inför de förändringar mot en efterfrågestyrd primärvård som alltmer kommer att påverka vår vardag framöver. Vårt agerande utesluter på intet sätt den viktiga och avgörande diskussionen om hur sjukvårdskostnaderna i stort ska fördelas. Tvärtom tydliggör vi hur resursfördelningen ser ut.

Som primärvårdsföreträdare har vi mycket goda argument i vår *kostnadseffektivitet, närhet till patienten och möjlighet att erbjuda verklig kontinuitet*. I en bristsituation är det än mer rationellt att lägga relativt mer pengar på den mest kostnads- och kvalitetseffektiva nivån – primärvårdsnivån.

Låt oss effektivt marknadsföra dessa kvaliteter på det stora sjukvårdstorget! Utvecklingen talar till primärvårdsnivåns fördel.

Författarpresentation

Peter Bäckström, distriktsläkare och primärvårdsdirektör.

Postadress: Örebro läns landsting, Box 1613, 701 16 Örebro.

ANDERS MILTON

Ledaren kommenterar Läkarförbundets idéskiss till ett husläkarsystem, det så kallade PIFF-förslaget.

Det är utmärkt att förslaget uppmärksammas och diskuteras, men tyvärr för skribenten inte någon seriös debatt utan ägnar sig åt att vädra konspirationsteorier, som går ut på att slutenvårdsföreträdare inom förbundet försöker begränsa primärvårdens tillväxt.

Primärvården har under senare år tillförts stora resurser i form av byggnader, utrustning och vårdpersonal. Däremot har primärvården inte lyckats rekrytera tillräckligt många läkare. Och detta beror inte på brist på tjänster för distriktsläkare: Vi har konstant haft hundratals lediga distriktsläkartjänster i landet. Felet ligger alltså någon annanstans.

Beräkningarna av vad ett husläkarsystem skulle kosta har utgått från flera punkter. Vi har i ett makroperspektiv tittat på vad primärvården kostar idag. Enligt den landstingsstatistik som fanns tillgänglig när vi tog fram idéskissen var kostnaderna för primärvården år 1989 ungefär 12 miljarder kronor. Detta inkluderar då inte sjukhemsvården, som ju överförts till primärkommunerna.

Vi har i idéskissen föreslagit att den fasta årsavgiften skulle kunna vara av storleksordningen 1000 kronor per individ på listan. Det betyder, för riket som helhet, drygt 8.5 miljarder kronor. Till det kommer kostnaderna för distriktsköterskor, sjukgymnastik och arbetsterapi i öppen vård samt den taxeersättning som ska kunna utgå för åtgärder som ligger utanför normal husläkarverksamhet.

Denna kalkyl över kostnaderna för en husläkarmottagning stämmer också något sänkt väl överens med kostnaderna för kvartersakuterna i Stockholm samt existerande entreprenadkontrakt inom primärvården.

I dagsläget kostar således primärvården någonstans runt 12 miljarder kronor. Detta är självfallet inget ställningstagande till primärvårdens resurser i framtiden, men det utgör den bakgrund mot vilken man rimligen bör beräkna kostnaderna i överföringstillfället.

Dagens stora problem i primärvården är bristen på läkare. Det är också det som är skälet till att vi över huvud taget tog fram idéskissen. Vår målsättning var att skissera ett system som skulle ge patienterna en bra grundläggande hälso- och sjukvård, samtidigt som läkarrekryteringen skulle förbättras. I den mån erfarenheterna från Västeuropa är giltiga även för vårt land, skulle införandet av ett husläkarsystem väsentligt förbättra rekryteringen till primärvården. En fördubbling av antalet distriktsläkare/husläkare kan inte hindra, utan är tvärtom en förutsättning för en utveckling av primärvården i Sverige. Skulle dagens rekryteringsproblem bli bestående, kommer primärvården även framgent att vara av underordnad betydelse i hälso- och sjukvården i Sverige. Det är det som vi vill undvika genom att lära av erfarenheterna i andra västeuropeiska länder och på så sätt skapa ett system som blir både välbemannat och välfungerande.

Författarpresentation

Anders Milton, ordförande i PIFF-gruppen.

Postadress: Sveriges läkarförbund, Box 5610, 114 86 Stockholm.

Replik

till kommentarerna av Peter Baeckström och Anders Milton

I Peter Baeckströms kommentar ser jag glädjande nog en förståelse för den fördelningsproblematik mellan sluten och öppen vård som jag menar är så central i svensk sjukvård. Att de åtgärder som planeras för att förändra primärvården i Örebro län inte utesluter strävanden för att överföra resurser från slutenvård till primärvård låter bra. Konkreta insatser och pekuniära resultat efterlyses dock snarast, eftersom PB tänker sig att den centrala primärvårdsförvaltningen ska gå i graven inom två år. Om varje enskild primärvårdsenhet i framtiden ska lyckas att ta över ekonomiska resurser från slutenvården i den takt som nya arbetsuppgifter tillkommer krävs säkert ett annat ekonomiskt fördelningssystem än det som nyligen har introducerats i Örebro läns primärvård.

Anders Milton menar att dagens stora problem i primärvården är bristen på läkare. I detta kan jag helt instämma. Någon förklaring till läkarbristen i primärvården anger däremot Milton inte, ej heller har Milton någon uppfattning om hur denna brist uppstått och förvärrats under det senaste decenniet. Totalt sett har Sverige ingen läkarbrist om vi jämför oss med de flesta andra europeiska länder. Däremot är läkartätheten i sluten vård extremt hög i Sverige. Under perioden 1983–1990 ökade antalet tjänster för vidareutbildade läkare inom läns- och regionsjukvården med drygt 3000 (cirka 37 procent), det vill säga ungefär samma antal som var distriktsläkare 1983. Motsvarande ökning inom primärvården var 300 nya läkartjänster (+9.5 procent). Jag hävdar att den okontrollerade tjänstetillväxten inom slutenvården är den största orsaken till att primärvården inte kunnat bemanna sina vakanta tjänster. Jag menar också att slutenvårdsföreträdare inom läkarförbundet bär ett tungt ansvar för denna utveckling och att det som skett i hög grad rubbat allmänläkarnas tilltro till förbundet.

När det gäller kostnaderna för primärvården, avskalad sjukhem och hemsjukvård, är 12 miljarder kronor trovärdiga. Sannolikt kommer dock en del av de miljarder som nyligen överförts från primärvård till kommuner att hamna i slutenvårdens kassakista som betalning för så kallade klinikfärdiga patienter. Diskrepansen mellan de resurser som läns- och regionsjukvården förfogar över och de som primärvården får kvar blir då än tydligare än i exemplet i ledaren! I detta läge tycker Milton att det är lämpligt att man gör sina snäva kalkyler för vad ett husläkarsystem får kosta. Inte kan jag förstå att detta för-

slag är något att glädjas över. Ännu mindre gör jag det efter att också ha tagit del av SLAF som förordar en expansion av den elektiva somatiska vården. Inte ska väl detta ses som ett sätt att möjliggöra en fortsatt expansiv tjänsteutveckling inom läns- och regionsjukvården, utan bör väl av en "seriös icke-konspiratorisk" distriktsläkare i stället uppfattas som ytterligare ett av förbundets många primärvårdssolidariska förslag? Eller kan andra tolkningar finnas?

Dan K G Andersson

Postadress: Vårdcentralen, 695 32 Laxå.

Svar på replik

Anders Milton

Jo, Dan Andersson, vi vet varför läkarbristen i primärvården är så stor som den är. Huvudsakligen beror det på att hälften av de färdigutbildade och blivande allmänläkarna lämnar det allmänmedicinska arbetet inom tio år efter påbörjad specialistutbildning. Orsakerna till avhoppet varierar, men enligt de enkäter läkarförbundet gjort (1300 verksamma eller avhoppade primärvårdsläkare, svarsfrekvens över 90 procent), finns det en allmän missnöjdhet med organisationen av dagens primärvård. Med den vetskapen kan man antingen försöka ändra organisationen så att primärvården attraherar läkare och blir välfungerande över hela riket. Alternativet är att man, som Dan Andersson gör, föreslår planmässiga åtgärder som skulle begränsa läkararbetsmarknaden inom andra sektorer, så att de missnöjda distriktsläkarna inte skulle ha någonstans att ta vägen.

Personligen tror jag att den typen av åtgärder i längden inte blir produktiva.

Efterutbildning – "inre eller yttre tvång"?

BJÖRN NILSSON

Efterutbildning (EUB) var temat för SFAMs höstmöte i Kiruna september 1991 och vi fick en utmärkt sammanfattning av Göran Sjönell och EUB-gruppen i AllmänMedicin nr 6 1991. Jag har bara några synpunkter. *Dels* tycker jag att det norska EUB-systemet fick en styvmoderlig behandling på mötet (det talades bland annat om "yrkesförbud"). *Dels* är jag inte övertygad om att en mötesmajoritet var emot en "obligatorisk" efterutbildning, eftersom någon opinionsmätning veterligen inte gjordes. Tvärtom tror jag att de flesta distriktsläkare inser nödvändigheten av en löpande uppdatering av sina kunskaper och en därtill kopplad premiering av dem som på detta sätt kvalitetssäkrar sitt arbete. Att ett eventuellt obligatorium har diskuterats i 10 år var för mig en nyhet, som kanske kan förklara polariseringen i diskussionen i Kiruna. Det kan ju gå troll i ord ibland.

Låt mig för rättvisans skull berätta hur efterutbildningen kan tänkas se ut från en norsk allmänläkares synvinkel – utan användande av fula ord. Alltså, berättelsen om Dr Ola Normann, specialist allmänmedisin: Vi träffar på honom där han kopplar av i sin "hytte" på fjällslutningen efter ett par veckors auskultation på sjukhuset. Dr Normann sitter i favoritfåtöljen framför björkvedsbrasan, lutar sig bakåt, medan han eftertänksamt stoppar sin pipa och drar sig till minnes krogondan med kirurgkollegerna ... Ja, den sociala kontakten är viktig, personkännedom, även när man arbetar i periferin. Kanske särskilt då.

Normanns mottagning och patienter är i goda händer. Dr Svensson från grannlandet i öst sköter det hela. Svensson vikarierar först och främst för sitt höga nöjes skull – det är begripligt – men även för att kunna sköta avbetalningarna på det hus han köpte när ekonomin gick på högvarv i Sverige. Normann har arbetat på Svenssons mottagning och minns med en rysning hur han kände sig som en springpojke åt telefonstressade sköterskor och "kringpersonal" – lustigt ord förresten.

Nej, arbetet här hemma är mer självständigt, i samklang med den befolkning han känner så väl. Ett krävande arbete, inte minst med tanke på jourbördan och avstånd till sjukhus. På läkarmottagningen är det full fart hela dagarna från 8 till 15, för båda läkarna och "kontordamen".

Dr Normann är, som sina kollegor, noga med att upprätthålla sin kompetens, grunden för att kunna ta det ansvar han gör i ett "utkantsdistrikt". Han sänder en tacksamhetens tanke till läkarförbundet, som framsynt förhandlat till sig fonder för vidareutbildning i lägen då löneförhandlingarna gått trögt. Är det inte ett självklart samhällsintresse, att läkarkåren håller sig välutbildad och à jour med utvecklingen? Normann drar sig till minnes studiekamraten Per Fugellis salvelsefulla tal, när de examinerades som cand. med. i Oslo i juni 1969. "Nu vet vi att vi inte är färdiga med något som helst. Allra minst med de medicinska studierna – de varar livet ut." Han hade rätt, gutten – och nu professor. Bra att ha någon av hans kaliber på barriaderna.

Dr Normann tänder pipan och makar en vedklabb tillrätta, tänker på ett uttryck han hört av Svensson – "utbildning som ett yrkesetiskt imperativ". Bra formulerat, men hur fungerar det i praktiken? Svensson, med all sin personal, har sällan tid att åka på kurs. Och hans privatpraktiserande kollegor ... Nej, även om viljan finns, så gäller uttrycket att "anden är villig men köttet är svagt", som hans gamla mor skulle formulerat det. Normann skickar tankfullt en rökring mot taket. Organisationen av efterutbildningen genom 'den norske laegeforening' är egentligen ganska smart. Den ger positiva och kloka signaler. Om man spenderar ett minimum av tid på kurser och på sjukhusauskultation så får man, förutom en facklig finslipning och goda kontakter, ett icke föraktligt lönepåslag. Detta täcker gott och väl inkomstbortfallet när man är borta från mottagningen och det blir en bra slant över, som ger möjlighet att moti-

vera bortvaro från hemmet. Inte så att hans kära hustru är oresonlig – men en extra tur till stan med shoppingronda gör det på något sätt lättare att stå ut med Olas frånvaro. Och småpojken kan få sin slalomutrustning. Ja, familjen behöver också en motivation. Kanske inte nödvändig, men välkommen.

Om han inte skulle sköta sin efterutbildning, då hör troligtvis länsläkaren av sig och han får ta ned tillägget "specialist allmänmedisin" från skylten och arbeta vidare som Dr Normann med något lägre lön. Hans patienter skulle inte bry sig, de skulle komma som förut. Däremot skulle kollegorna höja på ögonbrynen. Norska allmänmedicinare åtnjuter en hög status. Själv skulle han känna sig illa till mods, eftersom norska allmänmedicinare är ett yrkesstolt släkte.

Men varför bekymra sig. Han tänker fortsätta att gå sina stipulerade kurser och sjukhustjänstgöringar. Det har blivit till en vana och till en del av yrket.

Dr Ola Normann tänder sin slocknade pipa och lutar sig tillbaka framför björkvedsbrasan i trygg förvisning om att "Norge er best".

Författarpresentation

Björn Nilsson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Herrhagen, Herrhagsgatan 68, 652 21 Karlstad.

Allmänmedicin - framtidens medicin

sjukvård - utbildning - forskning

Konferens 27-28 oktober 1992 i Uppsala

Allmänmedicinen är på stark frammarsch i Sverige. Idag utgör allmänläkarna 10% av hela läkarkåren. För att klara husläkare-reformen behövs en fördubbling av antalet allmänläkare. År 1982 inrättades landets första allmänmedicinska institution i Uppsala. Med detta som utgångspunkt anordnar vi en konferens, där vi inom ramen för medicinens tre grundpelare sjukvård, utbildning och forskning, kritiskt kommer att granska allmänmedicinen. Vi vänder oss i första hand till allmänläkare, företagsläkare och distrikts-sköterskor samt planerare och utredare inom hälso- och sjukvården.

Hjärtligt välkomna!

Institutionen för allmänmedicin i Uppsala

Tisdag 27 oktober

- 8.30 - 9.30 Registrering, kaffe
9.30 - 9.40 Konferensens öppnande - *Gösta Tibblin*
- Sjukvården - ordförande Mats Ribacke**
- 9.40 - 11.00 Allmänmedicinsk ideologi i Norden - *Sveinn Magnusson, Island; Olav Rutle, Norge; Ingvar Krakau, Sverige*
11.00 - 12.30 Distriktsköterskan och distriktsläkaren: ett oslagbart team - *Barbro Hemgren och Per Swartling m fl*
12.30 - 14.00 **LUNCH**
14.00 - 15.30 Länssjukvård - Primärvård. Länkar i vårdkedjan - *Ingvar Krakau, Lars Borgquist, Per Swartling, Kjell Lindström*
15.30 - 16.00 **KAFFE**
16.00 - 17.30 Kan en allmänläkare se ut hur som helst? - *Göran Sjönell, diskussionsledare*
19.30 - **MIDDAG**, Rikssalen Uppsala slott. Underhållning och dans till Svenska Showorkestern Phontrattarne

Onsdag 28 oktober

- Utbildningen - ordförande Gösta Tibblin**
- 8.30 - 9.45 Symptompresentation i konsultationen - *Carl-Edvard Rudebeck med medarbetare*
9.45 - 11.45 Utbildningens fyra delar - en diskussion
Grundutbildningen - *Göran Westman, inledare*
AT-tjänstgöringen - *Sten Larsson, inledare*
Specialistutbildningen - *Ulf Måwe, inledare*
Efterutbildningen - *Christina Nerbrand, inledare*
- 11.45 - 13.15 **LUNCH**
- Forskningen - ordförande Kurt Svärdsudd**
- 13.15 - 15.15 Det bästa inom svensk allmänmedicin
Lund - *Bengt Scherstén*
Uppsala - *Gösta Tibblin*
Göteborg - *Calle Bengtsson*
Stockholm - *Hans Åberg*
Linköping - *Erik Trell*
Umeå - *Birgitta Hovelius*
Malmö - *Lennart Råstam*
- 15.15 - 15.30 **KAFFE**
15.30 - 17.00 Är svensk allmänmedicinsk forskning på rätt väg? - *Jurymedlemmar: Lars Werkö, Christian Borchgrevink, Egon Jonsson, Leni Björklund, Claes-Göran Westrin m fl*
17.00 - 17.10 Avslutning - *Kurt Svärdsudd*

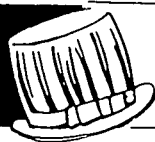
Anmälningsblankett

Jag anmäler mig och emotser inbetalningskort samt ytterligare information
(Konferensavgift: 2.300:- exkl moms. Avgiften inkluderar kaffe och lunch två dagar samt slottsmiddag)

.....
Namn Tel arb

.....
Adress Postnr Postadress

Insändes till Institutionen för allmänmedicin, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala, senast den 1 september



Metabolic Disturbances in Primary Hypertension

Special Focus on Non-pharmacological Treatment of Hyperinsulinemia

Peter Nilsson disputerade den 1 november 1991 vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby. Opponent var docent Christian Berne, Institutionen för medicin vid Uppsala universitet. Huvudhandledare har varit docent Lars H Lindholm, Dalby.

Nyckelord: Hypertoni, läkemedelsbehandling, risk-faktorer, insulin, blodfetter, socialgrupp.

I ett flertal undersökningar har man kunnat påvisa en kvarstående risk för behandlade hypertoni-patienter att insjukna i hjärt-kärlsjukdom trots god blodtryckssänkning. Denna kan bero på att blodtrycket inte sänkts till normotensiv nivå, men även på närvaro av andra riskfaktorer till exempel metabola, hemostatiska och psyko-sociala. Peter Nilsson har i sitt avhandlingsarbete undersökt en kohort behandlade hypertoniker (HT; n=418) och jämfört dem med ålders- och könsmatchade normotensiva kontroller (NT; n=418) valda från samma befolkning i Dalbydistriktet för att finna möjliga förklaringsmodeller till de höga kvarstående riskerna.

I en första tvärsnittundersökning 1984/85 påvisades att plasmanivån av den natriuretiska förmakspeptiden (ANP) ej skilde sig mellan HT och NT, då ANP mättes utan föregående plasmaextraktion. Samma fynd erhöles vid en senare undersökning där plasmaextraktion företagits före analys. Detta innebär att natriumbalansen hos hypertoniker ej förefaller att inkludera förhöjda nivåer av ANP, oberoende av använd laboratoriemetod.

I samband med nästa tvärsnittundersökning 1987/89 undersöktes HT avseende status, metabola variabler och sociala bakgrundsfaktorer. HT visade sig ha högre kroppsvikt och högre blodtryck än NT, trots behandling, 157/88 jämfört med 138/78 mm Hg. HT hade även högre nivåer av B-glukos, P-insulin och P-C-peptid, både



Peter Nilsson i samtal med opponenten Christian Berne (tv) under en paus i disputationssakten.

i fasta och efter stimulering med en oral glukostoleranstest. S-triglycerider var högre hos HT än hos NT, men ingen skillnad sågs i S-kolesterol mellan grupperna. Förekomsten av ned-satt glukostolerans och typ II diabetes var tre gånger högre hos HT än hos NT, 28.1 procent jämfört med 9.4. Insulinsummavärdet (beräknat från fastevärde + 2 timmarsvärde) hade ett oberoende samband med hypertoni-diagnosen i en multivariat analys, då inflytande av bland annat ålder, kön och vikt eliminerats.

HT uppvisade vidare en lägre social klassammansättning än NT (baserat på uppgifter om yrke och utbildning). Det kunde även visas att den relativa risken (beräknad som odds-kvoter) för hypertoni var lägre i lägre socialgrupper än i högre vid exposition för olika biologiska riskfaktorer för hypertoni. Förekomsten av biologiska riskfaktorer var jämnare fördelad mellan HT och NT i de lägre socialgrupperna. Detta innebär att det möjligen finns andra riskfaktorer för hypertoni, sannolikt av en psyko-social genes.

I två ettåriga prospektiva studier gjordes slutligen ett försök att med

icke-farmakologisk behandling påverka olika metabola riskfaktorer. Först gjordes en pilotstudie med intervention mot hyperkolesterolemi (1988/89) och sedan en randomiserad, kontrollerad studie för att reducera hyperinsulinemi (1989/90). Resultaten från den senare studien visade att aktiv icke-farmakologisk behandling kunde minska vikt, blodtryck och insulin-nivåer hos individer med hyperinsulinemi utan att glukostoleransen påverkades. Detta talar för en minskad insulinresistens. Insulinsänkningen var oberoende av viktförändringen.

Sammanfattning

Peter Nilsson har visat att (behandlade) HT har betydligt fler metabola riskfaktorer än NT. Detta kan bero dels på att så kallad insulinresistens förekommer hos HT och dels på att den använda läkemedelsbehandlingen av HT ogynnsamt påverkat de metabola parametrarna. Aktiv icke-farmakologisk behandling har visat sig kunna påverka insulinresistensen i gynnsam riktning hos personer med höga insulinnivåer. Detta kan vara betydelsefullt inte bara för HT. Risken att utveckla hypertoni har visats vara lägre i lägre socialgrupper än i högre vid exposition för olika riskfaktorer. Detta innebär att det sannolikt finns andra än traditionella riskfaktorer som är verksamma i lägre sociala grupper, möjligen av psyko-social genes.

Christian Berne gjorde en elegant opposition och gav Peter Nilsson generösa möjligheter att visa sin bredd och beläsenhet.

Författarpresentation

Lars H Lindholm, docent, distriktsläkare.

Postadress: Centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet, 240 10 Dalby.



Cold as a Risk Factor for Coronary Mortality

A Study of Aggregated Data from Different Regions in Sweden

Staffan Gyllerup disputerade den 17 januari 1992 vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby. Opponent var professor Kurt Svärdsudd, Institutionen för allmänmedicin vid Uppsala universitet. Huvudhandledare har varit docent Lars H Lindholm, Dalby och biträdande handledare professor Jan Lanke, Institutionen för statistik vid Lunds universitet.

Nyckelord: Kyla, hjärtinfarkt, riskfaktor, registerstudier, socialgrupp, socio-ekonomiska faktorer, blodfetter, hypertoni.

Sambandet mellan kallt väder och kärlkramp är välkänt. En säsongsvariation med högre insjuknande och dödlighet i kranskärslssjukdom under den kallare delen av året har påvisats i ett flertal länder. I Europa är länder med hög dödlighet i kranskärslssjukdomar belägna i de norra och nordvästra delarna, medan man finner en låg dödlighet i Medelhavsländerna.

Syftet med Staffan Gyllerups avhandlingsarbete har varit: att studera regionala samband mellan köldb belastning och dödlighet i kranskärslssjukdom, att pröva hypotesen att köld är en riskfaktor för dödlig kranskärslssjukdom och att väga in andra faktorer som har ett känt samband med kranskärslssjukdom.

Regressionsanalyser har utförts med Sveriges kommuner som enhet. Indirekt standardiserade dödlighetstal för diagnosen akut hjärtinfarkt för män i åldersgruppen 40–64 år har använts som mått på dödligheten i kranskärslssjukdom. Perioden 1975–1984 har studerats. Ett köldindex har beräknats för varje kommun. Detta index och hårdhetsgraden i dricksvattnet, socio-ekonomiska faktorer, to-



Staffan Gyllerup Aktivt försvarande sin avhandling

baksbruk, försäljning av medel mot högt blodtryck och försäljning av smör har använts som faktorer att förklara regionala skillnader i dödlighet i kranskärslssjukdom.

Dödligheten i kranskärslssjukdom var 40 procent högre i den tiondel av befolkningen som levde i den kallaste delen av landet jämfört med dödligheten i hela Sverige. Köldindex var den starkaste förklarande faktorn och kunde förklara 39 procent av de regionala variationerna i dödlighet i kranskärslssjukdom. Köldindex var också den starkaste förklarande faktorn i en multipel regressionsmodell där fyra andra starka faktorer behövde användas för att uppnå samma förklaringsgrad som köldindex ensamt. Till och med när köldindex introducerades som den sista faktorn i en förklaringsmodell ökade förklaringsgraden påtagligt.

Sammanfattning

Vid hypotesprövningen förelåg sålunda flera indicier på att köld skulle betraktas som en riskfaktor för dödlighet i kranskärslssjukdom, åtminstone när man betraktar aggregerade data. Det finns flera tänkbara mekanismer för hur köld kan påverka kranskärslscirkulationen: *direkt* genom inverkan på muskelspänningen i kranskärslsväggen eller via inverkan på blodets flödesegenskaper, eller *indirekt* via andra etablerade riskfaktorer för kranskärslssjukdom som till exempel blodtryck, blodfetter eller fettkonsumtion.

Kurt Svärdsudd gjorde en mycket fin och noggrann granskning av avhandlingen. Staffan Gyllerup berömdes bland annat för den statistiska-epidemiologiska analysmetodiken och för det omfattande arbete som nedlagts i bland annat sökandet efter användbara (register) data.

Författarpresentation

Lars H Lindholm, docent, distriktsläkare.

Postadress: Centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet, 240 10 Dalby.



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 blodtryckskontroll.

Förutom att sänka blodtrycket ger Pramace® positiva effekter som regress av vänsterkammarhypertrofi^[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 Fichtstadt HW, Felix R, Langer M et al. Am J Cardiol 1987;59:98D-103D. 2 Gotz 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 031-776 35 00.

Specialistexamen i Sundsvall 1991

OLOF ENGLUND

1991 års specialistexamen i allmänmedicin fick sin final under pampiga former i Sundsvall den 15 november. När de 33 unga kollegor som avlagt examen mottog sina diplom fullbordades en examensperiod som startat åtta månader tidigare.

Nyckelord: Specialistexamen, allmänmedicin, specialistutbildning.

1991 års examen byggde på erfarenheterna från examen 1989 i Luleå som var den första. Då examinerades elva FV-läkare av lika många examinаторer. Uppdraget att ordna en examen kom från både Läkaresällskapet och Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM). Utvecklingsarbetet har främst gjorts av SFAMs examensutskott med Ulf Måwe, distriktsläkare i Luleå, i spetsen. De lokala arrangemangen i Sundsvall utsågs Ylva Johansson, studierektor i Sundsvall, att sköta.

Genomförande

Möjligheten att genomgå examen annonserades i Läkartidningen, Allmänmedicin, Distriktsläkaren och Tfyl (Tidskrift för yngre läkare). Intresserade allmänmedicinare, som hade mindre än sex månader kvar på sin utbildning eller varit färdiga i högst två år, skulle anmäla sig före 15 mars. Examinationens första del bestod av följande fyra dokument, som skulle vara insända senast 1 oktober: kort presentation av deltagaren, sammanställning av specialistutbildningen, handledaryttrande samt eget skriftligt arbete. Nästa moment, som var ett skriftligt prov, genomfördes decentraliserat på deltagarnas respektive vårdcentraler 17 oktober. Under tiden 1 oktober till 14 november inlades en så kallad vårdcentralsdag, då varje deltagare besöktes på sin vårdcentral av en examinator. För dem som klarat samtliga dessa moment avslutades examinationen i Sundsvall den 15 november.

Egen presentation

Den egna presentationen skulle omfatta 1–2 textsidor och kort beskriva livshistoria, utbildning, familjesituation och utveckling till allmänmedicinare. Examinator och examinand för-



Examinatorer:

Ulf Måwe, Henning Bohlin, Markus Kallionen, Olof Englund (organiserar specialistexamen 1992 i Östersund), Göran Westman, Leif Persson, Per Olsson, Sven Engström, Bengt Hofverberg, Robert Svartholm, Christer Nordenhäll, Björn Olsson. Marja-Riitta Pitkänen, Eva Johansson, Birgit Breitholtz, Ylva Johansson, Margareta Troein, Anna-Karin Furhoff.

fattade vardera en egenpresentation, som därefter utväxlades i avsikt för bägge att bekanta sig med varandra. Momentet ingick inte i bedömningen.

Sammanställning av specialistutbildningen

I ett speciellt formulär fick deltagarna ange och bedöma sina tjänstgöringar på vårdcentraler och sjukhuskliniker. Vidare skulle NLV-kurser, viktigare andra kurser, lästa tidskrifter och litteratur anges och värdesättas. Detta moment ingick inte heller i bedömningen.

Handledaryttrande

Varje deltagares handledare skulle enligt ett utförligt formulär och på en skala från 0 till 10 bland annat bedöma sin adepts undersökningsteknik, förmåga till problemhandläggning, journalföring och personalsamarbete. Handledaren skulle också ange examinandens bästa sidor respektive sidor som behövde utvecklas. Examinanden hade å sin sida att redogöra för hur handledningen gått till och hur handledaren fungerat. Många hade handledningen några år bakom sig och dess kvalitet visade sig mycket varierande. Handledaryttrandena gav en hel del

information, men ingick inte heller i examensbedömningen. Detta för att en mindre god handledare inte skulle "förstöra" för examinand.

Eget skriftligt arbete

Det skriftliga arbetet rekommenderades motsvara cirka två veckors arbete och omfatta 3–10 sidor. Innehållet angavs kunna vara analys av patientgrupp, utvecklingsarbete på vårdcentral, översikt över allmänmedicinskt problem och liknande. Några examinander hade redan gjort ett FoU-arbete men flertalet utförde sina arbeten under examensperioden. Detta moment var nog vad deltagarna gruvade sig mest för, eftersom läkarutbildningen dåligt förberett för egna projekt och skriftliga arbeten. Dokumenten redovisades muntligt under den avslutande examensdagen.

Skriftligt prov

Det skriftliga provet bestod av åtta kortfrågor, där några få meningar räckte som svar, och fem långfrågor, där en utförligare bedömning önskades – se vidstående exempel på frågor. Avsikten var att frågorna skulle spegla vanliga allmänmedicinska problem. De hade konstruerats och testats av

examinatorsgruppen. Skrivningen genomfördes på varje deltagares egen vårdcentral den 17 oktober klockan 13–15. Inga hjälpmedel var godkända och handledarna övervakade processen. Samtliga skrivningar rättades sedan dubbelt av två utsedda examinators. Deras respektive bedömning visade sig överensstämma överraskande väl.

Vårdcentralsdag

Datum för examinatorers personliga besök på examinandens vårdcentral bestämdes av kontrahenterna i samråd, men skulle infalla mellan 1 oktober och 14 november. Under en knapp arbetsdag gick man igenom utbildningssammanställning, handledaryttrande och ett antal journalanteckningar, samt några utförligare intyg. Viktigaste momentet var när examinatorn satt med på några timmars patientarbete ("sit-in"). Detta hade många i examinandskaran varit oroliga för, men upplevdes sedan som mycket positivt. Tekniken med "sit-in" har ännu inte riktigt slagit igenom i handledningsarbetet landet runt, men blir troligen mera rutin i och med ST-reformens införande.

Examensdag

Under förutsättning att man klarat samtliga föregående moment, gick man vidare till den avslutande examensdagen i Sundsvall den 15 november. Här samlades alla 17 examinators och 33 av de ursprungliga 36 examinanderna – under delmomentens gång hade tre deltagare av olika skäl fallit bort. Examensdagen bevakades av ett tjugotal representanter för Läkaresällskapet, Läkärförbundet, SFAM, DLF, SYLF, socialstyrelsen, landstinget i Västernorrland, dagspressen med flera.

Efter presentation av deltagarna startade dagen med en genomgång av det tidigare genomförda skriftliga provet. Varje fråga kommenterades av de utsedda rättarna. Även publiken bidrog livligt med synpunkter. Handläggningsrutiner för aktuella problem visade sig kunna variera något över landet.

Efter lunch vidtog seminarierna för de skriftliga arbetena. I grupper om sex examinander redovisades varje projekt under 15 minuter, varefter följde diskussion. Spännvidden mellan ämnena var stor. Studier av diabetespatienter och screening av hyperlipidemi blandades med katastrofplanering och intervjuer med smärtdrabbade. Diskussionerna blev överlag livliga.

Här är exempel på skrivningsfrågorna. På kortfrågorna önskades några meningar till svar, på långfrågorna ett längre resonemang.

Kortfråga 1

Flytning är ett vanligt symptom vid gynekologisk ohälsa hos kvinnor. Nämn tre viktiga orsaker till flytning i åldersgrupperna:

A: Före menarche.

B: Efter menopaus.

Kortfråga 5

Mamma och pappa kommer till mottagningen med 5-årig dotter, som har sönderrivna eksemliknande förändringar på underarmar samt i armveck och knäveck. Huden i övrigt är allmänt torr och litet sönderriven över rygglutet.

– Föräldrarna vill nu ha barnet testat för att få reda på vad barnet är allergiskt mot. Vad gör du?

Långfråga 1

Ängslan, oro

En 41-årig kvinna söker för att få lugnande medicin. Du träffar henne för första gången, men det framgår av journalen att hon för ett par år sedan hade kontakt med en kollega, som nu slutat på vårdcentralen. Anteckningarna är summariska, men det framgår

att hon på grund av en kris fått Sobril 10 mg till natten. Kvinnan har sökt vårdcentralens AT-läkare för tio dagar sedan och i journalen kan du läsa att AT-läkaren inte ansåg sig kunna tillmötesgå patientens önskemål om sömnmedel.

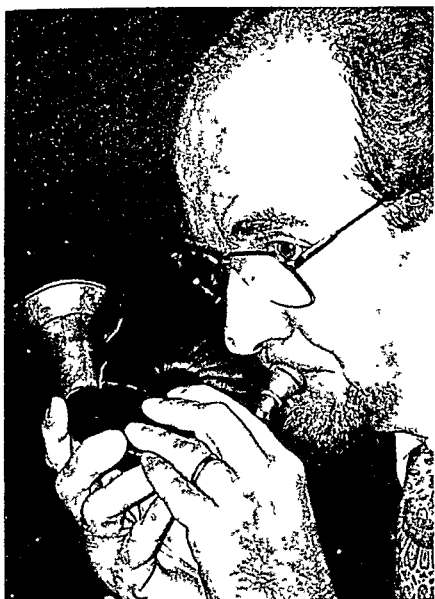
Vid konsultationen berättar kvinnan att hon är i behov av Sobril, dels för sömnen, dels ibland dagtid då det "känts som värst", med klumpkänsla i halsen och oro i magen. Besvären har utlösts av att hon snart ska få sitt andra barnbarn, som är hennes äldste sons andra barn. Det första barnbarnet är svårt handikappat av ryggmärgsbräck och kvinnan oroar sig för att även nästa barnbarn ska vara missbildat, trots att alla undersökningar varit normala.

Själv har hon fött tre söner, den äldsta som nu fått barn, den andre som hade en grav läpp-gomspalt och den tredje som dog i plötslig oväntad spädbarnsdöd. Hon är skild från sönernas far och uppger att hon nu lever i ett gott sambo-förhållande. Hon trivs med arbetet. *Status:* Inga tecken på missbruk. Ger god kontakt, adekvat känsloreaktion under samtalet.

– Med ledning av ovan givna information, vad gör du? Diskutera och motivera.



Martin Ingebrand, Sundsvall redovisar sitt projektarbete.



SFAM's ordförande Mats Ribacke stöter i hornet och kallar till den högtidliga diplomutdelningen.

Efter examinatorgruppens kollegium sammanfattades varje examensdeltagares insatser under ett personligt samtal.

Festlig avslutning

På restaurang Maritim i Sundsvalls hamn och iförda högtidskläder hyllades de lyckliga som godkänkts i examen med gåvor från Västernorrlands läns landsting och Distriktsläkarföreningen. Diplom i flott utförande utdelades av SFAMs ordförande Mats Ribacke och Läkaresällskapets vice ordförande Bengt Zederfeldt. Därefter bjöds en överdådig middag, som inramades av högtidstal, en och annan mustig historia och avslutande dans.



Examinanderna får diplom från SFAM och gåvor från Västernorrlands Landsting och Distriktsläkarföreningen.

På bilden: Bengt Zederfeldt, Läkaresällskapet, Göran Enberg, sjukhusdirektör i Medelpad och Ylva Johansson, studierektor i Medelpad.

Diskussion

Examen i allmänmedicin har redan till andra examenstillfället hittat ett bra koncept, som verkar tilltalande för både deltagare och bedömare. En utförlig utvärdering av examen i Sundsvall har gjorts av Markus Kallioinen och Ove Granholm vid Primärvårdens Utvecklingsenhet i Medelpad.

1992 är det Östersunds tur att vara värd för en examen med avslutningsdag den 20 november. Examen går i år tillsammans med SFAMs höstmöte 19-20 november. En ny grupp examinatore har utbildats vid en tredagars-

kurs i Vålådalen. Smärre justeringar har gjorts av examensinnehållet. Examensperioden startade i mars och cirka 40 anmälningar ha inkommit, varför ytterligare efteranmälningar kan tas emot. Information om Specialistexamen 1992 lämnas av Utvecklingsenheten, Hälsocentralen, 830 51 Offerdal.

Författarpresentation

Olof Englund, distriktsläkare.

Postadress: Offerdals hälsocentral, 830 51 Offerdal.



Anette Allhammar
Sollentuna



Anders Beckman
Malmö



Meta Björk Drotz
Sturefors



Rickard Carlsson
Piteå



Monica Christiansson
Lidingö



Annika Dahlquist
Njurunda



Gunnar Engberg
Skellefteå



Anna-Charlotte Ekengren
Borlänge



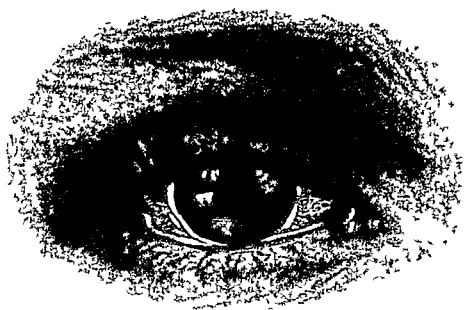
Douglas Falk
Strömstad



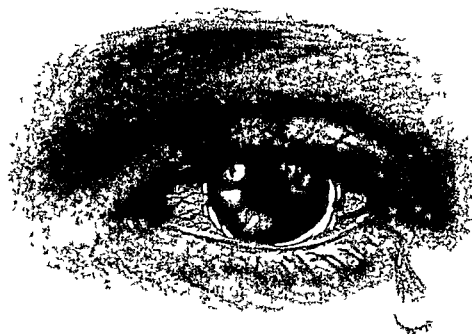
Eva Fährman
Bureå

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!**

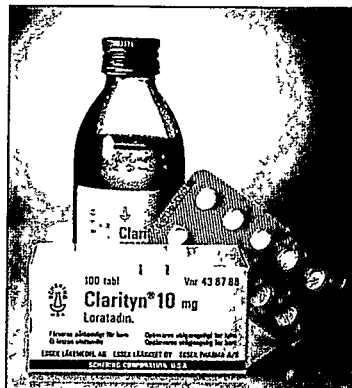
– från 8 år och med en kroppsvikt
över 30 kg. Mixtur (persikosmak)
10 ml x 1 eller tablett 10 mg x 1.

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

Icke-sederande antihistamin

CLARITYN®

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



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



**Jacob Hagos
Vallentuna**



**Torbjörn Harr
Piteå**



**Eva Hjertsén
Ånge**



**Martin Ingebrand
Sundsvall**



**Agneta Jedefors
Saltsjöbaden**



**Alf G Kihlström
Matfors**



**Per Kristiansson
Sundsvall**



**Karin Lindhagen
Uppsala**



**Ulrika Lorentzon
Malmö**



**Jens Lunnergård
Sollentuna**



**Karl-Olof Meischner
Stockholm**



**Ulla Nordström
Stockholm**



**Birgit Nyman-Ericson
Sundsvall**



**Christer Olofsson
Karlskrona**



**Peter Olsson
Jokkmokk**



**Cecilia Ryding
Stockholm**



**Sture Sjögren
Tidaholm**



**Åse Sjöstedt
Malmö**



**Per Steneryd
Sundsvall**



**Alexandra Stenram-Lindquist
Eslöv**



**Gudny Sveinsdóttir
Västra Frölunda**



**Eva Toth-Pal
Solna**



**Gunni Ödegaard
Malmö**

(lofepramin)

TYMEŁYT

(lofepramin)

har minst biverkningar
och lägsta suicidrisk av
tricykliska medel^{3,4}

1

"De nyregistrerade anti-depressiva medlen fluvoxamin, mianserin och moklobemid, bör av säkerhetsskäl tills vidare reserveras för patienter med intolerabla biverkningar av TCA-medel och företrädesvis användas av specialister i psykiatri." 2

2

Tabl. 35 och 70 mg
Se även FASS

[illegible]

Lundbeck

H. Lundbeck AB, Box 23, 250 53 Helsingborg, Tel. 042-201360

Kan man förändra människors livsstil och därmed vinna förbättrat blodtrycksläge?

En undersökning av icke-farmakologisk behandling av hypertoni

LB 6657

BRITT SJÖLIN-ISRAELSSON

En försöksverksamhet med icke-farmakologisk behandling på sköterskebaserad hypertoni-mottagning inleddes 1986 på Råneå vårdcentral i Norrbotten. Efter två år skedde en utvärdering. Försöket kom att omfatta 137 hypertoniker. Medelblodtrycket hos dessa sänktes från 160/96 till 155/92. Andelen med diastoliskt tryck >100 minskade från 19.7 till 5.8 procent. 29 procent kunde hållas medicin-fria hela perioden. Ytterligare 24.8 procent hade fått minskad medicin. De förhöjda medelvärdena för kolesterol och BMI förändrades inte. Det är därför tveksamt om vi trots en tämligen massiv sköterskeinsats lyckades påverka patienternas livsstil i någon högre grad.

Nyckelord: Blodtryck, hypertoni, icke-farmakologisk behandling, livsstil.

Vad är essentiell hypertoni? Frågan ställdes bland annat på Nordisk allmänmedicinsk kongress i Århus 1989 (1). Är det en metabolisk sjukdom beroende på hyperinsulinism (2) eller är det en larmsignal, som indikerar något fel i individens samspel med omgivningen? Är högt blodtryck en sjukdom eller en riskfaktor bland många för hjärt-kärlsjukdomar (3,4)?

Hittills har många av oss behandlat hypertoni som en sjukdom, vilken vi försökt bota med tillgängliga mediciner. Trots att våra patienter varit vad vi betraktar som välinställda, har flera undersökningar visat att de har en överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar (5,6). Överdödligheten kan kanske bero på att vi behandlat ett symptom men inte själva sjukdomen/orsaken.

Idag är det en självklarhet att behandla en metabolisk sjukdom som diabetes i första hand icke-farmakologiskt och att ge medicin som tillägg om så behövs. Oavsett om hypertoni är en metabolisk sjukdom eller beror på fel i livsstilen (7) är det rimligt att prova om icke-farmakologisk behandling är

av värde, något som hävdas från flera håll (8-14). De flesta undersökningar som presenteras har dock gällt motive-rade patienter, som förmodligen skul-le ändrat sin livsföring enbart genom påverkan från massmedia.

Metod

Vi beslöt på Råneå vårdcentral, hösten 1986, att erbjuda alla våra hypertoni-patienter yngre än 70 år icke-farmakologisk behandling. Hypertoni-mottagningen organiserades på samma sätt som vår diabetesmottagning. En distriktssköterska anställdes på halvtid. En timme/vecka diskuterade hon tillsammans med ansvarig läkare veckans patienter och beslut fattades om fortsatt medicinering. Sköterskan gjorde för varje patient en individuell riskprofil genom anamnesupptag om arbets- och hemförhållande samt motion-, kost-, alkohol- och rökvanor. Hon inriktade sedan sin rådgivning på det mest iögonfallande riskbeteendet i patientens livsstil. Medicinering och medicinbiverkningar noterades och provtagning innefattande Hb, SR, NA/s, Na/u, K/s, Ca/s, Krea/s, Urat/s, Chol/s, Triglyc/s, Glukos/s, GT, N-labstix och sediment gjordes initialt och vid utvärderingen. Patienten erbjöds låna hem en blodtrycksmanschett för att göra självkontroller. Alla patienter som så önskade, kunde delta i gruppundervisning om hypertoni som baserades på fyra videofilmer gjorda av Gösta Tibblin.

Beroende på vars och ens riskprofil erbjöds gruppbehandling för bantning, avslappning och rökavvänjning. Hypertoni-patienterna överfördes till hypertoni-mottagningen allt eftersom de dök upp på den vanliga mottagningen, förutsatt att de var under 70 år och saknade komplikationer till sin hypertoni. Detta gällde oavsett om diagnosen var känd sedan tidigare eller ställdes i anslutning till läkarbesöket.

All personal utbildades en heldag och därefter via fyra tvåtimmarsföreläsningar. Hypertonisköterskan utbildades dessutom två dagar i hypertoni-föreningens regi.

Studiepopulation

Studiepopulationen utgjordes av 137 patienter (77 kvinnor, 60 män, medel-

ålder 54 ± 9 år) som kom att behandlas på hypertoni-mottagningen. Observationstiden varierade. Patienterna tillkom successivt mellan oktober 1986 och oktober 1988. Flertalet tillkom under första året. Projektet avslutades i januari 1989.

Statistisk beräkning av resultaten har skett med chi-2 test.

Resultat

I medeltal gjorde var och en fem besök på hypertoni-mottagningen. Femtiotre (38.7%) deltog i gruppbildningen om hypertoni. Annars föredrog patienterna att behandlas individuellt. Sex (4.4%) deltog i bantningsgruppen och sex i avslappningsgruppen. Femtio patienter (36.5%) lånade blodtrycksmanschett för hemmätning.

Ur anamnesen framgick att 10 patienter (7.3%) hade svåra familjeproblem (skilsmässa eller svårt sjuk make/maka). Fyrtio patienter (29.2%) rapporterade om upplevelse av stress och 7 (5.1%) var utsatta för kraftigt buller på arbetet. Endast tre medgav en överkonsumtion av alkohol. Av de 37 som rökte lyckades endast tre sluta, men flera gjorde allvarliga försök. Drygt en fjärdedel (36 patienter) angav att de besvärades av värk i rygg eller leder.

Det visade sig att det vanligast förekommande rådet patienterna erhållit, var att minska på fetthalten i kosten, därefter rådet att minska saltintaget och öka motionen. Många fick flera råd samtidigt.

Blodtryck

Resultaten redovisas i Tabell I. Den förbättring av blodtrycket vi tyckte oss ha funnit vid observationstidens slut var inte statistiskt signifikant. Andelen med diastoliskt tryck >100 mm Hg var dock signifikant mindre vid studiens avslutning. Som väntat uppvisade patienterna som lånat blodtrycksmanschetter bättre tryck hemma än på mottagningen (diastoliskt medeltryck 94 ± 9.6 jämfört med 102.2 ± 11.8). Jämförelsen gjordes för samtliga uppmätta BT under studieperioden.

BMI

Sextiotvå (49%) hade BMI mellan 25 och 30 och 30 (24%) hade BMI >30.

Tabell I. Jämförelse av patienternas blodtrycksnivåer vid studiens början och vid dess slut.

Mätvariabel	Vid studiens början	Vid studiens slut	
Blodtryck syst	160±14.2	155±15.6	NS
Blodtryck diast	96±8.9	92±7.7	NS
Andel patienter med diast BT <95 mm Hg	40%	50%	NS
Andel patienter med diast BT <90 mm Hg	16%	22%	NS
Andel patienter med diast BT >100 mm Hg	20%	6%	p<0.001

Två tredjedelar av hypertonikerna var alltså överviktiga. I båda grupperna fanns i det närmaste lika många män som kvinnor. Medelvärde på BMI var 28±4.2. Det lyckades vi inte förändra, även om enstaka individer minskade 2–3 enheter, som bäst från BMI 35 till 30.

Medicinering

Resultaten framgår av Tabell 2. Cirka en tredjedel fick minskad eller utsatt medicinering. Största andelen av de mediciner som minskades eller togs bort tillhörde gruppen betablockerare och diuretika. Av dem som behandlats med betablockerare någon gång under projekttiden rapporterade 30 procent biverkningar främst i form av kalla händer och fötter. Två av 16 som behandlades med ACE-hämmare besvärades av rethosta.

Laboratorieprover

Kolesterolmedelvärdet låg högt, 7.03±1.15 mmol/l, och det förändrades inte. Det var kvinnorna, de med måttlig övervikt och de som åt blodtrycksmedicin, som låg över medelvärdet medan de med BMI >30 låg under. Det fanns inget samband mellan minskning av kolesterolvärdet och sänkning av blodtrycket.

En fjärdedel av patienterna hade förhöjda triglyceridvärden, det vill säga >2.3 mmol/l. För övriga laboratorieprover förelåg inga avvikelser av klinisk betydelse.

Diskussion

Vi gick in i projektet med stor entusiasm, men det är tveksamt om vi lyckades påverka patienternas livsstil. I varje fall återspeglades det inte metaboliskt i vare sig BMI- eller kolesterolminskning. För enstaka individer skedde dock stora förändringar. Vi fick en sänkning av de högsta blodtrycken, troligen beroende på att dessa patienter fick större uppmärksamhet och tätare kontroller än vad som tidigare varit brukligt. Vi lyckades endast få tre av rökarna att sluta, trots att flera av dem försökte.

Störst förändring åstadkom vi i medicinförbrukningen. Framför allt

Tabell II. Medicinering och medicinändringar i hela studiepopulationen under studieperioden.

	Hela gruppen n=137 (%)
Utan medicin hela tiden	29 (21%)
Ökad medicin	23 (17%)
Utsatt medicin	9 (7%)
Minskad medicin	34 (25%)
Oförändrad medicin	42 (31%)

minskade kraftigt användandet av de mediciner, som rapporteras ge försämrad glukostolerans eller påverkar blodfetterna negativt. Troligen fanns bland dem som minskade eller slutade med medicin flera, som tidigare varit överbehandlade och som vågade gå med på en medicinändring nu, när de erbjöds annat behandlingsalternativ.

Varför fick vi då inte bättre resultat? Hade vi för dåliga pedagogiska kunskaper för att kunna motivera våra patienter? Finns det, som antyds i nyare forskning (2), ett grundläggande metaboliskt fel hos våra hypertoniker, för vilket vi ännu inte hittat bästa behandlingsmetoden?

Tidigare undersökningar har gällt välmotiverade patienter vilket kan vara ett skäl till att man kunnat presentera bättre resultat (11,14) än vi. Det fanns i vårt material en antydning till bättre slutvärden för dem som lånade blodtrycksmanschett och deltog i gruppundervisningen, men skillnaden mot hela gruppen var inte signifikant.

Om vi vill erbjuda icke farmakologisk behandling även till dem som primärt inte är motiverade att ändra sin livsstil måste vi försöka finna bättre pedagogiska modeller.

Människor är inte beredda att ändra livsstil bara för att vi inom sjukvården säger till dem. Övertygelsen om behovet av förändringen måste komma inifrån dem själva.

Referenser

1. Nilsson P, Lindholm L, Scherstén B. Allmänläkaren och det metabola syndromet – en ny syn på hypertensiv sjukdom och dess behandling. Nordiske kongress i almen medicin 1989. Muntligt.
2. Pollare T. Disturbances in carbohydrate and lipid metabolism in patients with primary hypertension. Acta Upsaliensis 1989;199.
3. Peterson B. Blodtryck som riskfaktor för koronardöd och hjärtinfarkt hos män. Forskning och praktik (Sandoz). 1985;17:2.
4. Skarfors E. Risk factors for development of diabetes, hypertension and coronary heart disease. Acta Upsaliensis 1989;212.
5. Isle CG, Walker LM, Beevers DG et al. Mortality in patients of the Glasgow blood pressure clinic. J Hypertens 1986;4:141–56.
6. Lindholm L. Hypertension and its risks. Epidemiological studies in Swedish primary health care. Lund: University of Lund, 1984. (Thesis)
7. Velasquez MT, Hoffman RG. Overweight and obesity in hypertension. Quart J Med 1985;215:205–12.
8. Berglund A, Andersson O, Fagerberg B, Berglund G. Icke-farmakologisk behandling av högt blodtryck. Läkartidningen 1986;83:4341–3.
9. Eliasson K. Icke-farmakologisk behandling vid arteriell hypertension. Nord Med 1987;102:45–7.
10. Fagerberg B. Ickemedikamentell behandling av hypertoni. Hypertoni Nytt 1989;2.
11. Gran B. Icke-farmakologisk behandling effektiv metod att sänka blodtrycket. Läkartidningen 1989;86:126–30.
12. Kendre J, Drury VWM, Lancashire RJ. Nurse management of hypertension. Clinics in G P assisted by a computer. Fam Pract 1985;2:1.
13. Lyberg Beckmann S et al. Icke-medikamentell behandling av mild till moderat hypertensjon. Tidsskr Nor Laegeforen 1988;108:1593–7.
14. Svensson T, Sandlund M, Bygren LO. Goda resultat av icke-farmakologisk HT-behandling vid hälsohem. Läkartidningen 1989;86:124–6.

Författarpresentation

Britt Sjölin-Israelsson, distriktsläkare.

Postadress: Bergnäsets vårdcentral, Producentvägen 10, 951 08 Lulå.

Behandling med insulin efter sekundärsvikt med perorala antidiabetika

LB06652

GUNNAR SARTOR

Sekundärsvikt vid tablettbehandlingad diabetes är ej ovanligt, övergång till insulinbehandling är då vanligen regel. Här redovisas en retrospektiv uppföljning av de effekter insulin haft på metabol kontroll och viktutveckling, särskilt mot bakgrund av utgångsvikten.

Nyckelord: Typ II diabetes, sekundärsvikt, insulinbehandling, klinisk forskning.

Med ökande duration av typ II diabetes (icke-insulinberoende diabetes) svarar många patienter allt sämre på tablettbehandling (1). Beroende på avsaknad av kriterier för att definiera sekundärsvikt finns mycket varierande siffror för frekvensen därav (2). Om god behandlingskontroll definieras som fasteblodglukos under 7 mmol/l har 80 procent av våra patienter dålig metabol kontroll (3). Någon vägledning för när insulinbehandling ska påbörjas vid typ II diabetes får man ej heller direkt av konsensusuttalandet (European NIDDM Policy Group) som i denna fråga utmynnar i "not too late, not too early" (3).

Riktmärke för sviktdiagnos vid medicinkliniken i Halmstad har varit fasteblodglukos över 8 mmol/l, icke-fasteblodglukos över 12 mmol/l. Trots detta avstår vi även då ibland från övergång till insulin. Bidragande till detta kan vara sociala omständigheter, patientens ålder, förväntad dålig följsamhet med terapin med mera. Här lämnas en retrospektiv redogörelse för utfallet av insulinbehandling hos en grupp tablettsviktande diabetiker. Omställning till insulin i Halmstad har i regel skett under några dagars slutenvård. Skälet till detta är att vi då ansett oss ha de bästa möjligheterna att ge patienten en fullständig information från läkare, diabetessköterska och dietist.

Material och metoder

För perioden september 1985 till och med december 1988 identifierades retrospektivt 69 patienter som bytt diabetesbehandling från perorala antidiabetika (sulfonureider och/eller biguanid) till insulin och där skälet till detta var tablettsvikt. Bedömningarna har som regel gjorts av artikelförfattaren. Patienter som vid hjärtinfarkt eller pneumoni sviktat i sin diabeteskontroll och ställts på insulin på grund av detta har

exkluderats, likaså patienter där skälet till byte varit till exempel bristfällig sårhäkning eller kontraindikationer mot fortsatt tablettbehandling. Ur journalerna har tagits fram uppgifter för kroppsvikt, kroppslängd, hemoglobin A1c (HbA1c) före start av insulinbehandling liksom utskrivningsdos insulin och antal insulininjektioner per dygn. Flertalet patienter har därefter handlagts i primärvården. Genom enkät hösten 1989–våren 1990 till uppföljande läkare erhöles data för vikt, HbA1c, insulindos och -regim tidigast 11 månader efter starten med insulinbehandling. Patienterna fördelades på en normalviktig grupp och en överviktig grupp baserat på body mass index (BMI) (kg/m^2) vid insulinstart. Normalvikt var för män $\text{BMI} \leq 27$, kvinnor $\text{BMI} \leq 25$. Övervikt var för män $\text{BMI} > 27$, kvinnor $\text{BMI} > 25$ (4). Referensområde för HbA1c är 4.0–5.3 procent.

Students t-test för parade observationer eller för gruppobservationer användes vid de statistiska bearbetningarna av analysresultaten.

Resultat

Uppgifter på HbA1c och/eller vikt saknades vid insulinstarten för sju och vid uppföljningen för ytterligare tolv patienter. Tre patienter avled under uppföljningstiden.

Materialet består sålunda av 47 patienter med en medelålder vid insulinstarten på 61.9 år ($\text{SD} \pm 7.9$) och en känd medelduration av diabetessjukdomen på 9.8 år (± 5.7). De har fördelats efter BMI i en normalviktig grupp (16 kvinnor och 14 män) och en överviktig grupp (11 kvinnor och 6 män). Medelvärde för BMI för dessa grupper var $22.2 (\pm 2.4)$ respektive $30.6 (\pm 3.8)$.

Det förelåg ingen signifikant skillnad i tid med insulinbehandling mellan grupperna vid uppföljningen 17.4 (± 5.4) respektive 15.8 månader (± 4.7).

Kroppsvikt, HbA1c, insulindos/kg och dygn vid utskrivningen från sjuk-

huset samt vid uppföljningen framgår för de båda grupperna av Tabell I och II. Båda grupperna får en signifikant stegring av kroppsvikt, en signifikant nergång av HbA1c, mest uttalat i den initialt normalviktiga gruppen. Någon förändring av insulindos kunde ej noteras. Vid jämförelse mellan de normalviktiga och överviktiga grupperna förelåg inga signifikanta skillnader beträffande HbA1c vid insulinstart eller vid uppföljningen ($p=0.79$ respektive 0.08) eller insulindos ($p=0.37$ respektive 0.28) medan vikten var och förblev signifikant lägre för de initialt normalviktiga ($p < 0.001$ vid båda tillfällena).

Diskussion

Det är en allmän klinisk uppfattning att byte från perorala antidiabetika till insulin vid sviktande metabol kontroll av typ II diabetes ofta inte infriar de förväntningar läkare och patient haft (5–7). I denna uppföljning har byte till insulinbehandling lett till en förbättrad metabol kontroll, mest tydligt dock hos de som från början var normalviktiga. Förväntningarna från både läkare och patient kan därmed sägas vara uppfyllda. Föreliggande material har följts upp retrospektivt med åtföljande metodologiska svagheter, bland annat saknas relevanta kliniska uppgifter i närmare 25 procent av fallen. Patienterna har också genomgått flera selektioner som till exempel beslut om inremittering till medicinklinik och vid medicinkliniken ett slutligt beslut om terapibyte och patientens acceptans därav. Vidare finns ej någon konsekvent genomförd mätning av plasma-C-peptid, vilken är en indikator på den endogena insulinproduktionen och som därför kan vara en vägledning vid val av behandling (8). Materialet torde därför, åtminstone bland de normalviktiga patienterna, omfatta även långsamt insjuknande typ I diabetiker. Detta senare skulle kunna vara en förklaring till varför den metabola kontrollen

Tabell I. Initialt normalviktiga patienter. Kliniska data (x+SD) vid start av insulinbehandling och efter minst 11 månaders behandling därmed.

	Insulinstart	Uppföljning	Signifikansnivå
BMI (kg/m^2)	22.2 ± 2.4	25.1 ± 2.5	$p < 0.001$
Vikt (kg)	62.8 ± 10.3	70.9 ± 11.2	$p < 0.001$
Hemoglobin A1c (%)	9.5 ± 1.6	7.7 ± 1.1	$p < 0.001$
Insulin (E/kg/dygn)	0.6 ± 0.24	0.56 ± 0.16	NS

Nicotinell[®] dygnet runt

motverkar rökbegäret

dygnet runt

Även rökare som har slutat
råkar ut för situationer
som förknippas med att ta
en cigarett.

Med Nicotinell tillförs nikotin
hela dygnet, även under
morgontimmarna, för att
motverka rökbegäret och
abstinenssymtomen.



Rökavvänjning med Nicotinell innebär att rökaren genomgår en kur. Nikotinet från cigaretten ersätts av det nikotin som penetrerar huden från Nicotinell rökavvänjningsplåster. Utmärkande för Nicotinell är att dosen successivt sänks varje månad. Syftet är att patienten skall vara helt nikotinfri efter ungefär tre månader.

Att bryta en dålig vana

En viktig del av rökavvänjningen är att förmå patienten att bryta de vanor som är förbundna med rökningen, utan att skapa nya dåliga vanor. Här kan Nicotinell vara till hjälp, eftersom plåstret finns på plats hela tiden, diskret men verkamt. Patienten behöver inte riskera att stå utan hjälpmedel mot sitt nikotinbegär. Plåstret är ett kvitto på skyddet mot abstinensbesvären.

Nicotinell är enkelt att använda

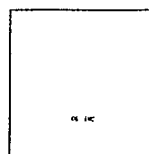
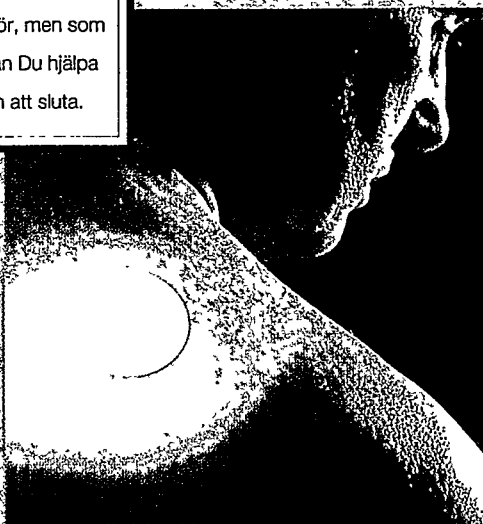
Ett plåster per dygn räcker för att ge jämn tillförsel av nikotin under hela dygnet. Nicotinell motverkar abstinensbesvären och minskar rökbegäret. Kontrollerade undersökningar visar att signifikant fler

rökare lyckas sluta när de behandlas med Nicotinell jämfört med placebo (Abelin T et al, Lancet 1:7-10, 1989).

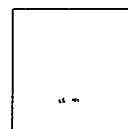
Byt plats för plåstret varje dag

Några allvarliga biverkningar har inte rapporterats med Nicotinell. För att förebygga hudirritation och klåda skall patienten byta plats för plåstret varje dag, så att det inte appliceras på samma hudyta två gånger samma vecka.

Den som skall sluta röka måste bestämma sig. Om inte målet är att bli fri från nikotinbegäret är risken för återfall stor. Motivationen måste rökaren själv stå för, men som läkare kan Du hjälpa rökaren att sluta.



21 mg/24 tim, Ø 62 mm



14 mg/24 tim, Ø 51 mm



7 mg/24 tim, Ø 36 mm

Nicotinell

Depotplåster 7 mg/24 tim, 14 mg/24 tim och 21 mg/24 tim

Hjälp mot abstinensbesvär i samband med rökavvänjning

V03A J00

Deklaration.

1 depotplåster à 7 mg/24 tim innehåller: nikotin 17,5 mg, const. q.s.
1 depotplåster à 14 mg/24 tim innehåller: nikotin 35 mg, const. q.s.
1 depotplåster à 21 mg/24 tim innehåller: nikotin 52,5 mg, const. q.s.

Indikationer. Hjälpmedel vid rökavvänjning. Behandling av nikotinberoende när nikotintuggummi ej kan användas.

Kontraindikationer. Känd hudöverkänslighet eller nikotinalergi. Generaliserade hudsjukdomar. Akut myokardinfarkt, instabil angina pectoris, allvarlig hjärtarytm, nyligen genomgången cerebrovaskulär sjukdom.

Förelidighet. Grava hjärt-kärlsjukdomar.

Graviditet. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt g. Nicotinell skall ej användas under graviditet. Nikotin passerar över till fostret och ökar dosberoende fostrets hjärtfrekvens i måttlig grad. Den kliniska betydelsen är oklar.

Amning. Grupp III. Nikotin passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även med terapeutiska doser.

Biverkningar. Vanligaste biverkan är olika former av lokala hudreaktioner som kan uppträda hos upp till 1/3 av patienterna.

Vanliga (>1/100)

Allmänna: Yrsel, huvudvärk, led- eller muskelsmärk, influensaliknande symtom.
GI: Buksmärtor, dyspeptiska besvär.
Hud: Reaktioner vid applikationsstället såsom klåda och erytem av varierande grad, eventuellt med lokalt inflammatoriskt infiltrat.
Psyke: Sömnstörningar, livliga drömmar, oro, irritabilitet, nedstämdhet.
Övriga: Ökad svettning.

Mindre vanliga

Cirk: Palpitationer.

Sällsynta (<1/1000)

Cirk: Förmaksarytmier.

Nicotinell kan i princip orsaka liknande biverkningar som nikotin tillfört genom rökning. För vissa av de centralnervösa biverkningarna gäller att de även skulle kunna hänföra sig till symtom på nikotinabstinens.

Dosering. Ett plåster Nicotinell en gång per dygn. Plåstret skall sitta kvar hela dygnet. Behandlingen inleds med Nicotinell 21 mg/24 tim eller 14 mg/24 tim beroende på patientens tidigare lokala konsumtion.

Vid mer än 20 cigaretter per dag: ett plåster 21 mg/24 tim, och mindre än 20 cigaretter per dag: ett plåster 14 mg/24 tim. Nicotinell 7 mg/24 tim används vid dosminskning i samband med att behandlingen avslutas.

Vid tillfredsställande effekt efter 3-4 veckors behandling byts till närmast lägre styrka. Därefter bör dosen sänkas ytterligare ett steg, alternativt fortsätts behandlingen med lägsta styrkan i 3-4 veckor. Behandlingen bör ej pågå längre än ca 3 månader. Erfarenheter av behandling hos patienter yngre än 20 år och äldre än 65 år är begränsade.

Plåstret fästas på ren, torr, hårfri och oskadad hudyta på bröstet, ryggen, överarmen eller höften. Plåstret skall pressas mot huden under 10-20 sekunder. Nicotinell skall inte appliceras två gånger i följd på samma ställe. Det bör gå en vecka innan samma hudyta används igen.

Observera. Patienter som endast rökar vid enskilda tillfällen skall ej behandlas med Nicotinell. När behandlingen påbörjas skall patienten helt sluta röka, om detta inte kan genomföras utan gradvis minskning av antalet cigaretter måste dosen Nicotinell minskas. Det är angeläget att behandlingen understöds med andra åtgärder för att underlätta rökavvänjningen, t.ex. samtalsterapi eller kognitiv terapi.

Övrigt. Bruksanvisning medföljer förpackningen.

Förpackningar. Samtliga styrkor finns i förpackningar om 7 och 21 plåster.

CIBA-GEIGY AB

Division Läkaemedel
Box 605, 421 26 Västra Frölunda
031-89 25 00

Nicotinell®

Ett enkelt hjälpmedel
vid rökavvänjning

Dygnet runt

Tabell II. Initialt överviktiga patienter. Kliniska data ($\bar{x} \pm SD$) vid start av insulinbehandling och efter minst 11 månaders behandling därmed.

	Insulinstart	Uppföljning	Signifikansnivå
BMI (kg/m^2)	30.6 ± 3.8	32.3 ± 4.0	$p < 0.001$
Vikt (kg)	86.8 ± 14.7	91.4 ± 14.2	$p < 0.001$
Hemoglobin Alc (%)	9.3 ± 1.6	8.3 ± 1.1	$p < 0.05$
Insulin (E/kg/dygn)	0.54 ± 0.19	0.63 ± 0.22	NS

blev mer förbättrad hos de initialt normalviktiga än överviktiga.

Viktuppgång noterades oavsett utgångsvikt och beror bland annat på salt- och vattenretention, minskad glukosuri och ändrad metabol omsättnings hastighet (9). Framför allt de patienter som redan var överviktiga upplevde denna ytterligare viktuppgång självfallet såsom negativ.

Om resultatet av insulinbehandling framför allt hos överviktiga typ II diabetiker icke är optimalt, kan man fundera över olika orsaker därtill och tänkbara åtgärder:

- Flertalet patienter har svårt att lyckas med viktnerdgång. Nya signaler talar nu för att dessa patienter ska ha en kombination av en kost med lågt energiinnehåll kombinerad med en beteendemodifierande behandling (10).
- Ska vi kombinera insulinbehandlingen med sulfonureid? Ett positivt utfall av en sådan kombination har nyligen presenterats i denna tidskrift (11). Många andra studier över detta ämne finns också publicerade, någon rekommendation om en generell kombinationsbehandling kan dock ej ges. Veterligt finns ingen publicerad studie på kombinationen insulin och metformin vid typ II diabetes.
- En vuxen typ I diabetikers insulin-dos brukar ligga på 0.6–0.8 E/kg kroppsvikt och dygn. Dosen var vid den uppföljande undersökningen 0.6 E/kg och dygn. Det är väl känt att insulinresistens föreligger vid övervikt, kanske skulle vi gå upp emot 1 E/kg och dygn hos denna grupp?!
- Patienterna i denna studie har fått 1 eller 2 insulininjektioner per dygn. Behandlingen har inletts under åren 1985–1988, en period under vilken majoriteten av våra typ I diabetiker skiftat över till 4-dos-behandling. Varför ska inte en äldre diabetiker med bedömt insulinbehov behandlas som en yngre, det vill säga 4-dos med insulinpenna? Självfallet får patientens aktuella ålder också vägas in. Medelåldern i detta material var dock ej mer än 62 år; den yngsta patienten var 44 och den äldste 74 år när insulinbehandlingen startades.
- Vid journalgenomgången är det slående att flertalet patienter inom

primärvården träffat många olika läkare under uppföljningstiden. För människor med kroniska sjukdomar måste vi i än högre grad verka för en bättre kontinuitet. Det är också påfallande hur få förändringar som skett, inte bara av mängden insulin utan också av antalet injektioner per dygn, efter det att patienten lämnat sjukhuset. Man kan också spekulera om inte ett bättre resultat skulle ha erhållits om en viss specialisering i form av att en doktor, en sjuksköterska per vårdcentral tog huvudansvaret för diabetespatienterna. En ökad erfarenhet av och kunskap om diabetessjukdomen leder rimligen till en större benägenhet att våga förändra en insulinregim.

På många håll i landet bedrivs en engagerad diabetesvård inom primärvården med åtföljande goda resultat. Här ska bara föras fram den modell som valts i Kisa och redovisats i tryck (12).

Diskussionen har sålunda mest rört sig om en visserligen signifikant men ej imponerande förbättring av den metabola kontrollen hos framför allt överviktiga typ II diabetiker och där man tyvärr samtidigt får ytterligare viktuppgång. Andra effekter, positiva sådana, har ej kunnat bedömas. Som exempel på sådana kan nämnas en förbättrad livskvalitet och symtomminskning. Nyligen har också visats att en 8-veckors insulinbehandling hos sekundärsviktade typ II diabetiker haft en gynnsam inverkan på lipoproteinmetabolismen, blodtrycket och urinalbuminutsöndringen, vilket allt kan tolkas som reducerade kardiovaskulära riskfaktorer (13).

Referenser

1. Groop LC, Pelhonen R, Koskimies S et al. Secondary failure to treatment with oral antidiabetic agents in non-insulin dependent diabetes. *Diabetes Care* 1986;9:129–33.
2. Shen SW, Bressler R. Clinical pharmacology of oral antidiabetic agents. *N Engl J Med* 1977;296:787–99.
3. Gries FA, Alberti KGMM. Management of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Europe: A consensus view. *Diabetic Med* 1988;5:275–81.
4. FAO/WHO/UNU Expert Consultation Report. Energy and protein requirements. WHO Techn Rep Ser 1985;724:183.

5. Peacock I, Tattersall RB. The difficult choice of treatment for poorly controlled maturity onset diabetes: tablets or insulin? *BMJ* 1984;288:1956–9.
6. Klein R, Lein BE, Moss SE et al. Glycosylated hemoglobin predicts the incidence and progression of diabetic retinopathy. *JAMA* 1988;260:2864–71.
7. Anderson RM, Hess GE, Davis WK et al. Community diabetes care in the 1980s. *Diabetes Care* 1988;11:519–26.
8. Madsbad S, Krarup T, McNair P et al. Practical clinical value of the C-peptide response to glucagon stimulation in the choice of treatment in diabetes mellitus. *Acta Med Scand* 1981;210:153–6.
9. Welle S, Nair KS, Lockwood D. Effect of a sulfonylurea and insulin on energy expenditure in type II diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 1988;66:593–7.
10. Wing RR, Marcus M, Salata R et al. Effects of a very-low-calorie diet on long-term glycemic control in obese type 2 diabetic subjects. *Arch Intern Med* 1991;151:1334–40.
11. Gamstedt A, Nilsson M. Kombination av insulin och sulfonureid vid behandlingssvikt med perorala diabetesmedel. *AllmänMedicin* 1990;11:246–8.
12. Falkenberg M. Diabetes care in a rural primary health care district where patient education is given high priority. *Metabolic evaluation. Fam Pract* 1990;7:270–2.
13. Lindström T, Olson RG, von Schenk H et al. Effects of hyperinsulinemia on risk factors for non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetologia Suppl* 1990;33:627.

Författarpresentation

Gunnar Sartor, överläkare.

Postadress: Medicinska kliniken, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad.

The American Academy of Family Physicians

44. AAFP Scientific Assembly

Tid: 15–18 oktober 1992.

Plats: San Diego, Californien, USA

Indhold: Praktiserende læger i Danmark og det øvrige Norden er også i 1992 inviteret til at deltage i de aktiviteter, som AAFP afholder i forbindelse med vore amerikanske kollegers efteruddannelse. Det drejer sig om kurser, foredrag, seminarer og workshops, som strækker sig over fire dage. Grupperejse er planlagt med afgang fra Kastrup Lufthavn, Arlanda og Fornebu. Hjemkomst efter 7/14/21 dage.

Tilmelding og information. Læge Allan Pelch, Lægehuset, Vognporten 6, 2620 Albertslund. Tel 42-641144, Danmark.



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, distriktsläkare

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

Karbamazepin och förhöjda levervärden

FRÅGA: Patienter med trigeminusneuralgi som behandlas med karbamazepin (Tegretol, Hermolepsin) kontrolleras hos distriktsläkare. Vid kontroll av transaminaser och andra leverprover finner man ibland förhöjda värden. Även om kliniska symtom eller tecken talande för leverskada i övrigt saknas, rådes patienten ofta att minska eller helt sluta med karbamazepin. Eftersom detta givetvis är en olägenhet när behandlingen i tillräcklig dos har god effekt på smärtorna efterlyses riktlinjer för handläggning av dessa fall.

SVAR: Det finns uppgifter om att förhöjda leverenzymprover uppträder hos mellan 5 och 10 procent av alla patienter som behandlas med karbamazepin. I en studie omfattande patienter mellan 6 och 60 år var dock incidensen av förhöjda levervärden så hög som 22 procent, men det gällde då främst alkaliska fosfataser (ALP) till skillnad från ALAT och andra enzymer som oftast var inom normalområdet. I en annan studie fann man att 13 patienter som fick karbamazepin hade signifikant högre medelvärde för ALP efter två års behandling jämfört med när de började medicinera, men för endast tre av dem steg värdena över referensområdet.

Gamma-GT kan vara förhöjt hos 90 procent av alla patienter som behandlas med antiepileptika, men detta tycks framför allt gälla fenytin, inte karbamazepin.

Betydligt ovanligare är svåra hepatotoxiska reaktioner. Fjorton väldokumenterade fall finns i litteraturen. Tre fall hade dödlig utgång, men andra faktorer än karbamazepin kan ha bidragit till dödsfallen. Av de övriga elva granskade fallen var 80 procent äldre än 50 år.

Symtomen debuterade inom 28 dagar efter insättning av karbamazepin och var relativt milda. Leverpåverkan var av typ hepatit snarare än cholestas och leverbiopsi visade i flera fall granulomatösa förändringar. Reaktionen anses vara en hypersensitivitetsreaktion, troligen immunologiskt medierad.

Dessa typer av reaktion är ofta associerade med andra svåra organbiverkningar såsom exfoliativ dermatit och agranulocytos.

I socialstyrelsens biverkningsregister återfinns 51 rapporter

om patologiska leverprover eller förhöjda transaminaser med troligt samband med karbamazepinmedicinering. Vidare finns sex fall av "mixed bilirubin reaction", fem fall av ikterus, fem fall av intrahepatisk gallstas, två fall av toxisk hepatopati och sju fall av "hepatisk" reaktion.

Med tanke på att den mycket lilla risken för allvarliga leverskador är störst under den första tiden, kan det vara rimligt med lab-kontroll (bilirubin, ALP, GT, ASAT, ALAT) vid minst två tillfällen under de första sex veckorna och sedan en gång i halvåret om inte andra skäl finns för tätare kontroller. Om leverenzymerna inte stiger högre än 2-3 gånger referensgränsen under de första sex veckorna, kan behandlingen fortsätta med kontroll av leverstatus förslagsvis en gång i halvåret. Om värdena stiger mer än 2-3 gånger över referensområdet, bör läkemedelsinducerad leverskada övervägas.

Fibrer och blodfetter

FRÅGA: Har olika fiberprodukter olika kolesterolsänkande egenskaper?

SVAR: Kostbehandling utgör grunden för all behandling av förhöjda blodfetter. De kostförändringar som rekommenderas vid hyperlipidemi är väsentligen identiska med de kostråd man ger vid diabetes, övervikt och hypertoni. Kostråden överensstämmer också i allt väsentligt med kostrekommendationerna för den allmänna befolkningen.

Vid de flesta former av hyperlipoproteinemier rekommenderas en fettbalanserad, fiberrik kost. Reduktion av fettinnehållet, först och främst det mättade fett, utgör den viktigaste kostförändringen. Ökning av mängden kolhydrater i form av fiberrika livsmedel är den andra hörnstenen i kostbehandlingen.

Det är först och främst de gelbildande, vattenlösliga fibertyperna (pektin, gummiarter och mucilago) som har hävdats ha direkt effekt på blodlipiderna, medan vattenlösliga fibrer som cellulosa och lignin inte har någon dokumenterad sådan effekt. Mekanismen för den kolesterolsänkande effekten av fibrer är inte känd. En möjlig förklaring är att fibrer interfererar med reabsorption av gallsyror eller kolesterol.

Höga halter av kostfibrer finns i livsmedel som grönsaker/rotfrukter, frukt och fiberrika brödsorter. Havrekli har i vissa studier visats ha en viss kolesterolsänkande effekt jämfört med vetekli där en sådan effekt inte visats.

Av de fiberprodukter som säljs på apotek i Sverige innehåller de flesta vattenlösliga fibrer i form av mucilago (isphagula: Lunelax, Metamucil Vi-Siblin) eller sterkuliagummi (Inolaxol). Kostfibrer (Fiberform) innehåller en blandning av cellulosa, hemicellulosa, lignin och pektin. Alla ovan nämnda produkter är läkemedel registrerade på indikationen obstipation (bulkmedel). Härutöver säljs som fri handelsvara fiberprodukten Lejguar (guargummi) för behandling av förhöjt kolesterol.

Vi har hittat ett par studier där man jämfört olika fiberprodukter beträffande kolesterolsänkande effekt. Det förefaller dock för närvarande vara för tidigt att uttala sig om vissa fiberkällor/produkter sänker kolesterol mer effektivt än andra. Vattenlösliga, gelbildande fibrer (mucilago, pektin, gummi) kan ha en kolesterolsänkande effekt. Reducerat intag av (mättat) fett samt ökat fiberintag är hörnstenarna i kostbehandling av hyperlipidemi.



Mediciner – Bot eller Hot?

Bilder ur kroniskt sjuka människors tankevärld

MARGARETA FALLSBERG

Långvarigt sjuka människors tankar kring mediciner och medicinering har studerats i ett samarbetsprojekt mellan Institutionen för Pedagogik och Psykologi, Universitetet i Linköping samt Apotekarso-cieteten, Stockholm. I två artiklar kommer Margareta Fallsberg att redovisa resultat från denna forskning som har ett patientperspektiv som sin utgångspunkt. Den första artikeln fokuserar kroniskt sjuka människors syn på mediciner i allmänhet samt deras erfarenheter och uppfattningar av biverkningar. Artikel två behandlar de studerade personernas tankar kring sin avsikt med medicineringen, samt deras beskrivning av hur de faktiskt handlar.

Nyckelord: Biverkningar, kvalitativ analys, läkemedelsinfor-mation, mediciner, patientkommunikation.

Traditionellt har farmacinns intresse riktats mot läkemedlet. I denna undersökning har jag studerat patienten och läkemedlet. De tre olika patientgrupper med långvarig medicinering (mot astma, högt blodtryck och värk) som ingått i studien har samma tänkande när det gäller mediciner i allmänhet. När det gäller kontakten med vården och hur man handskas med sina egna mediciner finns däremot stora skillnader mellan de tre grup-perna. Sammanfattningsvis visar resultaten bland annat att mediciner i allmänhet ses som något mycket värdeladdat och spontana associationer till gift är vanliga. Gifftankarna kan vara av två slag; dels något otäckt eller hemskt, dels en negativ effekt man nästan välkomnar, ty den tyder på att medicinen också hjälper.

Andra resultat som förtjänar att kommenteras är patienternas erfarenheter av och tänkande kring biverkningar. Något fler än en tredjedel av de deltagande patienterna rapporterar att de ej alls har upplevt några biverkningar. Sexton personer är mer tveksamma bland annat på grund av svårigheter att skilja biverkningar från sjukdomssymtom. Trettiofyra personer anger övergå-ende biverkningar och nio patienter säger att de fortfarande upplever biverkningar. För sex av dem är biverkningarna obekvä-ma. Det är således cirka sju procent som fortfarande besvärar av biverkningar från sina mediciner. Cirka två tredjedelar av patien-terna tänker alltså på biverkningar och av dessa har 80 procent en förväntan på kommande biverkningar. Följaktligen finns en diskrepans mellan kvarstående, upplevda biverkningar och för-väntade biverkningar på nästan 50 procent av totalgruppen.

Projektet, metod och urval

De resultat som redovisas i artiklarna hänförs till ett avhandlings-arbete (1,2) som utgör huvudrapportering av projektet "Ett patientperspektiv på hälsa, sjukdom och läkemedel". Projektet är utformat som en intervjustudie och urvalet innehåller under-grupper av människor som långtidsmedicineras med antingen astmapreparat, värkmedel eller blodtryckssänkande medel. Pati-enterna (41 män och 49 kvinnor) är i åldrarna 50–80 år och har i genomsnitt medicinerat i knappt 13 år. Undersökningen har godkänts av etiska kommittén vid medicinska fakulteten i Umeå. Urvalet har därefter skett från den kontinuerliga läkemedelsre-gistreringen i Jämtlands län, en studie som bygger på frivilligt deltagande. Data består således av sammanlagt 90 intervjuer med personer ur tre grupper med sinsemellan olika men ständigt läkemedelsbehandling (30 i varje grupp).

Databildning har skett via halvstrukturerade intervjuer, det vill säga bestämda ingångsfrågor var formulerade på förhand för att täcka upp de områden som studien avser. Därefter utvecklas samtalen utefter hur de intervjuade svarade på dessa frågor.

Intervjuerna blev ganska olika beroende på vilka svar man fick av försökspersonerna. Tanken med strukturen är att man ska kunna penetrera svaren så noggrant som möjligt. Fem områden har avhandlats i samtliga intervjuer: hälsobegreppet, den aktuella sjukdomsbehandlingen, läkemedelsbehandlingen specifikt, läke-medelsbegreppet samt kommunikation inom vården och på apo-tek. Intervjuerna spelades in på band och har överförts till orda-granna utskrift. Textmaterialet utgör studiens empiriska data. Intervjudata har analyserats utifrån en fenomenografisk ansats, det vill säga jag har beskrivit dessa kroniskt sjuka människors tankevärld kring mediciner och medicinering som den uppfattas av människorna själva (3,4). Människor är olika, inte bara i den bemärkelsen att vi kan olika mycket, utan också att vi tänker på olika sätt, även kring fundamentala och angelägna företeelser som hälsa, sjukdom och mediciner. Fenomenografi är forskning om hur det individuella tänkandet gestaltar sig. I traditionell innehållsanalys är något slag av kategorisering etablerad i förväg och data klassificeras oftast i befintliga kategorier. Så är inte fallet i fenomenografiska studier. Huvudresultatet av den kvalitativa analysen med fenomenografisk ansats består av funna kategorier; deras innehåll och natur. (För närmare beskrivning av analysen och fenomenografi som metod, se (1) s 11–17, 34–35; (2) s 9–14, 29–31).

Vi nås ibland av brottstycken, små glimtar av människors tankar om läkemedel. Resultaten från detta projekt bidrar emel-lertid med att **systematiskt** undersöka kroniskt sjuka patien-ters tankevärld. Genom sådana studier får vi nya kunskaper, ej bara sådana som hjälper oss att förstå vad patienterna säger, utan också hjälper oss att förstå vad vi ska säga till dem. Resultaten är så att säga en spegelbild av vad tidigare information och kommu-nikation, tillsammans med erfarenheter, har givit upphov till för föreställningar i människors tänkande.

Den fenomenografiska ansatsen kan ge ett väsentligt bidrag till förståelsen av effekterna av patientkommunikation, liksom för att förstå människors uppfattningar av existentiella frågor eller förhållanden såsom sjukdom och hälsa (1,2,5,6).

Bakgrund

Läkemedel är sedan lång tid tillbaka omgivna av motstridiga känslor. Få människor är likgiltiga inför läkemedels effekter. Längtan efter eftersträvad verkan liksom rädsla för bieffekter förenas med viss mystik kring medicinens effekt. Läkemedel är för människor i gemen mycket mer än en neutral behandlings-form, ett förhållande som kan te sig oförklarligt för många av västvärldens vårdgivare i modern tid. Tabletten representerar vetenskapens framsteg för människans bästa. En vardaglig defini-tion på läkemedel är ett medel som kan bota, lindra eller före-bygga sjukdom. Syftet med medicinering är att behandla och förebygga människors sjukdom. Till biverkningar räknas varje skadlig och oönskad effekt av ett läkemedel som uppkommer vid doser vilka normalt ges i terapeutiskt, preventivt eller diagnos-tiskt syfte, men ej förgiftning eller överdosering (7, s 9). Biverk-ningar av läkemedel kan uppstå genom en rad faktorer. Bidragan-de omständigheter är felaktig dosering, överkänslighet och aller-giska reaktioner, plötsligt avbrott i medicinering, patientens ålder, samt interaktion med andra läkemedel.

Läkemedelsförskrivning är tveklöst den mest frekventa be-handlingsformen i västvärlden idag. I människors medvetande är föreställningar om medicinens effekter bundna till den kulturella miljö de lever i och detta samhälles värderingar av behandling



och bot (8–10). Få undersökningar har dock genomförts rörande svenskars föreställningsvärld om mediciner och medicinering.

Sachs (6) beskriver turkiska invandrade kvinnors möte med den svenska hälso- och sjukvården och hur läkemedelsförskrivning och förväntanseffekter har stor verkan för dessa kvinnor. Sachs poängterar starkt medicinens symbolvärde och människors idéinnehåll i deras hantering av läkemedel. I en annan studie av samma författare (11) fokuseras den symboliska betydelsen av läkemedel hos svenska barn i 7-årsåldern. Genom teckningar och samtal framgår att läkemedel spelar en betydande roll för hur barn utvecklar ett sjukdomsbeteende.

Ulla Melander Martalla har studerat ords betydelse för bland andra reumatiska patienter. Resultaten visar (12) att dessa patienter beskriver medicinering som en balans mellan ond och god effekt och ofta förekommer associationer kring ordet medicin såsom "gift", "en skräck att äta" och "usch".

Apoteksbolaget presenterar resultat från dels en attitydstudie hos allmänheten (13) som tyder på stor oro för biverkningar, dels från gruppdiskussioner med patienter (14), där resultaten visar att medicinens positiva effekt ofta tas för given och att man i stället koncentrerar sin uppmärksamhet på biverkningar. I den förstnämnda undersökningen ställdes även frågan om man anser att begreppen mediciner och läkemedel är likvärdiga. Cirka hälften av de tillfrågade tyckte så.

I analysen av en intervjustudie med 30 patienter vid en astma/allergiklinik framstår att patienten ofta har en primärt negativ inställning till mediciner (5). Av de intervjuade personerna i denna studie tänkte exakt hälften på biverkningar när de fick frågan vilken effekt ett läkemedel har.

Vissa typer av behandlingar, inklusive läkemedel, kan medföra en plågsam eller obehaglig upplevelse eller uppfattas som farlig av patienten, bland annat på grund av biverkningar. Efter att ha satsat på en dylik behandling vill en patient gärna uppleva att behandlingen haft avsedd effekt. I annat fall har "insatsen" varit meningslös. I en avvägning mellan två motpoler av tänkande och tro, är vi motiverade att reducera eller negligera den obehagliga delen eller på annat sätt påverka dissonansen, vilken orsakar konflikten mellan de två uppfattningarna. Ett alternativt sätt att ta sig ur den upplevda konflikten är att framhäva fördelarna eller att förminska betydelsen av de negativa aspekterna (15).

Läkemedelsbegreppet är intressant i flera bemärkelser. Det har en väl definierad betydelse i vetenskapliga och officiella texter och sammanhang. Läkemedelsbegreppet är dock även av intresse i ett lekmanperspektiv. Innebörden av begrepp som läkemedel och naturmedel för vanliga människor är ett mycket lite studerat fält. Kunskapen om lekmanperspektivet är således begränsad, och det finns få studier som belyser detta.

Resultat

Tankar om mediciner i allmänhet

När det gäller mediciner generellt sett, framstår inte någon av diagnosgrupperna i studien med något annorlunda tänkande än de andra. Detta är en stor skillnad gentemot resultaten kring strategier i handlandet i den egna medicineringen där stora gruppskillnader är tydliga.

En sak är tydlig. Mediciner är inget människor är likgiltiga inför. En överväldigande del av svaren är värderande och många har en rent negativ inställning. Spontana associationer om gift är vanliga. Dock finns det de som "välkomnar" giftet eller biverkningar och ser dessa som bevis för att den positiva verkan också finns där.

Den inledande frågan till området om mediciner, biverkningar och naturmedel är öppet formulerad och gäller de intervjuades tankar om mediciner. En majoritet av svaren har en värderande karaktär. De värderande svaren är av tre olika slag: Gott, Nöd-vändigt ont och Ont. Två av svarskategorierna framhåller alltså en dominerande sida av medicinens effekt, den positiva respektive den negativa sidan, medan en uppfattning framhåller både den önskade och den icke-önskade effekt som mediciner har, det vill

säga en tve-eggad effekt. Slutligen representerar en fjärde kategori en neutral syn på mediciner som tabletter eller flytande medel i burk eller flaska.

God effekt betyder att läkemedel är ett sätt att få hjälp, lindring eller bot. Tanken att kroppen och medicinen ska samverka till en bättring framförs också. Dessa intervju svar innebär att man är tacksam att mediciner finns tillgängliga vid behov. Utmärkande för den andra gruppens svar är att de positiva och negativa sidorna utgör en sammansatt helhet och att man inte kan få det ena utan det andra. Spontana svar har ofta lydelsen "ett måste föra att bli människa" och "ett både och". Svar av det andra 'onda' slaget är motpolen till första gruppens svar 'det goda'. I svaren fokuseras enbart den negativa sidan av läkemedel. Man refererar endast till onda egenskaper och en hjälpande effekt av mediciner är inte explicit uttryckt. Dessa svar är gåtfulla. Patienterna har ändå använt läkemedel under lång tid. Den underliggande ambivalenta hållningen med en närmast hatisk inställning till mediciner har egentligen inte med dessa att göra, utan kan vara ett uttryck för en vanmakt inför en situation.

Är mediciner och läkemedel samma sak? Relationen mellan mediciner och läkemedel visar på tre skilda synsätt. Två tredjedelar (61/90) kommenterar förhållandet mellan mediciner och läkemedel som en klassrelation, det vill säga antingen som synonyma begrepp eller läkemedel som en delmängd respektive ett övergripande begrepp, och en majoritet (45/61) anser att begreppen är synonyma. I de återstående svaren relateras förhållandet till skillnader i effekt eller i användning. I den andra gruppens svar rörande effekter, finns en näraliggande koppling till ledet 'läke' i ordet läkemedel. Läkemedel ges då vid tillfällen då kroppen ska läkas (ofta under en kort tid) och man strävar efter att bota sjukdomen. Mediciner anses endast lindra ett tillstånd och kan då användas under lång tid. Vidare menar man i tredje gruppens svar att mediciner används mot vissa sjukdomar och läkemedel mot andra. Men avsikten att applikationsformen är avgörande framförs också, det vill säga att mediciner används för invärtes bruk och läkemedel för utvärtes bruk.

Svaren som rör biverkningarnas orsaker tillhör någon av följande kategorier:

- biverkningar är beroende av den intagna kvantiteten;
- biverkningar är beroende av medicinens karaktär;
- biverkningar är tecken på att positiv och negativ effekt alltid åtföljer varandra;
- biverkningar är selektiva beroende på individ eller preparat;
- biverkningar är beroende av ordinationen.

I 'kvantitet' som är en dosberoende relation, ryms uppfattningar som att kvantiteten i sig kan orsaka uttalade biverkningar. Vidare tänker man på okända, ej observerade effekter vid långvarig behandling samt risk för upplagring i kroppen eller ett beroende. Till skillnad från dessa första svar orsakas biverkningar i nästa grupp av karaktären på medlet, helt oberoende av doseringen. Karaktärssvaren rör medicinens inneboende egenskaper eller deras framställning. Koncentrationen eller styrkan står där giftbegreppet nära. Preparatens komposition, det vill säga ingående ämnen eller tillverkning, anges även som orsak till att biverkningar kan uppstå. Den tredje gruppens svar talar dels om en önskvärd, dels en oönskad effekt. Detta är en sorts balanskategori, där medicinens positiva och negativa effekter diskuteras. Intervjupersonerna uttrycker att det är naturligt att mediciner tar bort lite av det onda en person lider av, men att något annat i kroppen tar skada i stället. Utsagor kring för- respektive nackdelar uttrycker en samexistens av 'plus- och minusidor' hos mediciner. Till skillnad från de nu nämnda svaren innebär den selektiva mekanismen inom den fjärde gruppen att biverkningar bara uppstår ibland, å ena sidan beroende på olika individers känslighet, å andra sidan beroende på olika preparats effekter. Den sista uppfattningen indikerar att en icke-korrekt eller ej fullständig ordination eller diagnos kan medföra biverkningar. Här anas ett selektivt tänkande men det är underordnat användningen eller handhavandet av preparaten i sjukdomsbehandlingen från ordine-



rande läkares sida. Misstag i arbetet medför att en person ej får den medicin som passar honom eller henne i rätt dos.

Det är uppenbart att läkemedel, som vi använder som farmakologiskt hjälpmedel, tolkas som begrepp rakt in i enskilda människors idévärld. För några få är det just bara "ett piller". För en större del av patienterna innebär detta piller mycket. Uppfattningarna skiftar från ett symbolvärde på gott och ont, eller liv och död, hjälp eller skada. Många kroniker ser också en balansgång mellan eftersträvad effekt och de "kostnader" bruket kan medföra.

Jag har nyligen haft tillfälle att möta dels nydebuterade astmatiker, dels yngre personer i en pågående utvärdering av en astmaskola (Jämtlands läns landstings astmaskola, anordnad av lungkliniken, Östersunds sjukhus). Även här blir en negativ inställning till mediciner tydlig. Så fort man med hjälp av mediciner na blivit bättre slutar man, för man vill inte ta in läkemedel. Samma mönster framgår av en studie från Sahlgrenska sjukhuset (5).

Giftbegreppet

Mediciner som gift är spontana uttryck som går igenom i samtalen hela tiden hos en större del av undersökningsgruppen. Att mediciner är gift sägs explicit av 36 personer och ytterligare elva använder uttryck som "avsky" och "kusligt". Ännu ett antal säger att man är rädd för mediciner. Spontana associationer till gift är sålunda oerhört vanliga när dessa personer diskuterar mediciner. Många patienter konstaterar att *alla läkemedel är gift*. För att någonting ska ha effekt så är effekten i viss mån okontrollerbar. Sjukdomen ska förgiftas, och eftersom sjukdomen finns i kroppen får naturligtvis kroppen obehag av detta. Emellertid framstår i vissa personers svar att biverkningen från giftet kan vara det som står för hjälpen: *Ja, det är väl mera ... kanske gift i vanlig medicin. Dom piggar upp och ... jag dom gör det*. En sådan syn vidareutvecklas hos några personer till en uppfattning av att någonting som har en god effekt med viss nödvändighet också har en oförutsedd eller oplanerad obehaglig effekt.

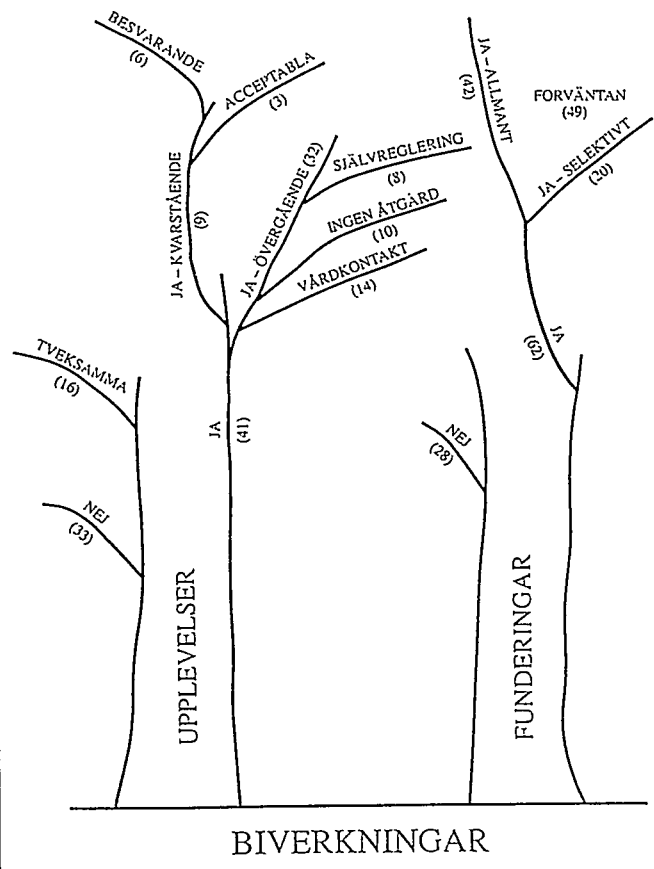
För att biverkningar det går ju också åt plussidan. Biverkningar av en sådan där konstgjord medicin, det är ju också för att man ska känna sig bättre. /—/ Kanske dom (biverkningarna) gör verkan. Mediciner ... då kan man få biverkningar ... Så man blir frisk och kry mer om man ... för dom verkar bättre. /—/ Annars, medicin, det är ju gift. Det är det som hjälper. Varför ska dom hjälpa annars? Om det inte är gift i?

I svaren ligger en nästan positiv värdering av att biverkningar förekommer. Enstaka patienter känner en viss tillfredsställelse när de lägger märke till en biverkning som är känd, som är uppgiven, därför att det ger känslan "skönt, nu verkar det också". Ibland uttrycks den känslan enligt uppgift även av vårdpersonal.

Tankar om biverkningar

Minimering av doser och oro för framtiden grundar sig främst på tankar om biverkningar. Biverkningstänkandet är oerhört centralt för samtliga tre grupper i studien, trots att bara drygt en tredjedel av dessa kroniskt sjuka patienter med lång medicineringsstid någon gång erfarit negativa effekter av läkemedel.

En tredjedel av undersökningsgruppen (33 personer) uppger att de inte känt av några biverkningar av sin mediciner. Ytterligare 16 av dessa kroniker har upplevt diffusa besvär som har varit svåra att relatera till medicineringen och som ej besvärat dem i högre grad. Exempel på sådana svårbedömda, tveksamma symtom är "lite svårt att sova", "svider lite i maggropen", "lite törstig" och "jag är så trött". Trettiotvå patienter har erfarenhet av reaktioner som för dem har ett klart samband med behandlingen. Dessa upplevda biverkningar har varat en tid, och på något av tre olika sätt har de därefter upphört. För tio av patienterna har symtomen gått över av sig själva, det vill säga utan åtgärd. Här dominerar astmapatienterna med darrningar



som effekt av beta-2-stimulerande medel. En andra grupp på åtta personer har på egen hand påverkat symtomen, främst genom att minska doseringen. Den tredje gruppen omfattar de personer som kontaktat vården för att få hjälp med de upplevda biverkningarna, och genom preparatbyte har besvären försvunnit. Vanligt förekommande besvär inom den senare gruppen har varit mardrömmar till följd av beta-blockerande behandling för ett förhöjt blodtryck. Återstår en mindre grupp om nio personer som upplever kvarstående biverkningar av sin läkemedelsbehandling. Tre personer accepterar dessa biverkningar. Besvärande biverkningar kvarstår hos sex patienter, trots att två av dem har slutat med den typ av läkemedel som orsakade besvären. Både de två sistnämnda och ytterligare två är reumatiker med en komplex behandling med mycket potenta preparat. De återstående två personerna är en astmatiker med benskörhet, som trolig följd av långvarig peroral kortisonbehandling och en svårbehandlad blodtryckspatient. I genomsnitt har dessa sex patienter medicinerat i cirka 20 år och samtliga går på specialistbehandling.

På frågan om dessa 90 försökspersoner funderar på biverkningar avseende egna använda läkemedel svarar två tredjedelar (62 personer) att de tänker på och oroar sig för detta. Av dessa har 80 procent (49 personer) en *förväntan* på kommande biverkningar.

Bland de 62 patienter som funderar på negativa effekter av sina mediciner, finns en grupp där tankarna endast rör någon speciell typ av preparat. En uppenbar motvilja mot kortison är klart märkbar i analysen. En utbredd kortisonskräck, eller i varje fall en stor respekt för dessa preparat, är inte beroende av självupplevda erfarenheter, utan bygger i stor utsträckning på hörsägen. Kortisonbehandling är vanligt förekommande vid astma och av de 30 astmatikerna behandlas 26 med kortison, de flesta i inhalationsform. Trots att flertalet patienter i sitt resone-mang kring läkemedelsanvändningen är helt klara över fördelarna med en lokal administreringsform av kortison, kvarstår en rädsla för dessa preparat. Det är så att säga inställningen till kortison som begrepp som är problematisk. Den kan bland annat uttryckas på följande sätt:

Kortison, jo. Det har jag funderat mycket över varför jag är så negativ mot. Och har varit det i många, många år. Bara namnet kortison ... jag har som någon skräck för det där med kortison. Tycker det måste vara någon konstig medicin för det hjälper ju för så mycket. Som min ende son hade ont i en häl. Och det var kortison-spruta. Pappa hade ont i en axel, kortisonspruta. Och så ska man – som jag – äta den när man är dödssjuk. Jag vet inte vad det innehåller eller någonting. Jag vet inte när jag började få och fick avsky för det namnet kortison. Kortisonsalvor och ... men det är klart, det är väldigt effektivt. Och det är kanske bra att det finns.

Ett selektivt biverkningstänkande kan även röra läkemedlets administreringsform, till exempel spray eller receptfria preparat som inte anses lika giftiga som receptbelagda. Generella tankar på biverkningar är vanliga. Ibland utgör de endast ett konstaterande, i andra svar utreds tankarna på ett utvecklat sätt. I likhet med de andra diagnosgruppernas personer funderar även astmapatienterna på biverkningar av sina mediciner på ett mer generellt, ospecificerat sätt. För astmatikerna är detta emellertid inte ett lika utvecklat tänkande som för till exempel blodtryckspatienterna. Till exempel för 'blodtryckarna' är ett slags lagringstänkande en utmärkande tankeform, det vill säga man tror att kroppen fylls på mer och mer, och när mättnad är nådd, kommer något katastrofalt att hända, till exempel en total kollaps.

De läkemedelsbiverkningar som man anger här är således inte många och i flertalet fall inte alltför svåra att leva med. Å andra sidan går drygt hälften av patienterna och väntar på biverkningar. Rädslan synes mer generell än beroende på erfarenheter och denna rädsla vill man ventilerar och diskutera.

Nej, ja ... för det är väl många som har fått någon magblödning av det ... så hon /arbetskamraten/ tyckte inte jag skulle äta det ... /—/ ... man hör dom prata att det kan lagras i kroppen, så det är det man funderar, om det kan vara något ämne ... i Salures där tror jag det är mer ofarligt. Men den här Seloken ... kan det vara någonting som lagras? /—/ Jo läst om biverkningar i behandlingsanvisningar ... tänkte om cancerframkallande, men står ej i texten ... fått den uppfattningen, vet ej varifrån ... måste vara någon som sagt.

Det förekommer också i tre fall att barn söker påverka sina föräldrar att sluta med eller minska doserna på grund av en diffus oro. Detta förhållande skymtar även fram bland de yngre astmapatienterna jag mött, bland annat en flicka, vars far tycker att det är bättre med frisk luft än mediciner.

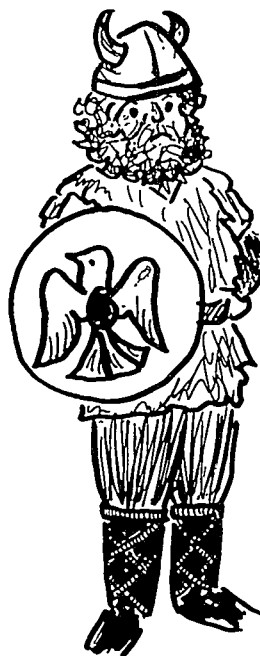
I den här undersökningen visar det sig att även apotekens behandlingsanvisningar kan förorsaka oro samtidigt som de är informativa. Flera personer kallar dessa informationsblad "varningar" (16). Behandlingsanvisningar har orsakat misstanke och/eller förväntan om biverkningar i några fall. I tre fall har enligt uppgift texten på behandlingsanvisningarna varit den direkta orsaken till att man slutat sin behandling. Detta förhållande avspeglar svårigheten med att balansera informationen om biverkningar så att den å ena sidan tillfredsställer patientens rättmätiga behov av att få kunskap och å andra sidan inte skapar onödig oro.

Diskussion

Tankar om mediciner

En neutral, öppen fråga om tankar om mediciner har ställts. Spontant ges värderande svar om gott och ont från alla utom några få individer. Intressant är sättet att svara i värdering, att medicin är något som handlar om ont och gott och ej ses på ett neutralt sätt. Endast två personer diskuterar mediciner i tekniska, neutrala termer. Empirin visar här på ett helt dominerande sätt att förhålla sig till frågan, nämligen en värdering.

Det finns få områden där den gamla föreställningsvärlden lever vidare med så stor kraft som inom vården. Gamla tankeformer har en mycket lång tradition och en stark livskraft. Mediciner är något laddat, med en effekt mot sjukdomar och en effekt på kroppen. Man har föreställningen om att en stark medicin är bra, samtidigt som föreställningar om biverkningar och hotet om långsiktiga negativa effekter lever sitt eget liv. Man kan nästan inte vänta sig bot eller bättring utan negativa verkningar. Upp-



fattningen uttrycker snarare ett accepterande av utgångspunkten att utan biverkningar kan inte mediciner hjälpa, det vill säga "ont ska med ont fördrivas" utan att man är medveten om detta. Man både vill ha och inte vill ha biverkningar.

I äventyrsromanen Röde Orm av Frans G Bengtsson (17, s 130) skildras hur kung Harald Blåtands oerhört plågsamma tandvärk botas. Läkemedlet, bestående av slånsaft, svingalla, salpeter och oxblod, en nypa pepparrot och några droppar enbärsolja, samt vigvatten i vilken en helig relik har tvättats, kan knappast ha varit en välsmakande anrättning. I detta fall kom den heliga kraften av dammet från insidan av en kyrkklocka. Tanken är bland annat att det som är obehagligt att dricka, kan ha en renande effekt.

En närmare granskning av resultaten från tankar om mediciner och biverkningar visar således att frågor om mediciner i allmänhet ger värderande svar. Vidare innehåller en stor del av svaren i studien en sorts tudelad struktur; mediciner är bra och har en positiv effekt vid sidan av önskade biverkningar. Vidare finns något förvånande resultat att man välkomnar biverkningar respektive förväntar sig att de ska komma. Detta slag av tänkande sammanfaller med och går till viss del att förklara med vad Festinger benämnt som en kognitiv dissonans (14) och som inte kan förbli olöst på lång sikt. En upplösning kan, enligt Festinger, komma till stånd genom att människor på olika sätt söker att förändra attityden till någon av aspekterna hos en företeelse, antingen i en positiv eller en negativ riktning, för att erhålla ett konsonant tillstånd i medvetandet. Om en människa har en negativ inställning till mediciner vore det troligt att hon också tror att något negativt ska hända. Det skulle skapa en balans i tänkandet. Av något negativt följer något negativt. Men om det inte gör det uppstår en obalans i medvetandet. Obalansen går att justera genom att se biverkningar som något bra eller att se mediciner som gott. Det senare är inte lika vanligt. Ett tredje alternativ blir att vänta sig att detta negativa som hör till mediciner ändå ska komma i framtiden.

Upplevda och förväntade biverkningar

Det är alltså cirka sju procent av totalgruppen (6/90) som uppger långvariga och besvärande biverkningar av sin medicinering. Det är intressant att jämföra denna siffra med det faktum att 49 patienter uppger att de förväntar sig att biverkningar ska uppträda i framtiden. Följaktligen finns en skillnad mellan kvarstående, upplevda biverkningar och förväntade på nästan 50 procent av totalgruppen. De här personerna har ändå använt läkemedel i genomsnitt 13 år och tillsammans har de erfarenhet av mer än



I 100 års läkemedelsanvändning. Det är med andra ord tydligt att det föreligger ett avsevärt behov av att förbättra patienters kunskaper om biverkningar. Biverkningar tycks förekomma mer i sinnevärlden än i verkliga livet. *Man är så att säga rädd för sin egen oro.*

En så kallad "tvärt-emot-effekt" skapar vanligen ett intensivt intresse från massmedia. Fortkörande poliser, skattefuskande jurister, läkare som avsiktligt skadar eller till och med dödar sina patienter är traditionellt attraktiva för media liksom mediciner som ska hjälpa men stjälper. Det är således möjligt när massmedia rapporterar om biverkningar, att detta framstår som ett överdrivet problem. Åtskilliga patienter hänvisar i intervjuerna till artiklar i dagspress och i veckotidningar samt TV-program som en bakgrund till sin oro för biverkningar. Skulle oron enbart grunda sig på versioner i massmedia, finns ett behov av att förbättra mediareporteringen om biverkningar, till exempel genom att budskapet även innefattar hur pass vanliga olika biverkningar faktiskt är.

På samma sätt som biverkningar yttrar sig olika hos olika individer, så yttrar sig sjukdomen olika hos olika människor. En läkare kan aldrig exakt säga vilka symtom som kan komma eller förutsäga patienternas upplevelse av sjukdomen. Denna variation hos sjukdomens yttringar och biverkningar försätter patienten i en svår situation. Det verkar som de överger ett tänkande om olikheter hos individer vid tal om biverkningar. I stället gäller den allmänna meningen att alla kommer att drabbas av biverkningar, förr eller senare. I detta avseende antar man således att vi är lika. Tänkande i likheter dominerar över tänkandet i olikheter.

Vidare går det att se ett tänkande hos individen som innebär att besvär som uppstår i första hand hänförs till medicinintaget. Att läkemedel har biverkningar påminns man ständigt om, medan sjukdomen och dess symtom glöms bort. Det ligger således närmare till hands för individen att se uppkomna symtom som läkemedelsbiverkning än som sjukdomsyttning. Sjukdomen har man lärt sig leva med och bortser ifrån.

När man diskuterar mediciner med sina kunder eller patienter kan man tänka på att de ofta har en primärt negativ inställning till läkemedel. Dessa intervjuade saknar att få tala om eventuella biverkningar i tillräcklig omfattning. Detta kan tala för att man i vården och på apotek i större utsträckning bör uppmuntra till att biverkningar diskuteras när patienterna på eget initiativ tar upp det, eller på annat sätt signalerar ett behov att samtala om mediciners tänkbara negativa effekter. Troligen är detta ett generellt behov inte bara för patienterna i denna studie. I studien framgår vidare att man i denna grupp människor inte vet vad apotekspersonalen kan, och att man sällan samtalar om sina mediciner på apoteket.

Avslutningsvis är läkemedel utan tvivel ett skydd och en hjälp mot sjukdom och skada. Vid sidan av den hjälpande effekten kan de emellertid medföra biverkningar och i enstaka fall även förorsaka skador. I nuläget har vi liten kunskap om människors vanliga föreställningar om mediciner. Det framstår dock klart att mediciner betraktas mot bakgrund av individers erfarenheter, idéer och värderingar. Resultat från studier som denna, med en beskrivning av tänkandet hos sjuka människor kan ge oss som yrkesmänniskor en bakgrundkunskap för bättre kommunikation med patienter.

Referenser

1. Fallsberg M. Reflections on medicines and medication – A qualitative analysis among people on long HHP term drug regimens. Linköping: Linköpings Universitet, 1991. (Avhandling)
2. Fallsberg M. Mediciner och medicinering – En kvalitativ analys bland människor med långvarig läkemedelsbehandling. Stockholm: Apotekarsocieteten förlag, 1990.
3. Marton F. Phenomenography – Describing conceptions of the world around us. Instr Sci 1981;10:177–200.
4. Marton F, Dahlgren LO, Svensson L, Säljö R. Inläring och omvärldsuppfattning. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1977.
5. Hansson Scherman M, Lindholm N. Varför tar våra patienter inte sina mediciner? Ett exempel från astma/allergivården. Nord Med 1989;104:84–5.
6. Johanson M, Larsson US, Säljö R. What is cancer? An empirical study of the layman's conceptions of cancer. Paper presented at European Association for Cancer Education. 4th Annual Scientific Meeting, Istanbul April 24–27.
7. World Health Organization (WHO). International drug monitoring: The role of national centres (WHO Technical report series No 498). Geneva: WHO, 1972.
8. Sachs L. The evil eye or bacteria. Turkish migrant women and Swedish health care. Stockholm: Stockholm University, 1983. (Avhandling)
9. Sachs L, Uddenberg N. Medicin, myter och magi. Ett annorlunda perspektiv på vår sjukvård (2:a uppl). Göteborg: Natur och Kultur, 1988.
10. Uddenberg N. Medicines as a cultural phenomenon. J Soc Adm Pharm 1990;7:179–83.
11. Sachs L. The symbolic role of drugs in the socialization of illness behaviour among Swedish children. Pharm Weekbl (Sci) 1990;12:107–11.
12. Melander Marttala U. Muntlig kommunikation, Uppsala 14 februari 1991.
13. Apoteksbolaget. Attitydundersökning avseende receptbelagda läkemedel. Varjehanda om sortiment, specialnummer. Stockholm: Apoteksbolaget, 1990.
14. Apoteksbolaget. Gruppdiskussioner – Inställning till läkemedel och läkemedelsanvändning. Opublicerad internrapport. Stockholm: Apoteksbolaget, 1988.
15. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford Ca: Stanford University Press, 1957.
16. Fallsberg M. Apotekens informationsfunktion – Sett ur ett patientperspektiv. Svensk Farmakologisk Tidskrift 1990;94:32–7.
17. Bengtsson FG. Röde Orm. Sjöfarare i västerled (3:e uppl). Stockholm: Norstedts, 1990.

Författarpresentation

Margareta Fallsberg, receptarie och filosofie doktor.

Postadress: Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm.

UTMANAREN FRÅN ICI

ZESTRIL®
FOR LIFE

lisinopril
Tabl 5, 10, 20 mg.

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



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

*Hyperoni i utbehandling av hjärtsvikt kan Zestril ges som tillägg till
behandling med diuretika och eventuellt digitalis ej givet adekvat effekt.*

Samling & Konstrukt

Handledningen i allmänmedicin under specialistutbildningen

– rapport från årgång -90

LB 06653

MONICA CHRISTIANSSON · ANNA-KARIN FURHOFF · STEN LARSSON

En kartläggning presenteras här av den handledning i allmänmedicin som förekommit under specialistutbildningen bland dem som fått sina kompetensbevis utfärdade av Socialstyrelsen under kalenderåret 1990.

Undersökningen genomfördes som en postenkät under januari och februari 1991. Ett skäl till att undersökningen gjorts och presenteras nu är specialistutbildningens omorganisation.

Den nya utbildningen är målrelaterad och varje underläkare garanteras en personlig handledare med ansvar för att målen uppnås (1,2). Ett annat skäl till att göra denna undersökning har varit ett allmänt intresse för utbildningsfrågor samt egna erfarenheter av specialistutbildningen. Perspektivet är stockholmskt, erfarenheterna blandade men inte unika och vissa farhågor inför den 1 januari 1992 delades av många (3). Enkäten har också blivit ett FoU-arbete, som ännu bara "bör" ingå i specialistutbildningen.

Nyckelord: Handledning, specialistutbildning, allmänmedicin, forskning och utvecklingsarbete.

Material och metod

Under 1990 utfärdade Socialstyrelsen 316 bevis om specialistkompetens i allmänmedicin. Den ursprungliga avsikten var att skicka frågeformulär till samtliga nyblivna distriktsläkare, för att få svar på frågor om handledningen. En alltför optimistisk beräkning av portokostnaderna i kombination med små ekonomiska medel reducerade dock omgående utskicket till hälften. Urvalet gjordes så att endast de som fick behörigheten utfärdad på ojämnt datum fick frågeformulär. Dateringen av kompetensbevisen görs med de datum ansökningshandlingarna kommer Socialstyrelsen tillhanda.

I slutet av januari 1991 skickades 148 frågeformulär ut och en påminnelse följde i februari.

Enkätens totalt 22 frågor omfattade

huvudsakligen uppgifter om handledning, både angående organisation och innehåll. Frågorna gällde också uppgifter om vårdcentraler, bemanning och upptagningsområden där tjänstgöringen i allmänmedicin ägt rum och en översikt över hela utbildningsperioden med tjänstgöringstider och ingående ämnen. Vidare fanns frågor om handledare, om handledning under randutbildningar och om FoU-arbete eller projekt under utbildningstiden. Frågorna berörde huvudsakligen kvantitativa förhållanden och i mindre utsträckning ingick kvalitativa aspekter.

I två fall var frågeformulären felaktiga: en sida med sex frågor saknades.

Resultat och diskussion

Sammanlagt kom 113 svar motsvarande 76 procent av de 148 utskickade frågeformulären. Tio av svaren har fått utgå ur bearbetningen, då de gällt personer med ingen eller mycket ringa tid med blocktjänstgöring/vikariat – läkare som behövt några månaders kompletterande tjänstgöring (inom varierande ämnesområden) vid dubbspécialisering eller utländsk special-

listbehörighet. I något fall har det gällt mångårig tjänstgöring som kompletterats eller endast formaliserats genom kompetensbeviset under 1990.

Ett mindre bortfall – ett eller två svar – förekommer på många frågor, beroende på att svar har saknats eller varit så svårtolkade att en registrering inte har kunnat göras.

Av de 103 svar (70%) som ingår i bearbetningen framgår, att 55 personer (53%) haft handledning under specialistutbildningen i allmänmedicin. Vid uppdelning av svaren landstingsvis (Tabell I) visar det sig, att svar helt saknas från Bohuslandstinget. Från Östergötlands, Kronobergs, Skaraborgs, Kopparbergs och Jämtlands läns landsting samt från Göteborg kom endast ett fåtal svar, nio sammanlagt. Endast tre av de svarande hade fått handledning.

Flest svar kom från Stockholms, Malmöhus och Västernorrlands läns landsting. Andelen som haft handledning var 71 procent för Stockholms och Västernorrlands läns del, medan andelen i Malmöhus län var 38 procent.

Tabell I. Handledningen inom den egna specialiteten under utbildningen i allmänmedicin. Uppgifterna avser dem som fått sin specialistbehörighet under 1990.

Fördelningen landstingsvis av samtliga svar

Landsting	Underläkare som fått handledning antal	Underläkare som inte fått handledning antal	Totalt
Stockholms län	12	5	17
Uppsala län	2	1	3
Södermanlands län	2	3	5
Östergötlands län	0	2	2
Jönköpings län	2	3	5
Kronobergs län	0	1	1
Kalmar län	1	3	4
Blekinge län	2	1	3
Kristianstads län	1	3	4
Malmöhus län	3	5	8
Malmö	2	1	3
Hallands län	1	2	3
Göteborg	1	1	2
Älvsborgs län	2	3	5
Skaraborgs län	1	1	2
Värmlands län	4	2	6
Örebro län	3	0	3
Västmanlands län	3	1	4
Kopparbergs län	0	1	1
Gävleborgs län	3	0	3
Västernorrlands län	5	2	7
Jämtlands län	1	0	1
Västerbottens län	0	3	3
Norrbottens län	4	2	6
	55	46	101

Anställningsförhållanden

Av Tabell II framgår, att sju av de svarande har vikarierat under hela tjänstgöringen i allmänmedicin. Nära hälften har haft FV-block under hela tjänstgöringstiden. Möjligheten till randutbildning har utnyttjats av 57 procent av de svarande, det vill säga att tre eller sex månader av tjänstgöringsperioden i allmänmedicin har bytts ut mot tjänstgöring inom ett eller två andra ämnesområden. Vanligaste utbytestjänstgöringarna har varit öron-näsa-hals och ortopedi/kirurgi.

Distriktsläkarna på de aktuella vårdcentralerna har haft varierande arbetsbelastning, mätt med invånarantal per distriktsläkare som mått. Arton procent av distriktsläkarna har haft 2000 invånare i upptagningsområdet och som mest har angivits siffran 7500. För 75 procent av distriktsläkarna var siffran 3670 invånare eller lägre (tjänsterna omräknade till heltid).

Svar på frågan om hur många specialister som fanns att tillgå för underläkarna, AT- och FV-läkare sammantagna, visar att det i två fall funnits fler läkare under utbildning än distriktsläkare på en vårdcentral. Vanligast är det med två distriktsläkare per underläkare (19 svar). I ett fall har det funnits 12.5 distriktsläkartjänster per utbildningstjänst medan det på en annan vårdcentral har varit underläkaren som svarat för kontinuiteten. Osäkerheten är stor då det gäller att bedöma svaren på denna fråga. Bortfallet är större (58) än antalet svar (43).

Ibland förekommer att läkare under specialistutbildning i allmänmedicin får tjänstgöra på mer än en vårdcentral – motiven kan variera. Svaren från denna enkät visar, att hälften av läkarna under utbildningen tjänstgjort 3/4 eller mer av tiden på samma vårdcentral.

Handledare

Av de 55 personer som haft handledare i allmänmedicin under specialistutbildningen, uppger 33 att handledaren varit utsedd i förväg. Sexton hade haft kontakt med handledaren i förväg, vilket i elva fall skett på handledarens initiativ. Femtiofyra har varit ordinarie distriktsläkare (uppgift saknas om en handledare) och 32 av dem arbetade heltid och 22 deltid. Av dem som haft handledning, har 56 procent haft samma handledare hela tiden, medan 44 procent haft 2–4 handledare. Orsakerna till detta har huvudsakligen varit av praktisk natur, men i några fall berott på att underläkaren varit missnöjd och önskat byta handledare.

Handledning

Den vanligast förekommande handledningen var av informellt slag, så kallad "öppen dörr" och handledningen har till övervägande del varit indivi-

Tabell II. Tjänstgöringstiden på vårdcentral under specialistutbildningen i allmänmedicin. Antal läkare som fullgjort tjänstgöringen inom ramen för FV-block respektive som vikariat. Uppgifterna avser dem som fått sin specialistbehörighet under 1990.

Tjänstgöringstid på vårdcentral (månader)	FV-block	Vikariat
>24	4	5
19–24	22	5
13–18	47	9
≤12	23	34
0	7	50

Tabell III. Redovisning av de olika slag av handledning som förekommit under specialistutbildningen i allmänmedicin bland dem som fick sin behörighet under 1990.

Olika slag av handledning	Förekomst i absoluta tal	
	Ja	Nej
Informell handledning av typ "öppen dörr"	49	5
Handledning i grupp	13	40
Individuell handledning	47	7
Systematisk användning av video	1	53
Auskultation hos handledaren	9	44
Handledaren auskulterade hos underläkaren	5	49

n=55 (alla har inte besvarat samtliga delfrågor)

Tabell IV. Bedömning av handledningens innehåll och inriktning.

Av de 55 underläkare som fått handledning under specialistutbildningen, redovisas hur de uppfattat att handledaren betonat olika aspekter av handledningen. Uppgifterna avser dem som fått sin specialistbehörighet under 1990.

Handledningens innehåll	Underläkarens bedömning	
	Ganska/mycket stor vikt	Obetydlig/måttlig vikt
Medicinsk inriktning	26	26
Distriktsläkarrollen/Konsultationen	21	30
Praktisk inriktning	19	32
Personligt stöd	28	23

n=55 (alla har inte besvarat samtliga delfrågor)

duell, vilket gällde för 85 procent av dem som fått handledning (Tabell III). Handledning i grupp förekom för 24 procent av dem som varit handledda. Systematisk användning av video var en raritet. Auskultation var inte heller en handledningsmetod som tillämpades särskilt ofta – nio av de svarande har auskulterat hos sin handledare och fem har haft sin handledare som auskultant. I några men inte i alla dessa fall har auskultationen varit ömsesidig.

Fyra kategorier har valts för att beskriva handledningens innehåll:

- medicinsk inriktning, utredningsgångar, terapival etc,
- inriktning på distriktsläkarrollen och konsultationen,
- praktisk inriktning,
- personligt stöd (Tabell IV).

Svaren avser hur underläkaren uppfattat att handledaren betonat dessa olika aspekter och visar att personligt stöd tillmätts ganska/mycket stor vikt i

28 fall (55 procent). Beträffande den medicinska inriktningen har lika många tillmätt den obetydlig/måttlig vikt som ganska/mycket stor vikt. För kategorierna distriktsläkarrollen/konsultationen och praktisk inriktning överväger svaren för obetydlig/måttlig vikt.

Vanligast var att underläkaren fick handledning en timma i veckan, vilket gällde för 19 personer (35 procent). Därefter vanligast var en halvtimme per vecka – 10 personer (18 procent). Mindre tid för handledning än en halvtimme fick sex av de svarande, medan nio fick 1.5 timmes handledning. Två respektive tre timmars handledning förekom i fyra respektive ett fall.

Femton personer hade kontakt med sin handledare under kliniktjänstgöringen. I tre fall tog handledaren initiativ till kontakten, i åtta fall var det underläkaren. En majoritet av de svarande, 38 personer, hade ingen kontakt med handledaren under randutbildningen.

Rörelse utan större besvär!

GASTROESOFAGEAL REFLUX
OCH FUNKTIONELL DYSPEPSI ORSAKAS OFTAST
AV STÖRD MOTILITET I MAGEN.

Prepulsid (cisaprid) återställer motiliteten och förstärker kroppens egna funktioner. Reflux förebyggs t ex på ett fysiologiskt sätt. Prepulsid höjer tonus i nedre esofagussfinktern och förbättrar magsäckens tömningsförmåga. Sekretionen i ventrikeln påverkas inte.

Prepulsid erbjuder en effektiv behandling utan besvärande biverkningar. De få som förekommer är vanligtvis magknip, borborygmi eller diarré.

Prepulsid gör alltså så att magen rör sig utan några större besvär...



Prepulsid®
(cisaprid)
JANSSEN

I sitt sammanfattande omdöme om handledningen i allmänmedicin ger FV-läkarna betyget godkänd eller utmärkt till 32 av handledarna (motsvarande 58 procent). Handledningen underkänns i nio fall och bedöms inte helt tillfredsställande i 14 fall.

Av de svarande har 32 personer gjort ett eget FOU-arbete eller deltagit i något projekt under utbildningstiden – 23 av dessa har haft handledning i allmänmedicin, medan nio gjort sitt FOU-arbete utan sådan handledning. En majoritet av dem som haft handledning (31 personer, 58 procent) har emellertid inte gjort något FOU-arbete.

Sammanfattning

Resultaten från den ovan presenterade enkäten visar, att handledning under specialistutbildningen i allmänmedicin hittills har varit en bristvara, som nära hälften av de under 1990 nyutbildade distriktsläkarna inte kommit i åtnjutande av. Den handledning som faktiskt förekommit har också lämnat en del övrigt att önska. Det finns heller inte orsak att anta, att situationen tidigare varit väsentligen bättre än under 1990. Slutsatsen blir, att såväl handledarutbildning som en viss aktivering och upprustning av befintlig handledning blir nödvändiga för att den nya ST-utbildningen ska kunna nå uppställda mål.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Föreskrifter om vidareutbildningen av läkare. SoS-SF, 1985:11.
2. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Stockholm: Allmänna förlaget, 1987 (SOU 1987:53).
3. Sjölin-Israelsson B. Finns förutsättningar idag att klara ST-utbildning enligt LSU i primärvården? AllmänMedicin 1990;11:61.

Författarpresentation

Monica Christiansson, distriktsläkare.

Postadress: Kvartersakuten Primus, Essinge Brogata 3, 112 61 Stockholm.

Anna-Karin Furhoff, distriktsläkare, högskolelektor, Institutionen för allmänmedicin, Huddinge.

Sten Larsson, distriktsläkare, studie-rektor vid centrala Stockholms sjukvårdsområde.

Kvalitativa metoder – på frammarsch!

Rapport från en fördjupningsverkstad Hjelmeland, Norge, November 1991

PETER OLSSON

Flera avhandlingar som huvudsakligen använder kvalitativa metoder har redan presenterats i de nordiska länderna. På svenska har vi fått en introducerande lärobok. Vi samlades femton personer i det sagolikt vackra landskapet på Norges sydvästkust. Geografin med fjordar, öar, dalar och berg med slingrande vattendrag påminner om de samtal vi kom att föra. Rapporten från tre intensiva dygn blir med nödvändighet personlig.

Nyckelord: Allmänmedicin, forskning, kvalitativa metoder, Norge, rapport.

Projekt

Deltagarna kom med sina projekt och erfarenheter. Uppläggningsen försökte följa processen från idéutkast till forskningsrapport. För att något visa bredden i forskningsfältet tänkte jag först nämna ämnena i listform:

Akademikern

Vad betyder familjens sjukhistoria för patientens sjukdomsuppfattning?

Läkarkommunikation med turkiska invandrarkvinnor

Livshistoria vid fibromyalgi

Äldre med liten kontakt med hälsovårdsenhet

Mötesbeskrivning av konsultationen

Patientens egenvärdering

Kronisk smärta hos invandrare

Nyckelfrågor

Diagnostisering som språkhandling

Preventiv smearcytologi – från patientperspektiv

Kroniskt bensodiazepinbruk

Sexualiserat våld

Kroppsempati

Alkoholmissbruk

Vad förenar?

Det är inte självklart vad som för samman forskare intresserade av kvalitativa metoder. En viss motsättning till traditionell kvantitativ biomedicinsk forskning definierar ramarna. Metoden i sig är inte särskilt intressant. Djupet i frågeställningen, utgångspunkter, perspektiv, analyser och slutsatser är viktigare. Utmärkande är också öppenheten gentemot andra, främst humanvetenskaper. Här kan man se en parallell i vår praktik som allmänmedicinare där vi står mellan organspecialister och paramedicin men ändå med fötterna stadigt fast i medicinen.

Teoriernas betydelse kanske överskaffas, åtminstone i ett uppbyggnadsskede. De behövs inte på samma sätt i formal vetenskap, där de förutsätts vara kända och accepterade. Framöver kommer kanske även den kvalitativa metoden att formaliseras?

Språket

I våra samtal fanns problem med olika språk och dialekter. Begreppens inne-

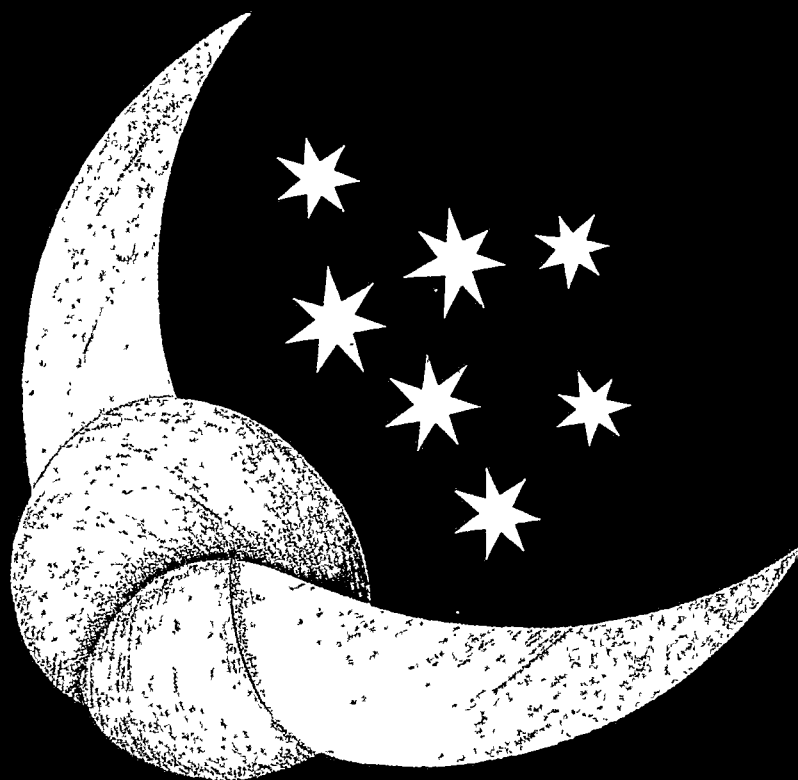
börd, ordens valör och de associationer de väcker är nästan lika viktiga inom forskningsfältet som inom poesin. I undersökningar av konsultationen sker en fokusering på det registrerbara språket. Även vid intervjuer är det ofta det skrivbara som blir våra förvrängda data. Det är en avsiktlig avgränsning, en reduktion av en mångfacetterad verklighet. Isolerad språkvetenskap är dock inte tillräcklig för att beskriva och analysera det specifikt kliniskt medicinska i mötet med patienten. Ibland är ju det utsagda lika viktigt. Kroppsspråket är egentligen en bild för en annan svärfångad komponent.

All kommunikation leder till olika grad av missförstånd. Frågan är hur långt vi egentligen kan och vill nå. De extrema mötena med andra kulturer belyser komponenter som finns i varje konsultation. Ett intressant exempel på detta var projektet med de turkiska kvinnorna.

Forskaren

Det är viktigt att precisera vår speciella kompetens som allmänmedicinare. Den behövs för att samarbetet med näraliggande vetenskaper som lingvistik, filosofi, antropologi och psykologi ska fungera. Vår praktik skiljer sig från deras liksom från organspecialisternas.

Kvalitativ metod gör det ibland möjligt att koncentrera forskningen till egen praktik. För vissa frågeställningar är detta nödvändigt (till exem-



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 sömnrubbningsar. 1-2 tabletter till natten minskar antalet spontana uppvaknanden. Toleransutveckling har ej iakttagits och propiomazin som

är en fentiazin ger ej upphov till fysiologiskt beroende. Propavan är även lämpligt om missbruk förekommer och kan med fördel ordinerars till äldre patienter. Längre tids sömnsvarigheter 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

pel det norska projektet kring nyckel-frågor till kvinnor med obestämda hälsoproblem).

För andra gäller det motsatta. Forskningsprocessen är omöjlig om forskaren inte går utanför den egna praktiken i fysisk mening (som till exempel i den danska undersökningen av patientens egenvärdering). Valet är något beroende av hur man fokuserar på de tre enheterna patienten, läkaren och själva mötet.

Etik

Vid en intervju kan känsliga tankar väckas hos den utfrågade. Det är viktigt att göra klart för sig hur långt det är lämpligt att gå. Det kan vara rimligt att så ett frö av misstro mot preventionens exakthet. Men vi måste hantera de känslor och problem som kan uppstå vid avtäckande frågor kring känsliga ämnen i djupa intervjuer. Som läkare är ju vår uppgift ibland att låta livslögner leva vidare. Ibland sker en överföring i psykoanalytisk mening vid användandet av öppna frågor. För aktionsforskningen är avsikten snarast den motsatta, att åstadkomma förändring genom den undersökande processen. Oftast är dock rollen som läkare och forskare klart åtskild.

Databearbetning

Det är inte helt självklart vad som egentligen är data i kvalitativ metod. Är det den ursprungliga intervjun, videobandet eller den förvridna utskriften? Även själva processen blir ibland en form av data som analyseras. De olika skedena i forskningsprocessen är dock svåra att särskilja. De går in i varandra på samma sätt som vattendragen som omgav oss i fjordlandskapet.

Vägen blir till medan vi går. Så lyder en beskrivande rubrik till en berättelse om ett viktigt projekt. Men bär det alltid framåt? Inte går vi utan en grov karta och kompass i ett helt okänt landskap trots en ökad precisering teoretiskt med utförliga referenser kommer vi aldrig ifrån ett moment

av val som bestäms av vår förförståelse i bearbetningen av texter. Vi väljer ut meningsbärande enheter, men inte på måfå. Även kategoriseringen blir ibland mera beroende på förförståelsen eller insikter under processen än av själva data.

Själv ser jag en tydlig parallell till multivariansanalys med olika clusters som sammanförs med statistik i kvantitativ metod. Även här finns förutbestämda uppfattningar och inte minst språkliga antaganden.

Det är naturligtvis fullständigt legitimt att med vetenskap försöka visa något, mera systematiskt och självkritiskt, som man redan känner till.

Teorier

Vi tror ofta att andra vetenskaper är relativt enhetliga medan vi ser vår egen, biomedicinen, som ateoretisk och svårdefinierad. I själva verket är det nog precis tvärtom. När vi väljer teorier från andra områden är det väsentligt att vi bedömer även dessa kritiskt. Visst finns det både bra och dåliga teorier!

I allmänmedicinen är teorin spon-tan, sprungen ur vår egen verksamhet och beprövade erfarenhet. Skillnader mellan läkare, variabiliteten, blir då ett problem. Det subjektiva har en aspekt av privat och den kvalitativa metoden får inte resultera i total relativism. Diskussionen kring subjektivitet och objektivitet var inte klargörande. Inom området råder en viss begreppsförvirring. Vi var nog överens om att man får skifta teori efter hand, resultaten kan kräva det. Ofta är dock pilotprojekten både distinktare och öppnare i utformningen. Redovisningen kan bli besvärlig och obegriplig om skiftena sker helt ostrukturerat. Det är förresten aldrig för sent att börja skriva som forskare och här gavs många bra praktiska tips. Beskrivning främjar växten!

Vetenskap

All kunskap är inte vetenskap. Det som utmärker vetenskap är, tycker

jag, kritisk självreflektion. Det finns en motsättning mellan att komma med nya idéer, metoder och teorier och samtidigt kritiskt granska det egna arbetet. Här vore en sann poppersk vetenskapsteoretisk prövning på sin plats. Att verkligen kritiskt granska tankegångar och resultat. Vad skiljer oss annars från charlataner, dilettanter och kvacksalvare? Öppenheten mot andra vetenskaper får inte heller leda till en teoretisk relativism. Teorierna måste redovisas på ett bedömbart sätt. Det finns olika grader och nivåer av reproducerbarhet och generaliserbarhet. En undersökning kan inte upprepas med exakt samma förutsättningar, det gäller både kvantitativa och kvalitativa metoder.

Akademien

Problem med tillgång till anslag, publicering, handledning och tjänster bör bli mindre ju fler företrädare som arbetar inom akademien, det gäller åtminstone i Norge och Danmark. Även referenter som bedömer tidskriftsartiklar kommer väl efterhand att ha erfarenhet av kvalitativa metoder. Skillnaderna gentemot mera traditionellt inriktad forskning är nog överdrivna. Det tyckte vi som står utanför akademien. Även kvantitativt inriktade forskare måste acceptera att bli refuserade av tidskrifter som inte tar in mer än en liten andel av insända bidrag. Annars får man väl gå till andra tidskrifter eller skapa egna, om det finns underlag.

Det finns ett pris för att godta det akademiska spelets regler. Risken för formalisering och strukturering är uppenbar. Absoluta krav på kvalitets-säkring kan strypa den kreativitet som flödar.

Författarpresentation

Peter Olsson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 960 40 Jokkmokk.

Folkhälsorapporter i återvändsgränd. Finns det en utväg?

PETER OLSSON · ULF ERIKSSON

Som distriktsläkare är vi intresserade av vårt eget områdes speciella hälsoproblem, hur vi ska analysera dessa och hur vår verksamhet ska planeras för att möta behoven av hälso- och sjukvård. Ett stort antal rapporter med målsättning att beskriva och analysera folkhälsan utarbetades under andra hälften av 1980-talet. Flertalet sammanställdes av de nystartade samhällsmedicinska enheterna vid landstingen. Man stödde sig på bland annat hälso- och sjukvårdslagen, WHO:s hälso-deklaration om "Hälsa för alla" och HS90.

Nyckelord: Allmänmedicin, folkhälsorapporter, kommundiagnos, debatt.

Vi studerade ett 50-tal rapporter om riket, landsting, kommuner och primärvårdsområden (1) och fann allvarliga brister men även positiva exempel och användbara idéer för oss allmänmedicinare.

Målgrupp saknas

Ofta saknas speciell målgrupp och uttalad målsättning för rapporterna. Analysen av grundläggande begrepp är i regel bristfällig. Datorernas kapacitet för vacker grafik på glättat papper kan inte skylla över det schablonmässiga både i presentationen och användandet av källor.

Vi ser dock en tendens till mer målriktade formuleringar och slutsatser ju närmare vårdverkligheten författarna står. Ibland är det emellertid förknippat med ett defensivt försvarande av resurser.

Tre perspektiv

Rapporterna är sinsemellan olika, men vi har tyckt oss kunna särskilja tre separata perspektiv utifrån vilka de presenteras. *Statistikern* gör epidemiologiska sammanställningar. Veten- skaplighet är ett honnörsord.

Politikern vill ha ett diskussionsunderlag för beslut eller som ett hälsopolitiskt inlägg med epidemiologisk argumentering.

Vårdplaneraren slutligen beskriver verksamheten ibland i ett speciellt projekt. Tendensen kan vara defensiv eller självkritisk.

Metodproblem

Ett vanligt angreppssätt är att använda jämförande beskrivande epidemiologi med allmänna registerdata som källor. Här kan vi urskilja tre metodologiska problem.

När man gör ett stort antal jämförelser får man så kallad *masssignifikans*, vilket medför att de skillnader som 'faller ut' endast kan utgöra hypoteser som måste undersökas närmare på annat sätt.

Problemet med *de små talens epidemiologi*; Litet område – låg incidens – få fall; försöker man lösa med att aggregera över tid och/eller större geografiska områden. Ett utvecklingsbart sätt är att sammanföra likartade områden var för sig: landsbygd och tätort respektive hyreshus och villaområden. Detta för att hitta väsentliga skillnader som underlag för behovsbaserad planering lokalt.

När man *indelar befolkningen* väljer man oftast och endast ålder och kön, mycket sällan yrke, socialgrupp eller boende och liknande. Här ser vi den största ideologiska och metodologiska bristen.

Hälsoproblemen döljs

De alarmerande skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i Sverige, som påvisats till exempel i den nationella folkhälsorapporten, 'försvinner' i sammanställningar för mindre områden; landsting och kommuner. Det går inte att förvänta något annat än utjämnings effekter då man undersöker dessa områden som om de bestod av en homogen grupp individer där sjuklighet och hälsa är lika fördelad.

Med dålig vetenskap döljs kunskap som faktiskt redan är känd, lokalt, om olika bostadsområden och stadsdelar.

Egenvärde

Nu finns det naturligtvis ett egenvärde i arbetet med att utforma en lokal folkhälsorapport. Precis som vid arbete med vårdprogram så höjs kompetensen hos dem som arbetar med projektet.

Enligt en Spri-rapport planerar man på många håll att göra om samma översikter regelbundet. Denna form av epidemiologisk bevakning är inte meningsfull, menar vi, utan ett rent resursslöseri om inte metodiken och analysen utvecklas och förfinas.

En alternativ organisation är att samla kompetensen till en särskild grupp som får anpassa metoder och

resultatredovisning efterhand som samhället utvecklas.

Om sociala skillnader beaktas så kan resultaten bli obekväma för uppdragsgivaren. Men det är vår uppgift att ta reda på hur olika delar av befolkningen mår för att försöka möta behoven.

Positiva exempel

Slutligen vill vi framhålla några av de positiva exempel vi funnit. Den intresserade allmänmedicinaren kan ha god nytta av dessa. Norrbottens läns landsting har gett ut *"Kokbok i hälsoarbete"* (2) som är en utmärkt handbok med kloka och väl genomtänkta kommentarer.

A L Lindén har i en undersökning i Olofström (3) utgått från vad vi faktiskt redan vet, dels om socioekonomiska och demografiska data, dels om olika gruppers uppgivna subjektiva hälsoproblem, från SCBs Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Hon sammanför dessa i en analys där förekomsten av ett antal viktiga hälsoproblem kan uppskattas i kommunen.

Eva Thune Jacobsen's *"Nansengadekvarteret under lup"* (4), är en kritik av tidigare danska hälsoprofiler. Hon utgår i stället från livsformbegreppet där det blir viktigt att beskriva de villkor som främjar och hotar hälsan. Ett vackert exempel på kvalitativ metod som den enskilde distriktsläkaren kan få impulser från.

Lycka till med folkhälsoarbetet i ditt distrikt!

Referenser

1. Olsson P, Eriksson U. Folkhälsorapporter i återvändsgränd – Finns det en utväg? Uppsats. Landstinget Blekinge, 1991.
2. Kokbok i hälsoarbete – råd och anvisningar för lokalt hälsoarbete. Luleå: Norrbottens läns landsting, 1988.
3. Linden A-L. Samhälle, befolkning och vårdutnyttjande i en industrikommun. Lund: Lunds universitet, Centrum för samhällsmedicin, 1989.
4. Jacobsen ET. Nansengadekvarteret under lup. Grundlaget för en sundhetsprofil. Köpenhamn: Dansk sygehus institut, 1989.

Författarpresentation

Peter Olsson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 960 40 Jokkmokk.

Ulf Eriksson, distriktsläkare.

Postadress: Tullgårdens vårdcentral, 371 39 Karlskrona.

Astra Läkemedel AB, Draco Läkemedel AB, Hässle Läkemedel AB och Tika Läkemedel AB utlyser ett forskningsstipendium för läkare verksamma inom allmänmedicin

Forskningsstipendium i allmänmedicin

Ändamål Stipendiet är avsett att stödja stipendiemottagarens utbildning, fortbildning eller förkovran inom aktuellt forskningsområde. Stipendiet är avsett för icke graduerade läkare verksamma inom specialiteten allmänmedicin.

Stipendiebeloppet Det totala stipendiebeloppet för år 1992 uppgår till 200 000:– svenska kronor. Beloppet kan delas ut i sin helhet eller fördelas på flera.

Ansökningsförfarande Skriftlig ansökan på särskild ansökningsblankett skall innehålla projektets beskrivning, målsättning, plan för genomförande, kostnader och finansiering samt eventuell övrig finansiering.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda senast 20 augusti 1992 under adress:
Astra Läkemedel AB, Att: Gudrun Hedström, 151 85 Södertälje.

Stipendiekommitté

Professor Gösta Tibblin, Uppsala (ordförande)

Professor Bengt Scherstén, Lund

Professor Calle Bengtsson, Göteborg

Två representanter för SFAM (utses av SFAM:s styrelse)

Docent Bengt S Nilsson, medicinsk chef, Astra Läkemedel AB

Docent Sten-Åke Johansson, medicinsk chef, Draco Läkemedel AB, Tika Läkemedel AB

Docent Andrew Heath, medicinsk chef, Hässle Läkemedel AB

På grundval av insända ansökningshandlingar fördelar kommittén stipendiebeloppet.

Kommitténs beslut tillställs de sökande skriftligen samt offentliggöres i samband med Allmänmedicinskt Forum i Stockholm 17–18 september 1992.

Kommitténs beslut kan ej överklagas.

Redovisning Efter avslutat projekt insändes skriftlig redogörelse till stipendiekommittén.

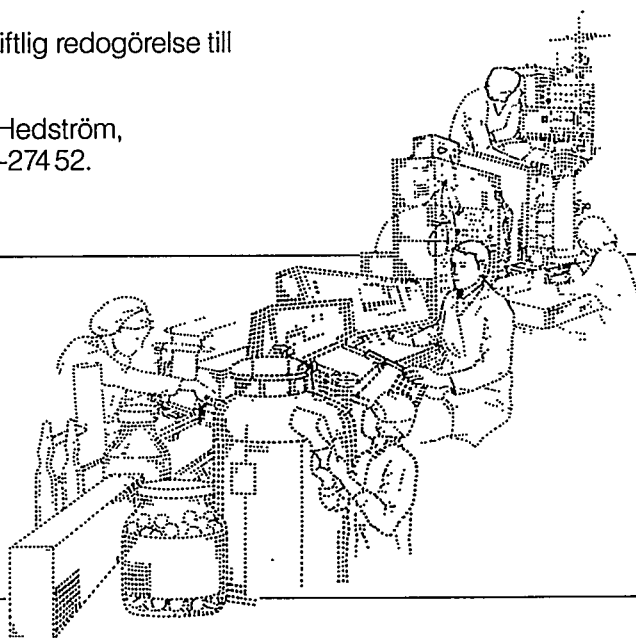
Ansökningsblankett kan rekvideras från Gudrun Hedström,
Astra Läkemedel AB, 151 85 Södertälje. Tel 0755-274 52.

Astra Läkemedel AB, 151 85 Södertälje, 0755-260 00
fr o m 25/5 nytt tel.nr: 08-55 32 60 00

Draco Läkemedel AB, Box 34, 221 00 Lund, 046-16 60 00

Hässle Läkemedel AB, 431 83 Mölndal, 031-776 35 00

Tika Läkemedel AB, Box 2, 221 00 Lund, 046-12 49 45



Upprepad korttidsfrånvaro hos 60-talister i Staffanstorp

LB06656

BIRGITTA EDWARDS · MARIANNE MALMSTRÖM

I en registerstudie jämfördes de som var 25 år 1976 med dem som var 25 år 1988. Därvid påvisades en ökning av sjukfallsfrekvensen med hela 60 procent. Denna ökning gällde framför allt de korta sjukfallen, vilket var i överensstämmelse med riket. I motsats till förhållandena i riket hade männen högre sjukskrivningsfrekvens än kvinnorna. Andelen aldrig sjukskrivna var oförändrad mellan undersökningsåren. Båda undersökningsåren var övre luftvägsinfektioner och besvär från mag-tarmkanalen de vanligaste diagnoserna. Belastningssjukdomar och skador ökade mest under observationsperioden. En påtaglig ökning av antalet personer med mer än nio korttidssjukskrivningar noterades.

Nyckelord: Korttidsfrånvaro, sextio-talister, sjukfallsfrekvens, sjuktal.

Under senare delen av 1980-talet har Riksförsäkringsverket uppmärksammat att kostnaderna för sjukskrivningar, sjukpensioner och arbetsskador ökat lavinartat (1), vilket delvis kan förklaras av sjukpenningreformen 1987 (2). Dessutom har sjukskrivningsfrekvensen ökat markant (1), liksom korttidsfrånvaron bland yngre (2,3).

Denna undersökning, som genomfördes 1989, avsåg att undersöka sjukskrivningsfrekvensen hos 25-åringar vid två tillfällen med tolv års intervall, samt kartlägga vilka diagnoser som var anledning till sjukskrivning. Kohorterna utgöres av 25-åringar, det vill säga unga personer som kan förväntas vara yrkesverksamma efter avslutad värnplikt och eventuella studier.

Material och metoder

År 1976 fanns det 16.270 invånare i Staffanstorps kommun, varav 47.7 procent var i åldern 15–44 år. År 1988 bodde i kommunen 17 427 individer, varav 45.5 procent var i åldern 15–44 år. Enligt landstingets aktuella kom-

munbeskrivningar (4) har Staffanstorp, jämfört med landstingsmedianen, en ung befolkning med ett gott hälsotillstånd samt färre långvariga sjukdomar och färre vårdtillfällen. Dock gör befolkningen 7.5 procent fler läkarbesök i öppenvård. Alla parametrar som beskriver sociala förhållanden (arbetslöshet, förtidspension, socialbidrag, ensamhet) visar bättre värden än landstingsmedianen. Alkohol- och läkemedelsförbrukningen är lägre än genomsnittet i landstinget. Männen i åldern 20–44 år röker däremot något mer. Vid 1976 års utgång fanns det 211 25-åringar i Staffanstorp, varav 89 män och 122 kvinnor. År 1988 fanns det 186 25-åringar, varav 109 män och 77 kvinnor.

Sjukskrivningsdata

Försäkringskassan i Staffanstorp började sin verksamhet 1975. Vid vår manuella genomgång registrerade vi kön, antal sjukdagar, sjukfallförelägganden, sjukskrivningsdiagnos och sjukintyg. Materialet avidentifierades och varje individ fick ett löpnummer. För att kunna göra jämförelser mellan 1976 och 1988 har vi begränsat materialet genom att utesluta hemmamakar (som endast fanns registrerat 1976) och arbetsmarknadsutbildning (som endast fanns 1988). I resultatredovisningen jämför vi den egna studiens data med Riksförsäkringsverkets statistik (2).

Definitioner av sjukmått

Sjuktal: Antal för året ersatta sjukpenningdagar med hel eller halv sjukpenning per sjukpenningförsäkrad i relation till antalet sjukpenningförsäkrade vid årets slut.

Sjukfallsfrekvens: Antalet under året avslutade sjukdomsfall som föranlett hel eller halv sjukpenning per sjukpenningförsäkrad i relation till antalet sjukpenningförsäkrade vid årets slut.

Varaktighetstal: Genomsnittliga antalet ersatta sjukpenningdagar i de sjukpenningfall som avslutats under året.

Sjukfallens längd: Antalet ersättningsdagar: vald indelning 1–7 dagar, 8–90 dagar, 91–365 dagar (3).

Diagnosklassifikation

Utgångspunkten för diagnoskodningen har varit "Klassifikation av sjukdomar 1987" (5). Då flertalet sjukfall var utan läkarintyg, utgick vi från patientens egna symtomdiagnoser. Diagnosgrupp XIII motsvarar besvär från rörelseorganen. Grupp XVII användes då patienten använde ordet skada.

Grupp VIII har vi enligt Hälsan i Sverige (6) använt till influensa och öroninflammation. Grupp IX innefattar här maginfluensa, ospecifik magvärm och diarré.

Försäkringskassans ersättningsregler 1976 respektive 1988

År 1976 hade man karensdagar och i december 1987 slopades dessa. Enligt Riksförsäkringsverkets statistikenhet ökade sjuktalet generellt med 0.8 dagar till följd av detta. I gruppen ungdomar, det vill säga 20–29 år, motsvarades detta av en ökning av 2.5 dagar, då denna grupp hade så många korttidssjukfall. Hemmamakeförsäkringen upphörde 1985 och havandeskapspenningen är en ersättningsform som tillkommit efter 1976.

Resultat

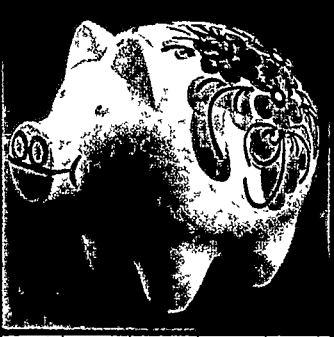
Sjuktalets utveckling

Sjuktalet har förmodligen ökat mer i Staffanstorp jämfört med riksgenomsnittet från 1976 till 1988 (Tabell I). Kvinnornas sjuktal låg snarast något under riksgenomsnittet 1988. Männen i Staffanstorp hade 1976 28 procent lägre sjuktal än kvinnorna, medan de 1988 hade ungefär 13 procent högre. Sjukpenningreformen 1987 innebär en teknisk uppräknings av sjuktalet med 2.5 dagar vid korttidssjukskrivning från och med 1988. Statistiken från Riksförsäkringsverket anger åldersindelning 20–29 år medan vi studerade 25-åringar. Följden blir att grupperna inte är helt jämförbara. Det kan vara stor skillnad på sjuktalet inom åldersintervallet. 1983 hade vi en lågkonjunktur som avspeglades i sjukskrivningsstatistiken.

Tabell I. Sjuktalets utvecklingen i Staffanstorp och i Sverige mellan 1976 och 1988.

År	1976	1988
Män i Sverige 20–29 år	17.4	17.6
Män i Staffanstorp 25 år	14.6	25.9
Kvinnor i Sverige 20–29 år	17.9	24.7
Kvinnor i Staffanstorp 25 år	18.7	23.0

KORSORD NR 2 FRÅN TARIVID®/HOECHST

FISKNÖT, BENDEL OCH SLÅR VI OFTA	FACK FÖR IND.- TJ.MÄN	EN TAPET- LÅNGD	SPÄNS- TIG SMET	UT- VECKLAS TILL	DAM- PLAGG	LÄRDES HEM- ORT	UNDER- SÖKER	TAR TÄNARE TILL	BÖJD AV TYNGD	ÄR FÄR MER ÄN KOR
TÄL ATT JÄM- FÖRAS MED	3			→				→		
	RIP- JAKTS- HJÄLP				1			SKYLD- RAS		FOLK- SLAG FRÅN DEN GRÖNA ÖN
		UNDER- HAND- LARE	KAN SPETS VARA	BRÄK PÅ BÅT	GNAT ELLER KÄLT	KOLLAR UPP- LAGOR	SAMS LOJ			
UTAN BEKYM- MER	EDGAR ALLAN SKREV	BLIGA TRÄD SY	14							
	NÖTA BORT JORD				4					
INTERAGERAR EJ!			TILL- TALAS MED	LÄKAR- HJÄLP ERUKT	13			BÖRDA	11	
			6					SNILLE	MISS- TAG	12
		TAVEL- STALL	OVAN- PÅ HAND	SKEIR TILL MAKENS SLÄKT						
		ETT NEJ	DRÄR I.KOP- PAR	5				SJÄLS- LUGN	OFTA I SKOTTE- NAMN	15
				FÄR MAN UNGHÄSTAR FRÅN EX.TÄBY						
HÖGTIDLIGT MINNESTAL		2								KONSTR. TIDSTEN BENDEL

KÄNNE- TECKNANDE FÖR TARIVID	1	2	3	★	4	5	6	3	2	7	8	5	9	10	★	
11	3	2	12	6	★	4	★	13	3	2	14	★	12	13	3	15

Vi har lösningen.

Nu kommer Tarivid infusionsvätska – i samma dosering som Tarivid tabletter!

Det gör att du enkelt kan skifta beredningsform utan att äventyra behandlingsresultatet, då Tarivid tabletter har en nära 100% absorption.

Med Tarivid i terapiarsenalen får Du snabb baktericid effekt. Tarivid ger god klinisk effekt på aeroba gramnegativa

bakterier, de flesta aeroba grampositiva bakterier, intracellulära patogener och medför ingen interaktion med teofyllin eller koffein. Allt till ett pris som är mycket uppskattat i dessa besparingstider.

Håll med om att Tarivid tabletter och nyheten injektionsvätska är en effektiv och ekonomisk lösning*.

FASS-text, *prisjämförelse och lösningen på korsordet finner Du på sidan 1217.

Tarivid®

(ofloxacin)

Tabletter 200 mg; 10, 14, 20 st.

NYHET! Infusionsvätska 2 mg/ml; 5x100 ml

Urinvägsinfektioner, genitala infektioner och nedre luftvägsinfektioner.

Sjukfallsfrekvensen

Andelen 25-åringar i Staffanstorp som ej varit sjukskrivna var i stort sett oförändrad från 1976 till 1988 (Tabell II). Jämfört med riksgenomsnittet för åldersgruppen 25–29 år var andelen individer i Staffanstorp, som ej varit sjukskrivna över huvud taget, 20 procent större. År 1976 hade 143 individer 383 sjukfall medan motsvarande siffror 1988 var 131 personer och 545 sjukfall. 1976 var cirka 79 procent av sjukfallen kortare än åtta dagar jämfört med ungefär 81 procent 1988.

Riksgenomsnittet för korta sjukfall var 1988 cirka 87 procent i åldersgruppen 25–29 år. Totala sjukfallsfrekvensen i Staffanstorp 1976 var 1.82 jämfört med 2.93 år 1988, det vill säga en ökning på cirka 60 procent. Riksgenomsnittet för motsvarande åldersgrupp var 1.92 respektive 2.78.

Beräknas sjukfallsfrekvenserna mellan könen och i grupperna med olika sjukfallslängd (Tabell III) framkommer att männen i Staffanstorp fördubblat sin korttidsfrånvaro, medan kvinnornas bara ökat cirka 30 procent. Kvinnornas medellånga sjukfall ökade däremot 68 procent, medan männens endast ökade 23 procent. Som jämförelse hade männen i hela riket 1988, i åldersgruppen 20–29 år, en betydligt lägre sjukfallsfrekvens på 1.55 vid korta sjukfall. Motsvarande siffra för kvinnorna i riket var 1.90, vilket var samma som för kvinnorna i Staffanstorp.

Fördelning i olika diagnoser

Sjukfallsfrekvensen i relation till olika diagnoser framgår av Tabell IV. Övre luftvägsinfektioner samt besvär från mag-tarmkanalen dominerade både 1976 och 1988 med 2/3 av sjukfallen. Besvär från rörelseapparaten (diagnosgrupperna XIII och XVII) ökade mest. Sjukdomsfall relaterade till mag-tarmkanalen visade samma ökningstendens som den totala sjukfallsfrekvensen (drygt 60 procent), medan andningsorganens sjukdomar inklusive influensa och öroninflammation endast ökade cirka 40 procent. År 1988 hade vi dels en influensaepidemi, dels en betastreptokockspridning.

Jämförelse mellan män och kvinnor

Muskuloskeletala besvär och skador uppvisade den största ökningen hos män med mer än en fördubbling. Hos kvinnorna i Staffanstorp ökade sjukfallsfrekvensen endast 36 procent och det var besvär från mag-tarmkanalen samt muskuloskeletala besvär som ökade mest med vardera drygt 60 procent. Övre luftvägsinfektioner ökade med 64 procent hos männen och 21 procent hos kvinnorna. Övriga diagnosgrupper innehöll endast få fall.

Männens sjuktal var högst för alla de vanligaste diagnoserna utom and-

Tabell II. Andelen sjukförsäkrade fördelade efter antalet avslutade sjukfall.

Antal sjukfall	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)
	Staffanstorp (25 år) 1976	Staffanstorp (25 år) 1988	Riket (25–29 år) 1988
0	32.2	29.6	23.3
1	22.7	17.2	17.6
2	18.0	10.2	15.3
3	10.0	10.8	12.5
4	6.2	9.1	9.5
5	5.7	9.8	7.0
6–9	4.7	8.1	12.1
>9	0.5	5.4	2.7

Tabell III. Sjukfallsfrekvens hos 25-åriga män och kvinnor i Staffanstorp 1976 och 1988 efter sjukfallens längd.

Längd (dagar)	Sjukfallsfrekvens 1976		1988	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1–7	1.35	1.48	2.68	1.93
8–90	0.39	0.34	0.48	0.57
91–365	0.06	0.03	0.04	0.03
Totalt	1.80	1.85	3.20	2.53

Tabell IV. Procentuell fördelning och sjukfallsfrekvens för de vanligaste diagnosgrupperna samt förändringen mellan åren.

Diagnosgrupp	1976	Sjukfallsfrekvens	1988	Sjukfallsfrekvens	Förändring av sjukfallsfrekvens (%)
	Andel (%)		Andel (%)		
VI Nervsystemets störningar	3.3	0.060	3.4	0.100	+ 65
VIII Andningsorganen	51.8	0.943	45.6	1.336	+ 42
IX Matmältningsorganen	21.8	0.399	22.8	0.668	+ 68
X Urin- och könsorganen	2.8	0.051	1.6	0.047	– 8
XI Graviditetskomplikationer	3.3	0.060	2.2	0.065	+ 7
XIII Muskuloskeletala sjukdomar	8.0	0.146	12.8	0.375	+158
XVII Skador	3.0	0.055	6.0	0.176	+222

ningsorganens sjukdomar 1976. Den största förändringen fanns dock hos kvinnorna, där antalet sjukdagar i magbesvär ökade fyrfaldigt. För både män och kvinnor fördubblades antalet sjukdagar på grund av besvär från rörelseapparaten.

Det är uppenbart att det mellan undersökningsåren skett en påtaglig ökning av antalet individer med frekventa sjukskrivningar, det vill säga mer än nio sjukfall per år. År 1976 hade en individ 12 sjukskrivningstillfällen, medan 1988 tio personer (7 män och 3 kvinnor) hade 10 eller fler sjukfall. De mest extrema var två män som hade 23 respektive 24 sjukfall (Tabell II).

Diskussion

En kraftig ökning av sjukskrivningsfrekvens och sjukdagar hos 25-åringarna i Staffanstorp har skett mellan 1976 och 1988. De observerade ökningarna överensstämmer väl med tendensen i resten av riket (2). Intressant är att andelen individer som ej varit sjukskrivna var oförändrad under observationsperioden. Förändringar i sjukförsäkringen i december

1987 med karensdagens slopande och ändrade beräkningsgrunder för sjukpenningen gav som förväntat en kraftig ökning av sjukskrivningen i hela riket. Karensdagen kan ha inneburit en viss underrapportering vid endags-sjukskrivningar. I Staffanstorp var männen mest sjukskrivna, vilket möjligen kan förklaras av ett antal individer med mycket hög korttidssjukskrivningsfrekvens. I riket var det de yngre kvinnornas sjukskrivningar som ökade mest. Gruppen med fler än nio sjukfall är dubbelt så stor i Staffanstorp som i hela riket. Exempelvis har två män tillsammans 47 sjukfall! Om dessa två utesluts minskar männens sjukfallsfrekvens från 3.21 till 2.83, vilket fortfarande är högre än riksgenomsnittet på 2.58. När det gäller 25-åringarnas sjukskrivningsmönster, är det inte läkarnas sjukskrivningsvanor som inverkar. Försäkringskassan måste uppmärksamma dessa personer och hänvisa dem till "sin doktor". Med tanke på att många (63 personer av 134) ej krävs på läkarintyg på sjunde dagen eller vid upprepade korttids-sjukfall har vi tagit initiativ till att genomföra detta sedan 1989.

Förstärkt basanalgetikum med trygg effekt



PANOCOD[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

**Angriper smärtan på två nivåer:
centralt och perifert**

Effektivt • Ekonomiskt • Modernt



Sterling-Winthrop AB, Box 1403, 171 27 Solna Tel 08-734 08 80

Hos de yngre kvinnorna i Staffans-torp tycks det vara de medellånga sjukfallen som ökat mest. Det är viktigt att läkarna tidigt uppmärksammar eventuella bakomliggande faktorer och tar ställning till rehabiliteringsbehoven. De vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna både 1976 och 1988 var övre luftvägsinfektioner samt besvär från mag-tarmkanalen.

Besvär från rörelseapparaten och skador ökade mest under observationsperioden. Det har spekulerats en hel del i vad den ökade sjukligheten beror på (förmånliga ersättningsregler, arbetsskadeersättning, ändrade attityder i samhället – rätten att vara sjuk, hög förvärvsintensitet, högkonjunktur). År 1976 var man överkompenserad för ledig tid och underkompenserad för arbetad tid. Idag är kompensationen avpassad till aktuell inkomst, karensdagarna har försvunnit, arbetare med skiftesarbete och deltidssarbete har bättre kompensation. Idag finns det höginkomsttagare ur olika yrkesgrupper, bland annat

akademiker, men även unga utbildade personer med välbetalda fysiskt tunga jobb med skiftarbete.

En analys av individerna med extremt avvikande sjukskrivningsmönster vore av värde, liksom att följa de personer som ej varit sjukskrivna. Riksförsäkringsverket planerade under hösten 1990 en sådan analys av sjukskrivningsmönstret bland ungdomar med tät korttidsfrånvaro, men den genomfördes aldrig.

År 1991 hade vi både lågkonjunktur och en sjukpenningreform. Korttids-sjukvaron sjönk med mellan 20–30 procent jämfört med samma tid 1990.

Kan sjukskrivning ibland vara ett andningshål i en pressad situation? Hur blir det i så fall på sikt när denna möjlighet försvinner? Som framförts i massmedia är det kanske viktigt att på arbetsplatserna öka toleransen för att vi inte alltid kan vara högrepresterande, vilket dock strider mot kraven på ökad effektivitet och produktivitet samt stramare ekonomiska ramar.

Referenser

1. Sveriges Officiella Statistik. Statistisk årsbok 1990. Statistiska centralbyrån. Stockholm: Liber/Allmänna Förlaget, 1990.
2. Riksförsäkringsverket. Sjukskrivningsmönster bland ungdomar och vuxna. En översiktlig kartläggning. (Statistisk rapport Is-R 1990:1). Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1990.
3. Riksförsäkringsverket. Den ersatta sjukfrånvaron 1989. (Statistisk information. Is-I 1990:17). Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1990.
4. Dahn I, Lithman T, Karlsson K. Hälsan i Malmöhus läns landsting. Malmöhus läns landsting. Lund: AB Danagård Grafiska, 1989.
5. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar 1987. Stockholm: Liber/Allmänna Förlaget, 1988.
6. Statistiska centralbyrån. Hälsan i Sverige. Hälsostatistisk årsbok 1989. Stockholm: Norstedts Tryckeri, 1989.

Författarpresentation

Birgitta Edwards, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Granen, Grangatan 11, 212 14 Malmö

Marianne Malmström, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Norra Fäladen, Fäladstorget 4, 222 47 Lund.

Att förebygga lårbensbrott – en utmaning!

STEFAN LUNDMARK

Antalet benskörhetsfrakturer ökar i Sverige. Är det en följd av en förändrad livsstil? Hur ska primärvården och äldreomsorgen arbeta med olycksfallsprevention under nittio-talet? Artikeln ger en faktsammanställning och dessutom redovisas erfarenheter från ett pågående projekt i Trollhättan.

Nyckelord: Höftfrakturer, benskörhet, osteoporos, olycksfallsprevention.

Epidemiologi

Höftfrakturincidensen har ökat i Sverige de senaste decennierna och i åldern över 80 år mer än fördubblats. Den årliga incidensen i Göteborg har ökat från 3.6/1000 1965 till 5.7/1000 1981 totalt, men siffrorna är dubbelt så höga för kvinnor som för män (7.4 respektive 3.6 1981). I åldern över 80 år är motsvarande siffror 11.9–26.1 totalt 15.8–30.5 för kvinnor och 6.0–16.6 för män (1).

Liknande undersökningar finns från andra storstadsområden i Sverige och från övriga Skandinavien. Incidensen tycks på senare år ha planat ut på denna höga nivå. Perioder med incidensökning har också visat sig växla med perioder utan, vilket gör långtidsuppföljning nödvändig vid bedömning av intervention.

Medelåldern för höftfraktur är 74 år för män och 81 år för kvinnor. Sverige har världens äldsta befolkning räknat på andelen äldre. Enligt prognoser ökar antalet personer över 80 år från 300.000 till över 400.000 till år 2000. Av dessa är 2/3 kvinnor och uppemot 80 procent ensamstående. I åldern 65–79 år minskar däremot antalet något fram till sekelskiftet.

Orsaker till incidensökning

Endast 17 procent av incidensökningen i Göteborg 1965–81 berodde på åldersfaktorer. Man förmodar att det är fråga om en ökning av såväl osteoporosprevalens som falltendens. Livsstilsfaktorer torde vara av betydelse och i ett alltmer högteknologiskt samhälle finns det behov av att kompensera ökad bekvämlighet med ökad motion. Det har också visats att incidensen är lägre på landsbygden jämfört med storstad (2,3). Eftersom höftfrakturen har en så multifaktoriell bakgrund är varje enskilt orsakssamband svårbevisat.

Kostnader för samhället

Med en beräknad kostnad av 50.000 kronor för ortopedisk vård av varje höftfraktur och med över 18.000 frakturer årligen, närmar sig kostnaderna 1 miljard per år. Därtill kommer kostnader för rehabilitering, ökat vårdbehov etc. Dessutom måste nästan var femte höftfraktur reopereras exklusi-

ve dem som får osteosyntesmaterial extraherat på grund av lokala besvär (4). Generellt har dock ett effektivare omhändertagande med kortare vårdtider vid ortopediklinikerna hittills delvis kunnat kompensera det ökade antalet höftfrakturer. Behovet av att komplettera behandlande åtgärder med förebyggande tycks dock uppenbart.

Orsaker till osteoporos

Osteoporos har kallats en av nittio-talets folksjukdomar (5). Det finns flera olika faktorer som påverkar osteoporosutveckling såsom: hereditet, låg maximal benmassa (peak bone mass), låg kroppsvikt, tidig menopausålder, sjukdomsförekomst (till exempel ventrikulresektion), användning av vissa läkemedel (till exempel kortison) samt livsstilsfaktorer: fysisk inaktivitet, otillräckligt kalciumintag, rökning, alkohol. Genetiska faktorer har viss betydelse för maximal benmassa liksom säkerligen fysisk aktivitet och kalkintag i yngre år. Män har i utgångsläget 30 procent högre maximal benmassa än kvinnor samt lägre förlusttakt därefter. En 70-årig man har 15 procent lägre benmassa än en 25-årig man medan en 70-årig kvinna har 30 procent lägre benmassa än en 25-årig kvinna.

Diagnostik av osteoporos

Osteoporos förlöper ofta symtomlöst tills en eventuell fragilitetsfraktur in-



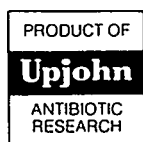
Tänk dig att bli kallad Bölden.

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.

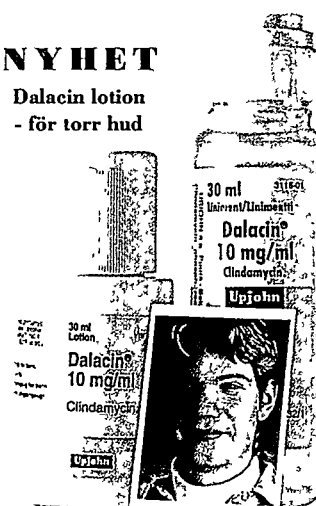


Upjohn AB
Box 289, 433 25 Partille.
Tel 031-44 91 00.

Dalacin hjälpes 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

träffar. Biokemiska markörer för bennedbrytning och bennybildning i blod och urin har ännu begränsad klinisk användning. Röntgen är en allt för okänslig metod. Som regel har minst 20 procent av benets mineralhalt förlorats innan några förändringar kan ses. SPA (singel photon absorptiometri) är den enklaste fysikaliska metoden för bestämning av BMC (bone mineral content). BMC-värdet i handledsnivå har visat sig vara en god prediktor för framtida frakturrisk åtminstone före 70 års ålder (6). Strävan att diagnostisera sjukdomar av osteoporosens karaktär innebär ett etiskt dilemma (7).

Förebyggande åtgärder

All primärpreventiv information måste präglas av ett positivt "Må Bra"-budskap och utgöra reklam för god hälsa.

Fysisk aktivitet är bra för benstomme, muskelstyrka och balans, men att delta i en promenadgrupp ger framför allt en trevlig samvaro med andra människor! Det lönar sig också att motionera i alla åldrar. Muskelstyrka och balans förbättras och reaktionstiden minskar vid måttlig regelbunden fysisk aktivitet som till exempel att promenera en timma tre dagar i veckan. Detta innebär i sig ett skydd för skelettet men även BMC ökar. Att notera är att risken för radiusfraktur ligger 10–15 år före höftfraktur i tiden på grund av att reaktionsförmågan då är bättre, man "tar emot sig".

Det är väsentligt att det dagliga kalkintaget är adekvat (8). En del äldre får endast 300 mg/dag, vilket är klart otillfredsställande. Mjölkkonsumtionen har halverats i Sverige de senaste femtio åren och ostkonsumtionen har inte ökat i riktigt motsvarande grad. Grönsaker innehåller också kalcium och noterbart är, att osteoporos är sällsynt i Kina, trots att mejerivaror ej ofta finns på matbordet. Kineserna får praktiskt taget allt kalcium från växtriket.

Vitamin D-tillskottet i kosten motsvarar cirka 1/4 av det totala behovet. Resten tillgodoses genom kroppens egen syntes. Försurning av luften med ökade halter av svaveldioxid hindrar UV-B-ljus att tränga igenom. Människans förmåga att bilda D-vitamin minskar då, vilket är mer betydelsefullt i trakter där det är solfattigt, såsom i Skandinavien.

Rökning är en oberoende riskfaktor för benskörhet. Omsättningen av östrogen ökar hos rökare och menopausåldern är i genomsnitt två år lägre. Tobaksrök innehåller ämnen som kan vara toxiska för skelettet, till exempel kadmium. Tobaksförsäljningen har visserligen minskat i Sverige sedan slutet av 1960-talet, men 1985 rökte nära 30 procent av befolk-

ningen över 16 år dagligen. I åldern över 65 år var motsvarande siffror 25 procent för män och 10 procent för kvinnor. Av kvinnorna, 16–44 år, rökte däremot 35 procent och under kommande decennier kan andelen rökare bland äldre kvinnor komma att tredubblas.

Hos män med alkoholproblem finns en koppling till låg fysisk aktivitet, lågt näringsintag samt rökning, det vill säga negativa livsstilsfaktorer. Det finns även ett sådant samband vid jämförelse mellan ensamstående respektive gifta/sammanboende pensionärer.

Man kan dock inte räkna med snabba effekter på folkhälsan av enbart attitydpåverkan. Även farmakologisk behandling av utvalda riskgrupper kommer troligen att krävas (9). En generell användning av östrogen till kvinnor efter menopaus kan för närvarande inte rekommenderas eftersom långtidsnyttan inte är klarlagd.

Fallolyckor bland äldre

Olycksfallsskador är i jämförelse med andra hälsoproblem särskilt lämpliga för prevention (10). På kommunnivå har man bland annat i Skaraborg visat goda resultat av insatta åtgärder (11). Fallolyckor är den helt dominerande skadekategorin bland äldre. Av sjukhusvårdade olycksfall utgör de 70–80 procent i åldern över 65 år. Öppenvårdsregistreringar visar ej sällan en hög frakturefrekvens bland fallolyckor. En undersökning uppskattar dock att det för varje fallolycka som kommer till sjukvårdens kännedom förekommer 14 orapporterade (12). I en femårig prospektiv studie i Kanada (13) bland äldre framkom det att i 54 procent av fallen förelåg ej någon skada, i 28 procent lindrig mjukdelsskada och i 12 procent mjukdelsskada som föranledde suturering. I sex procent förelåg allvarlig skada inklusive någon form av fraktur.

En varningssignal

Vid de flesta tillfällen skulle en fallolycka kunna betraktas som ett frakturtilbud och vara en naturlig utgångspunkt för en diskussion om lämpliga preventiva åtgärder. Att känna motivation är helt avgörande för resultatet av förebyggande insatser. Som individ är man sannolikt mer mottaglig i ett sekundärpreventivt skede. Arbetet måste förstås ändå vara befolkningsinriktat och utgå från hemmiljön, eftersom de allra flesta även i ålder över 80 år bor i egen bostad. Rådgivning om behovet av god belysning och säkerhetsartiklar med pensionärsdesign (motsvarande 'senior home safety products' i USA) har alla nytta av. Beskriv typiska "risksituationer": bråttom till telefonen, toalettbesök mitt i natten, klättra på osta-

dig pall etc. Undvid pekpinnar och skrämselfpropaganda – ju mer lättlyssnat budskapet presenteras, desto större blir intresset. Sjukvården måste kanske söka okonventionella samarbetspartners i dessa informationsfrågor, men samtidigt är ett ökat intresse från läkarkåren för prevention också av stort värde.

Falltendens och IVP

När man i hälso- och sjukvården liksom i hemvården gör upp en individuell vårdplan (IVP) bör falltendens rutinmässigt bedömas. Man kan då identifiera riskindivider (14), till exempel dem som har sjukdomar som påverkar gång- och orienteringsförmågan. Behovet av tillsyn, träning och hjälpmedel analyseras. Balansträning är viktig också för att minska rädslan för nya fall (15). En översyn av alla läkemedel som kan påverka balansen bör göras. Det kan gälla exempelvis bensodiazepiner, där särskilt de med lång halveringstid (över 24 timmar) bör undvikas till äldre. Blodtrycksmedicinering kan behöva justeras och beträffande diuretika kan snabbverkande preparat ibland ersättas med mer långverkande medel med mild insättande verkan. Totalt förskrivs 40 procent av alla receptbelagda läkemedel till personer över 65 års ålder. Stora variationer förekommer i förskrivningsmönstret.

Utomhusmiljön

Även om endast 10–15 procent av höftfrakturerna inträffar utomhus är det också angeläget att trafikmiljön bättre anpassas till de äldres villkor. Att justera korta trafikljusintervall vid övergångsställen och inrätta så kallade servicebussar med lågt insteg är bara några exempel.

Projekt i Trollhättan

Erfarenheterna hittills från vårt olycksfallsförebyggande projekt för äldre i Trollhättan, som vi bedrivit sedan 1987, visar att sjukhusvårdade fallolyckor har minskat jämfört med den föregående tioårsperioden. Räknet på vårdtillfällen/1000 invånare i aktuell ålder har en uppåtstigande trend från mitten av 1970-talet brutits och siffrorna 1990 är cirka 10 procent lägre jämfört med 1987. Data beträffande höftfrakturer är ej konklusiva. Materialet är mindre och uppföljningstiden för kort. Ett mycket positivt gensvar från pensionärer gör det meningsfullt att fortsätta arbetet. Vårdkostnader ej att förglömma, det yttersta målet för preventionen är ändå att bidra till en förbättrad livskvalitet under pensionsåren!

En aforism av den amerikanske filosofen RW Emerson tjänar som vårt projektmotto. Den finns också tryckt på baksidan av en broschyr till pensio-

närer och ett informationshäfte som vi delar ut. Vad många av oss mest av allt behöver är någon som får oss att göra vad vi kan.

Referenser

1. Zetterberg C, Andersson GBJ, Nachemson A. Höftfrakturer hos äldre – epidemiologi. Läkartidningen 1983;80:2040–3.
2. Mannius S, Mellström D, Odén A, Rundgren Å, Zetterberg C. Incidence of hip fractures in western Sweden 1974–82. Comparison of rural and urban populations. Acta Orthop Scand 1987;58:38–42.
3. Gärdsell P, Johnell O, Nilsson BE, Sernbo I. Bone mass in an urban and a rural population. J Bone and Mineral Research (in press)
4. Olsson S. Nästan var femte höftfrakturpatient får komplikationer inom en fyraårsperiod. Läkartidningen 1987;84:3818–9.
5. Mellström D, Rundgren Å, Johansson C, Zetterberg C. Benskörhet och frakturer hos äldre – en av nittioalets folksjukdomar i Sverige. Forskning och Praktik 1986;18:63–6.
6. Gärdsell P, Johnell O, Nilsson BE. Predicting fractures in women by using forearm bone densitometry. Calcif Tissue Int 1989;44:235–42.
7. Tibblin G. Bättre sjukvård till lägre kostnad. Läkartidningen 1991;88:2362–3.
8. Ljunghall S, Bruce Å, Vessby B. Hur mycket kalcium behövs i kosten? Läkartidningen 1991;88:103–4.
9. Ljunghall S. Osteoporos kan påvisas, förebyggas och behandlas. Nord Med 1991;106:143–4.
10. Berg L, Persson G. Att förebygga olycksfall. Stockholm: Spri, 1988 (Spri rapport nr 250).
11. Schelp L. Epidemiologi as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents. Stockholm: Karolinska institutet, Institutionen för socialmedicin, 1987 (Thesis).
12. Sorock GS. Falls among the elderly, epidemiology and prevention. Am J Prev Med 1988;4:282–8.
13. Gryffe CI, Amies A, Ashley MS. A longitudinal study of falls in an elderly population. Age Ageing 1977;66:201–10.
14. Larsson M, Svensson ML, Rundgren Å, Jalhed M, Landahl S. Viktigt att identifiera olycksfallspatienterna i långvården. Läkartidningen 1987;84:1541–3.
15. Johansson G, Jarnlo G-B. Balance training in 70-year-old women. Physiotherapy Theory and Practice (in press).

Författarpresentation

Stefan Lundmark, företagsläkare/di-
striktsläkare.

Postadress: Primärvården, Box 42, 461 21 Trollhättan.

Sensitivitet och specificitet vid streptokock- tester och s-CRP i samband med luftvägs- infektioner

LB06658

AGNETA KULNEFF-HERLIN

På vårdcentraler sker sannolikt en stor överförskrivning av antibiotika vid luftvägsinfektioner, ofta på misstanke om streptokockinfektioner. Snabb och korrekt streptokockdiagnostik är därför av värde. I denna studie jämfördes s-CRP och två ELIZA-tester med svalgodling. Resultaten visade att trots att endast tio procent av patienterna hade streptokockinfektion, ordinerades cirka hälften antibiotika och 75 procent av patienterna förväntade sig få denna behandling.

Nyckelord: Streptokockdiagnostik, patientförväntningar, s-CRP, antibiotikakonsumtion.

Omkring 1/3 av alla besök på en vårdcentral utgörs av patienter som söker för övre luftvägsinfektion (1). Upp till 60 procent av dessa behandlas med antibiotika (2), ofta på grund av misstanke om streptokockinfektion. Under de senaste åren har flera latex- och coagglutinationstest lanserats för direkt påvisande av grupp A streptokocker. För dessa tester har specificiteten varit hög medan sensitiviteten varit relativt låg. C-reaktivt protein i serum (s-CRP) är den akutfasreaktant som

stiger och sjunker snabbast vid en infektion och den är nu möjlig att bestämma på vårdcentralnivå (1). Sannolikt sker en stor överförskrivning av antibiotika vid luftvägsinfektioner. Orsakerna till detta är föga kartlagda men möjligen kan läkarens uppfattning om patientens behandlingsönskemål påverka ordinationen. I denna studie har därför patienter också intervjuats angående sina förväntningar vad gäller antibiotikabehandling och respektive läkare har tillfrågats om dennes uppfattning om patientens förväntningar. Två tester som bygger på ELIZA-teknik (Tandem icon strep A, Famos och Test pac strep A, Abbot) samt s-CRP har utvärderats.

Material och metoder

Svalgprover

Tandem icon strep A (Famos) och Test pac strep A (Abbot) samt två kvantitativa svalgodlingar togs på 76 konsekutiva patienter som sökte för luftvägsinfektion. Svalgprov togs med två dubbelpinnar, varav den ena pinnen användes till testet och den andra till svalgodlingen.

Kvantitativ svalgodling utfördes genom att svalgpinnen skakades i 1 ml NaCl under 30 sekunder, varefter 10 µl utströks på blod- och hematinagarplatta. Provtagning, inokulering av svalgodling samt övriga tester utfördes av laboratorieassistent.

C-reaktivt protein (CRP)

Vid samma tillfälle togs CRP på 53 patienter. CRP-bestämningen utfördes med Turbox (Orion Diagnostica) på vårdcentralens laboratorium. Detta prov ingick ej i vårdcentralens rutiner vid studiens början varför 23 patienter inte testades.

Patienternas uppfattning om behandlingen

I samband med provtagningen tillfrågades 59 patienter av laboratorieassistenten om sina förväntningar angående behandlingen. Provtagningarna och intervjun utfördes före läkarbesöket. Efteråt intervjuades läkaren av samma laboratorieassistent angående sin uppfattning om patienternas förväntningar på behandling. Eventuell ordination av antibiotika gavs, och diagnos ställdes, innan läkaren delgivit resultatet av snabbtesten. Möjlighet att ändra ordinationen efteråt fanns, och utnyttjades i ett fall.

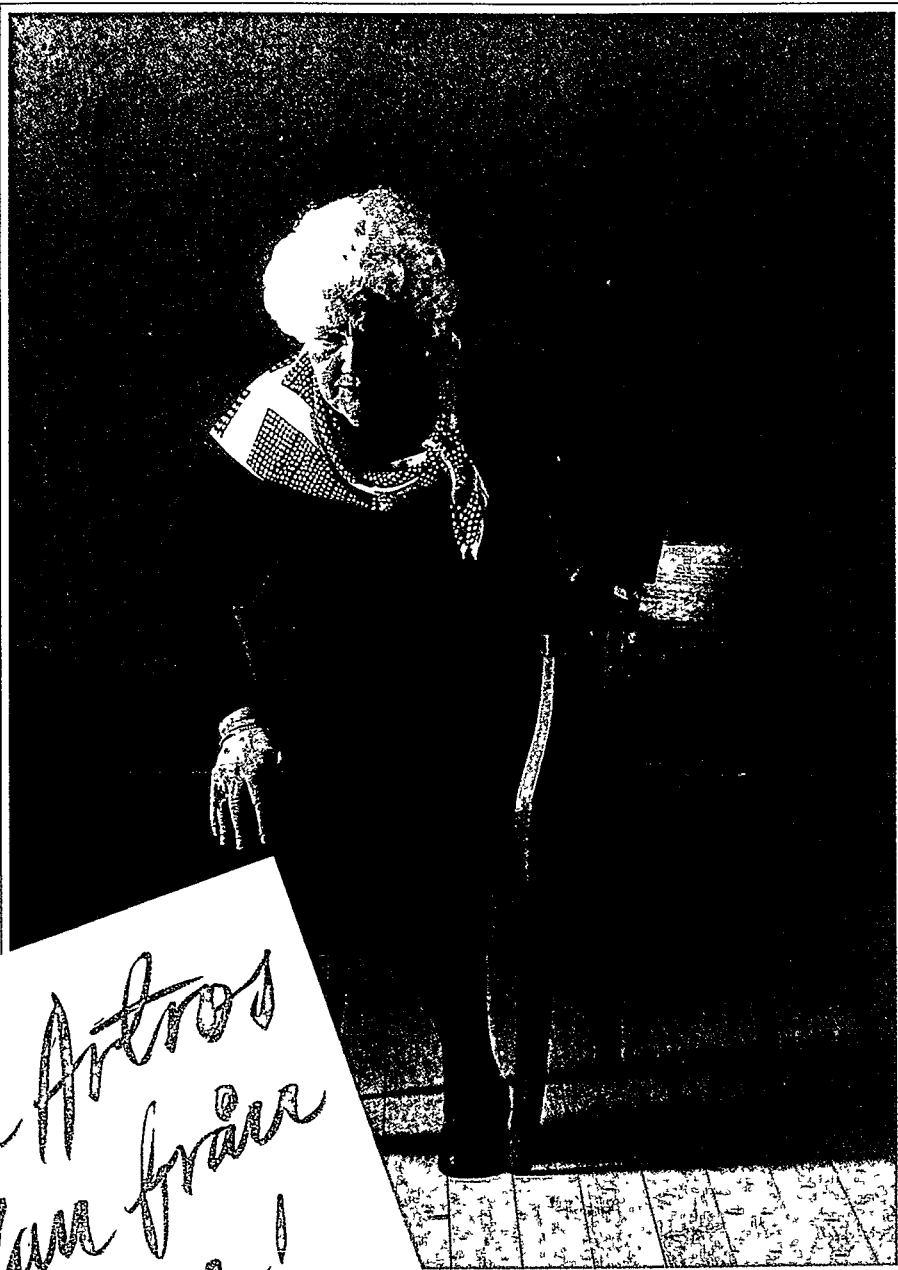
Resultat

Svalggodling

Av 76 patienter hade åtta positiv kvantitativ svalgodling (Tabell I), vilket motsvarar en isoleringsfrekvens av betastreptokocker grupp A på tio procent.

NORMALDOSERING 50 MG X 2

S-VT-03/92-009 ADMEDIA CIBC



Vid Artros
redan från
början!

VOLTAREN®

DICLOFENAC

SVERIGES MEST ANVÄNDA ANTIFLOGISTIKUM*

10 ÅR I SVERIGE OCH FORTFARANDE I UTVECKLING!

CIBA-GEIGY AB, 031-89 25 00

PRODUKTINFORMATION. Voltaren® 1) (diclofenac-natrium) Voltaren® 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 uretarsstensanfall (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 peptikum. Inflammatoriska gastrointestinala 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 symtom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av ASA eller andra NSAID. Försiktighet: Patienter med gastrointestinala besvär eller med tidigare ulcera, liksom patienter med ulce-rös kolit, Crohn's sjukdom, hemato-poes - eller koagulationsrubbningar 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 förtorat 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.

Decentraliserad bakteriologisk diagnostik

Tandem icon strep A visade en sensitivitet på 0.75 och en specificitet på 1.00 och *Test pac strep A* på 0.86 respektive 1.00. De två falskt negativa testen för *Tandem icon Strep A* motsvaras av odlingar på 100 respektive 30 kolonier, den senare positiv för *Test pac strep A*.

C-reaktivt protein (CRP)

CRP togs på 53 patienter och var positivt (>10) i 25 fall. Av de åtta patienterna i studien med positiv svalgodling, hade fem positiv CRP, en negativ och på två av patienterna hade CRP inte tagits. Vid jämförelse med kvantitativ svalgodling var sensitiviteten 0.83 och specificiteten 0.45 för CRP.

Behandling med antibiotika

37 patienter fick antibiotikabehandling, övriga fick ingen eller symptomatisk behandling. 28 patienter fick Pc-V, fyra amoxicillin, fyra erytromycin och en tetracyklin. En patient fick inte antibiotika förrän testresultatet meddelats, vilket medförde att denna patient ej registrerats som antibiotikabehandlad.

Patienter som behandlades med antibiotika hade diagnoser enligt Tabell II.

Förväntningar på behandling

Av de 59 patienter som deltog i enkäten, förväntade sig 45 (76%) att få antibiotikabehandling. Åtta patienter (14%) preciserade ingen behandlingsform och sex (10%) föreslog en annan behandling än antibiotika. 31 patienter erhöll antibiotika, varav 25 hade haft sådana förväntningar (64%) (Tabell III).

Frågorna till läkaren besvarades i 48 fall. Behandlingen ansågs motsvara patientens förväntningar i 35 fall, varav 21 (60%) fick antibiotika. För nio patienter (22%), varav två fick antibiotika, ansågs behandlingen ej motsvara förväntningarna – för sex patienter angavs svaret "vet ej". Av dessa fick två antibiotikabehandling.

Diskussion

Då isoleringsfrekvensen av streptokocker var påfallande låg, kunde någon signifikant skillnad mellan ELIZA-testen inte påvisas. Arbets- och tidsmässigt var testerna också likvärdiga. Båda tog cirka 10–15 minuter att utföra, var lätta att läsa och kunde utföras av personal med viss vana av laborativt arbete.

Sensitivitet och specificitet var i nivå med resultat påvisade i en del andra undersökningar, men högre än i studier i Stockholmsområdet under 1980-talet (3). Enligt Henning et al (4) mäter snabbtesten vanligen inte mindre mängder än 10.000 kolonier, vilket inte behöver vara någon nackdel, då

Tabell I. Jämförelse av resultat från odling respektive ELIZA-test för påvisande av A-streptokocker i svalgprov. Försök med *Test-pac strep A* och *Tandem icon strep A*.

Odling	Test pac strep A		Tandem icon strep A	
	positiv	negativ	positiv	negativ
Positiv	7	1*	6	2*
Negativ	0	68	0	68
Totalt	7	69	6	70

* Diagnosen hos dessa patienter var övre luftvägsinrektion respektive pharyngit.

detta vanligen avspeglar bärarskap. En hundraprocentig sensitivitet skulle således knappast vara realistiskt.

Ett positivt CRP kan också ge visst belegg för förekomst av streptokocker.

Trots att endast tio procent av patienterna hade streptokockinfektion, ordinerades cirka hälften antibiotika och 75 procent av patienterna förväntade sig få denna behandling. Den höga efterfrågan på antibiotika ökar sannolikt förskrivningen, med påföljande negativa konsekvenser på normalfloran i näsa och svalg, ökat antal biverkningar och ökad risk för allergiutveckling (2). Sannolikt skulle mer upplysning om dels det verkliga behovet av antibiotika, och dels de negativa konsekvenserna av överkonsum-

tion, kunna dämpa efterfrågan hos patienterna (5). Goda differentialdiagnostiska möjligheter är dock det viktigaste för insättande av rätt behandling. Enligt flera undersökningar är den kliniska diagnosen inte tillräckligt tillförlitlig. Snabbtest är trots den måttligt höga sensitiviteten av stort värde på en vårdcentral (6). Fördelen av ett snabbt svar är särskilt stort på fredagar och på jourtid. Vid negativt snabbtest och stark klinisk misstanke kan svalgodling eller streptocult vara lämpligt. Svalgodling är också nödvändig för typning och detektion av C- och G-streptokocker. Således vore det önskvärt att såväl ett snabbtest som en odlingsmetod skulle finnas på varje vårdcentral.

Tabell II. Diagnoser hos patienter som behandlades med antibiotika. Diagnoserna ställdes innan testresultaten hade meddelats läkaren.

Diagnos	Antal
ÖLI, förkylning, laryngit, faryngit	14
Tonsillit	12
Bronkit	6
Sinuit	4
Otit	1
Totalt	37

Tabell III. Jämförelse av resultat från enkät om antibiotikaförväntningar med ordination av antibiotika och resultat av svalgodling.

Enkät	Antibiotika		Odling positiv	negativ
	ordinerad	ej ordinerad		
A. Antibiotika-förväntningar	25	20	6	39
B. Ospecificerade förväntningar	4	4	1	7
C. Förväntningar på annan behandling än antibiotika	2	4	0	6
Totalt	31	28	7	52

Referenser

1. Mårdh PA, Borchgrevink C, Gorbatow G et al. Infektioner i primärvård. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1986.
2. Hovelius B, Bygren P, Christensen P, Mårdh PA. Respiratory tract infections at a community care center – with emphasis on group A streptococci. Scand J Infect Dis Suppl 1983;39:59–67.
3. Hallander HO. Snabbdiagnostik av streptokocker grupp A i svalgget kan ännu inte ersätta konventionell odling. Läkartidningen 1988;85:2316–8.

4. Henning C, Tärnvik A, Furst L, Gustavsson M, Holm PO, Kaiser PO. Odling av streptokocker grupp A fortfarande överlägset enzymimmunologiskt direkttest. Läkartidningen 1987;84:3906–7.
5. Mölstedt S. Antibiotic usage and beta-lactamase production in respiratory tract bacteria. Lund: Universitetet i Lund, 1990 (Akademisk avhandling).
6. Schwan A, Ek E, Falck G, Grandien M, Henning C, Hovelius B, Löfgren S. Aktuell rekommendation för decentra-

liserad diagnostik av hemolytiska streptokocker grupp A i svalgprov. Läkartidningen 1991;88:1378.

Författarpresentation

Agneta Kulneff-Herlin, distriktsläkare.
Postadress: Vårdcentralen Ljungbyhed, Infanterigatan 10, 260 70 Ljungbyhed.

FV-arbete på Södertulls vårdcentral, Lund.

Handledare: Docent Birgitta Hovelius.

Primärvårdens forsknings- och utvecklingsenheter

LB0 6659

MARKUS KALLIOINEN · OVE GRANHOLM · MARIA JAKOBSSON

I Sverige finns 25 enheter för forskning och utveckling (FoU) inom primärvård. Representanter för dessa träffades den 24 och 25 oktober 1991 i Lerum. Vård för mötet var nestorn inom svensk primärvårdsutveckling, Bengt Dahlin.

Nyckelord: Forsknings- och utvecklingsarbete, primärvård.

Hotad morgondag?

Enheternas verksamhet varierar, men forskning och utvecklingsarbete, lokal samhällsmedicin och uppföljning/kvalitetssäkring ägnar sig de flesta åt. Idag finns enheter från Malmö i söder till Luleå i norr. Enheten i Falun har lagts ner och en enhet i Borås och en i Stockholm har tillkommit. Landets utvecklingsenheter för en osäker tillvaro i dagens primärvård. *Var finns FoU-enheterna i morgondagens husläkar-system?*

Viktigt komplement

Älvsborgs läns landsting har antagit en FoU-plan, där man fastlägger tre nivåer för forskning och utveckling. Tyngdpunkten förläggs ut i verksamheten, där basenhetsledningen bör/skall avsätta medel och medge tid för FoU. Den andra nivån utgörs av lokal samverkan eller centumbildning, där FoU-resurser från primärvård, vårdhögskola med flera samverkar. En politiskt antagen målsättning och strategi för FoU i landstinget som helhet utgör den tredje nivån. Det är en from förhoppning att fler landsting i framtiden ägnar mer intresse och resurser till FoU-verksamhet. Dagens ekonomiska klimat gör inte detta lätt, men deltagarna i Lerumsmötet var överens om, att *FoU-enheter är ett viktigt komplement till universitetsinstitutioner, vårdhögskolor och samhällsmedicinska enheter.* Vi behöver alla.

Nya områden där FoU-enheterna naturligt kommer in är som handledare i projektarbeten under allmänmedicins specialistutbildning och distriktsköterskeutbildning. Det ökade intresset för kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning är också arbetsområden för dessa enheter.

Landstingsförbundet rekommenderar mer forskning

Aina Daleus från Landstingsförbundet informerade om dess stöd till primärvården i FoU-frågor. Redan 1982 kom förbundets förslag till utvecklings-enheter/-vårdcentraler i primärvård. 1986 skrevs ett liknande förslag om kreativa miljöer inom slutenvården, vilket dock inte givit upphov till samma utveckling som inom primärvården. Senast 1990 kom nya rekommendationer till landstingen att satsa mer på forskning inom den egna verksamheten.

FoU-frågorna är viktiga att bevaka i det nya primärvårdsprogram som landstingsförbundet för närvarande arbetar med. Arbetet innebär att konkretisera ett inom förbundet enhälligt antaget 10-punktsprogram, där FoU-verksamhet utgör en av punkterna. *För svensk primärvård är det utomordentligt viktigt, att det byggs in incitament för såväl forskning och utvecklingsverksamhet som för förebyggande arbete.*

Alla personalkategorier

FoU-enheterna är en resurs för primärvårdens alla personalkategorier. Distriktsköterskor och sjuksköterskor är ofta engagerade i utvecklingsverksamheten. Det var därför naturligt att vi på detta möte fick en genomgång av ämnet vårdvetenskap, dess avgränsningsproblem gentemot andra vetenskapliga områden och hur långt man kommit med uppbyggnaden.

Under mötets första dag hade utvecklingsenheternas sekreterare egna

programpunkter. Där diskuterades och jämfördes verksamheter. Utbyte av idéer och tips förekom, särskilt om olika datorprogram med för- och nackdelar.

Kvinnors hälsa

Andra dagen var seminariedag för samtliga deltagare med ämnet "Kvinnors hälsa". Anita Harling, hälsoplanerare i Lerum, hade satt ihop ett mycket bra program, där psykologen och läkaren Tatjana Sivik tog upp kvinnors hälsa sett ur ett brett perspektiv. Medicinhistorikern Bi Puranen talade om dagens kvinna som en "kameleontsjäl med radarpsyke i glas-hus". Författaren Eva Larsson berättade om sin bok "Växtvärk". Finn Zetterholm underhöll med sång och "Friskis och Svettis" såg till att vi rörde på oss.

Med Bengt Dahlin som värd blev det naturligtvis också en hel del diskussioner om datorjournal, smart cards, basdataregistrering med mera.

FoU-enheternas nästa möte blir hösten 1992 i Habo, Skaraborg. Utvecklingsenheten i Sundsvall står som ansvarig för enheternas kontaktkatalog. För information om denna kan intresserade vända sig till Sundsvall, adress nedan.

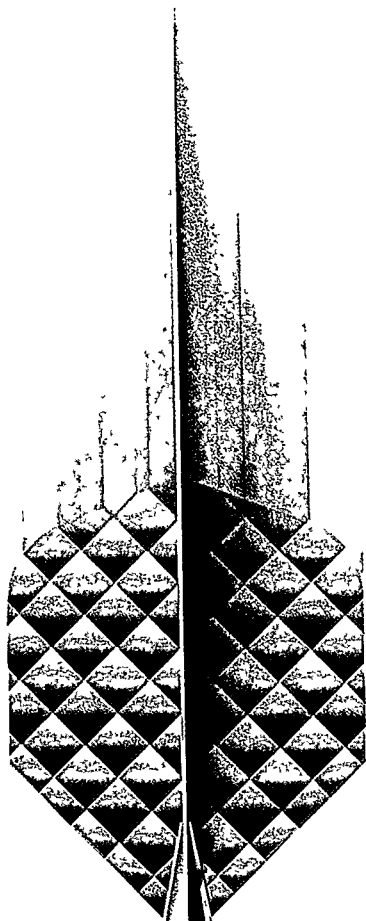
Författarpresentation

Markus Kallioinen, distriktsläkare/ basenhetschef.

Ove Granholm, utvecklingssekreterare.

Maria Jakobsson, kontorsassistent.

Postadress: Primärvårdens utvecklingsenhet i Medelpad, Norrmalmsgatan 2, 852 34 Sundsvall.



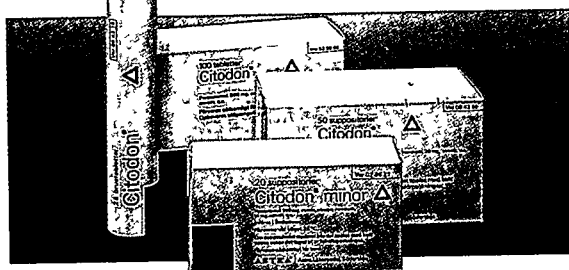
Citodon

Citodon[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

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

Citodon, analgetikum Δ



Tabletter – brustabletter – suppositorier

Snabbt tillslag*

Effektivt

** vanligen inom 30 minuter*



Astra Läkemedel AB

151 85 Södertälje



Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) i Göteborg erbjuder Dig som har en ledande funktion inom hälso- och sjukvård i Norden, att fördjupa Dina kunskaper genom meriterande kurser på akademisk nivå. Du får även en unik möjlighet att fortsätta studierna och ta examen "Master of Public Health" (MPH) och "Doctor of Public Health" (DrPH).

NHV är den enda högskolan i sitt slag i Norden. Den rekommenderas av sjukvårdshuvudmännen och erbjuder Dig:

- korta kurser (1–2 mån) med möjlighet till MPH-examen
- kostnadsfri undervisning och inkvartering
- lärare och kursdeltagare från alla nordiska länder
- en naturskön miljö med bl.a. egen hamn, vacker park m.m.

Skicka/faxa svarstalongen till oss, eller ring.

Tel: 031–69 39 00 Fax: 031–69 17 77

Sista ansökningsdatum maj 1992

Nordiska hälsovårdshögskolan

Nya Varvet

Box 12133

S–402 42 Göteborg, Sverige

Ja, jag är intresserad av följande kurser. Skicka mig mer information.

Huvudkurser

- ☐ Epidemiologi och biostatistik, 11/1 – 5/2 och 20/9 – 15/10 1993
- ☐ Samhällsmedicin, 8/2 – 5/3 och 25/10 – 19/11 1993
- ☐ Vårdvetenskap, 8/2 – 5/3 och 23/8 – 17/9 1993
- ☐ Miljömedicin, 8/3 – 2/4 och 20/9 – 15/10 1993
- ☐ Hälso- och sjukvårdsadministration, 19/4 – 14/5 och 22/11 – 17/12 1993

Varje kurs omfattar 2 månaders undervisning, en månad på våren och en på hösten. Kurserna ingår i den utbildning som tillsammans med ett examensarbete (en avhandling) leder fram till examen "Master of Public Health" (MPH). En av kurserna (dock ej kursen i epidemiologi och biostatistik) kan bytas ut mot alternativa huvudkurser så att den sammanlagda kurstiden blir 8 månader.

Alternativa huvudkurser

- ☐ Socialpsykiatri, 11/1 – 5/2 1993
- ☐ Samhällsodontologi, 19/4 – 14/5 1993
- ☐ Internationell hälsovård, 24/5 – 18/6 1993
- ☐ Socialpediatrik, 25/10 – 19/11 1993
- ☐ Äldres hälsa, 22/11 – 17/12 1993

Samtliga kurser genomgås i valfri ordning och dessutom separat utan att examen avläggs.

Texta tydligt!

Namn Titel

Adress

Tel

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

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

☐ **20–25 september.** Royal Australian College of General Practice, Nat Conv and Ann Gen Mtg. Melbourne.

Information: Mrs A James, Coord, RACGP, Victoria Faculty. "Trawalla", 22 Lascelles Ave, Toorak, Victoria 3142, Australien.

☐ **23–26 september.** Third European conference on medical libraries. Montpellier, Frankrike.

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

☐ **27 september–1 oktober.** 44th World Medical Assembly.

Information: Mr Angel Orozco, Exec Dir, The World Med Assn Inc, 28 Ave des Alpes. F-01210 Ferney-Voltaire, Frankrike.

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.

☐ **21–22 oktober.** Noliämässan: Handikapp och äldreomsorg. Umeå.

Information: Jan-Olof Sandberg, Signalvägen 3, 903 22 Umeå. Tel 090–163401. Fax 090–142481.

☐ **22–23 oktober.** Internationell omvårdnadskonferens. Kvalitativ forskning inom vårdområdet. Örebro.

Information: Centr f omvårdnadsvetenskap, Örebro läns landsting, Rita Hansson, Box 1324, 701 13 Örebro. Tel 019–157116/24.

☐ **27–28 oktober.** Naturmedel och alternativa behandlingsformer – komplement till traditionell skolmedicin. Seminarium på Berns i Stockholm.

Information: Anneli Gullström, Institute for International Research. Tel 08 300380. Telefax 08–305620.

APOTEKARSOCIETETEN

☐ **20–21 augusti + 14–15 september** 1992, Lidingö. Kurs i statistik. Anmälan före den 5 juni 1992.

☐ **31 augusti–1 september** 1992, Sigtuna.

1–2 december, Lerum.

Orienterande kurs i Klinisk Läkemedelsprövning. Anmälan före 9 juni respektive 5 oktober 1992.

☐ **7–11 september** 1992, Sigtuna.

☐ **2–6 november** 1992, Sigtuna. Grundkurs i Klinisk Läkemedelsprövning. Anmälan före den 9 juni respektive 4 september 1992.

☐ **21–23 september** 1992, Sigtuna. Design. Protokoll. Patientformulär. Anmälan före den 12 juni 1992.

☐ **5–7 oktober.** Block I

☐ **9–11 december.** Block II. Klinisk prövningsmetodik från statistisk synpunkt. Anmälan före den 7 augusti respektive 13 oktober 1992.

☐ **21–23 oktober** 1992, Lerum. Det kliniska prövningsprojektet – Planering och genomförande. Anmälan före den 25 augusti 1992.

Information om kurserna: Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08–24 50 85, Fax 08–20 55 11.

Invärtesmedicinsk handbok

JAN LÖTVALL
STEPHAN RÖSSNER

Lund: Studentlitteratur, 1990.
Pris 417 kronor. 346 sidor.
ISBN 91 44 25661 2

"Detta är ingen lärobok i medicin" – så inleder författarna förordet. Man har istället önskat skapa en lättläst, fickvänlig handbok, i första hand tänkt som hjälp för medicine kandidater att snabbt ta sig in i invärtesmedicinen.

Författarkonstellationen är intressant: en nyutbildad läkare som har de egna studiernas vedermödor i färskt minne (Lötvall) och en äldre kollega med stor erfarenhet av såväl klinik som utbildning (Rössner).

Boken är skriven i kompendieform med korta meningar och stycken, vilket gör den ytterst lättläst. Även om den inte är tänkt att användas för sträckläsning, ser man som allmänmedicinare ändå sin chans till en snabbrepetition av ämnesområdet.

I sju kapitel går författarna systematiskt igenom invärtesmedicinen. Givetvis har de varit tvungna att sova materialet hårt, men väsentligheterna finns ändå med. I flertalet större avsnitt behandlas även kortfattat differentzialdiagnoser. Kapitlet om hjärt- och kärlsjukdom är välskrivet, men hyperlipidemi är av någon anledning utelämnat. I kapitlet systemsjukdomar/reumatologi, får man en utmärkt genomgång av både vanliga och mindre vanliga kollagenoser och närbesläktade sjukdomar. Bokens sista 40 sidor utgör en genomgång av olika symtom och tillstånd.

Sammanfattningsvis en för medicine studerande säkerligen värdefull handbok. Den kan också vara användbar på vårdcentralen som komplement till mer omfattande läroböcker, när man helt hastigt behöver slå upp något.

Per Norling, distriktsläkare

Postadress: Lyckeby vårdcentral, Källevägen, 371 62 Lyckeby.

Diagnostik af lunge-sygdomme i almen praksis

Dansk Sygehus Institut (DSI-Rapport 90.10)

Nyckelord: Allmänpraktik Danmark, Primärvård Sverige, Spirometri, PEF, Cost-Benefit.

Boken är en utvärdering av teknologi i allmänläkarens vardagsarbete, i detta fall spirometri hos danska allmänpraktiserande läkare.

Man konstaterar inledningsvis att mycket litet av sådan teknologivärdering har skett inom allmänmedicinen.

Utvärderingen tillgår så att två grupper av vardera 23 läkare, där den ena gruppen har, den andra inte har tillgång till egen spirometriapparat på mottagningen, intervjuas med avseende på värdet och användbarheten av spirometriundersökningar.

Till denna utvärdering läggs en extern granskning, en "syntesprocess" (nominal gruppmetod) av olika sakkunniga.

Dessa värderar spirometriundersökningarna utifrån tre nivåer:

1. Oförändrade förhållanden jämfört med aktuell situation i Danmark idag (15% av läkarna har tillgång till spirometriapparat).
2. Alla läkare i allmän praxis får tillgång till spirometri, som då används för enbart diagnostik och terapikontroll.
3. Sista nivån = nivå 2, men då används spirometriapparaterna även för förebyggande undersökning i betydelsen sjukdomsuppspårning.

Boken innehåller förutom ovan nämnda, utmärkta kapitel om förekomsten av obstruktiva lungsjukdomar utifrån olika material, ett kapitel om vilka lungfunktionsundersökningar som blir aktuella i allmänpraxis och slutligen ett kapitel om för- och nackdelar med de idag på marknaden förekommande spirometriapparaterna respektive PEF-mätarna.

De intervjuade läkarna har som väntat en skiftande inställning till värdet av spirometri på den egna mottagningen. De, som redan har, är mer positiva än övriga. En återhållande faktor är att man ej får speciellt betalt för denna undersökning enligt den danska läkartaxan.

I övrigt varierande för- och nackdelar utefter hela skalan med en övervikt, om än liten, för grupperna tillsammans för fördelar.

Expertgruppen gör sin bedömning i

tre omgångar (samma frågor varje gång) och en glidning sker mot den positiva sidan (värdefullt med spirometri i allmän praxis) från första till tredje frågeomgången.

Bedömningen av de tre nivåerna resulterar i förslag om viss moderat ökning (framför allt baserat på intresserade doktorer) men ej generellt införande av spirometriapparater, vare sig för diagnostik/behandling och än mindre för hälsoförebyggande användning. Här är det en hälsoekonomisk analys, som ligger till grund med slutbedömningen att det blir för dyrt i förhållande till den vinst man kan göra.

Det som inte finns med i boken och som jag ser som en väsentlig brist är en bedömning av värdet av PEF-mätningar kontra spirometri med hänsyn till sjukdomspanoramat i allmän praxis, eftersom en PEF-mätarens kostnad jämfört med en spirometriapparat nästan är lika med noll.

PEF-mätning räcker i de allra flesta fall för diagnostik och behandling av astma. PEF-mätning är likaledes värdefullt för diagnos vid kronisk bronchit och emfysem även om ofta komplettering med spirometri måste ske hos dessa patienter för att mäta FEV₁ och FVC respektive FEV₁/FVC%, för att därmed bestämma graden av lungfunktionsnedsättning.

Det vill säga, vad skulle ett allmänt förekommande och användande av PEF betyda för kvalitetsförbättringar vad gäller diagnostik, behandling, kontroll och eventuellt hälsoundersökningar?

Om resultaten i den danska undersökningen skulle appliceras på svensk allmänläkarvård idag är det min bedömning att PEF-mätare först ska komma till *riktig* användning *överallt* och att frågan om spirometriapparaterna då får en låg prioritet framför allt av det skälet att antalet remitteringar till lungspecialist inte tycks minska även om läkarna har tillgång till egen spirometri enligt den danska undersökningen. Kunskaper och metoder vad gäller spirometri är inte heller rimligt att allmänläkaren ska kunna krävas behärska och väges spirometriapparater mot annan önskvärd teknologi på vårdcentral (öronmikroskop, ögonmikroskop, defibrillator, moderna Ekg-apparater etc) väger enligt min bedömning spirometriapparaterna lätt.

Boken är trots min reservation väl värd att läsas.

Sture Lorentzson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, Kungsgatan 14, 343 00 Älmhult.

Smärta och andra symtom hos cancerpatienten – diagnos och behandling

TOR INGE TONNESSEN

Lund: Studentlitteratur 1991
Pris: 272 kronor. 220 sidor.
ISBN 91 44 21062 0

Till distriktsläkarens vardag hör mötet med svårt sjuka patienter. Mer än hälften av alla patienter som dör i cancer, plågas av svåra smärtor under sjukdomsperioden. Rädslan för smärta väger i många fall tyngre än rädslan för själva döden. En väl fungerande hemsjukvård med goda kunskaper om palliativa behandlingsmetoder gör det möjligt för cancerpatienten att vårdas i sitt eget hem till livets slut. Intresset för smärtbehandling har ökat och behovet av praktiskt användbar litteratur är stort.

Tor Inge Tonnessen gör i sin andra omarbetade upplaga ett försök att täcka in alla tänkbara symtom, som cancerpatienten kan drabbas av, såväl orsakade av sjukdomen i sig som biverkningar till själva behandlingen. Min uppfattning är att han lyckas väl i sitt uppsåt.

Boken är indelad i tre huvuddelar: förståelse av smärttillstånd, metoder för behandling av smärta och andra symtom samt praktiskt genomförande av smärt- och symtombehandling. Varje del är utformad för att kunna läsas separat, och därför förekommer en hel del upprepningar för den läsare som läser boken rakt igenom.

I första delen ingår redogörelse för smärtans anatomi, fysiologi och psykologi. Här har färsk forskning, framför allt vad gäller olika kemiska substansers roll i smärtprocessen, lett till kunskaper som får min egen grundutbildning i fysiologi (1975) att framstå som allt annat än "up to date". Den här delen av boken finner jag lite svåröverskådlig och "pratig", vilket i och för sig kan bero på att det kvarstår många frågetecken rörande den neurofysiologiska bakgrunden till smärtupplevelsen. Smärtans psykologi behandlas däremot tyvärr kortfattat, ett ämne som i sig skulle kunna räcka till en hel bok. Smärtdiagnostik tas också upp, där en korrekt smärtanamnes givetvis utgör förutsättningen för en lyckad smärtbehandling.

I del två går Tonnessen systematiskt igenom dels de farmaka som kan bli aktuella vid palliativ behandling, och dels andra metoder som kirurgi, strålbehandling och cytostatikaterapi. Detta är ett kapitel som ger en god överblick vid genomläsning.

Men sedan kommer det allra bästa;

del tre. Steg för steg redogör Tonnessen för det praktiska genomförandet av smärtbehandlingen. Här har jag äntligen funnit samlat i ett kapitel den kunskap som ersätter alla kompendier, föreläsninganteckningar och urrivna tidningsartiklar jag samlat på mig under åren. Kapitlet lämpar sig mycket bra att använda som uppslagsbok för distriktsläkaren ute på fältet. Här finns såväl doseringsförslag som lämpliga behandlingskombinationer och råd hur man hanterar biverkningar till själva behandlingen.

Palliation är en aktiv behandlingsslagform, betonar Tonnessen. Den allmänpraktiserande läkaren omnämns som en nyckelperson i den framtida omvårdnaden av denna patientgrupp. Detta är en självklarhet och fungerar redan idag alldeles ypperligt på många håll i den svenska primärvården, men visst kan vi bli ännu bättre, ty ingen patient är ju den andra lik. Symtomupplevelse såväl som behov varierar stort. Låt därför den här boken få en plats i bokhyllan på din vårdcentral till nytta för dig själv, dina utbildningskollegor och inte minst dina distriktsköterskor!

Ingalill Elvingsson, distriktsläkare.

Postadress: Nättraby vårdcentral, Kyrkvägen 16, 370 24 Nättraby.

Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv

JOHAN CALLTORP (red)

Lund: Studentlitteratur, 1991.
Pris: 270 kronor. 209 sidor.
ISBN 91 44 31641 0

Många av oss har haft den ibland smärtsamma upplevelsen att direkt efter erhållen specialistkompetens och utan ett uns av administrativ utbildning eller erfarenhet, placeras som chefer inom primärvården. Undervisningen i administration och ekonomi för läkare har länge varit ett eftersatt område, inte minst inom grundutbildningen. När nu ämnesområdet äntligen finns med i UHÄs läroplan är det välkommet att Studentlitteratur, med ekonomiskt stöd av Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund, kommit ut med en lärobok.

Efter ett kort inledningskapitel, som behandlar sjukvårdens organisation och resurser samt grundläggande hälsoekonomi följer åtta författares bidrag för att på olika sätt belysa ämnesområdet.

Henric Hultin, läkare och nu verksam som landstingsdirektör i Älvsborgs läns landsting, behandlar den allt mer brännande frågan om ekono-

miska hänsyn i sjukvården är etiskt acceptabla.

På drygt 40 sidor redogör sedan Thomas Bengtsson, gynekolog och klinikchef/chefsläkare vid sjukhuset i Ängelholm, för strategi och taktik för ledning av en klinik. Klinikchefsrollen, kliniken organisation och budget samt budgetuppföljning behandlas i rask takt. Även "svåra" bitar, som olämplighet hos en medarbetare och arbetsmoral behandlas kortfattat men här är som vanligt verkligheten betydligt mer svårhanterlig än lärobokens idealsituation. Avsnittet är dock en utmärkt introduktion för chefsaspiranten på specialistnivå.

Ingvar Krakaus bidrag behandlar primärvårdens ledningsfrågor. Från en historisk återblick glider avsnittet över i en redovisning av moderna principer för verksamhetsstyrning med formulering av mål och slutande av kontrakt. Exempel på målstyrning från författarens eget primärvårdsområde i Sollentuna redovisas.

De följande kapitlen behandlar bland annat kvalitetssäkring, utvärdering av medicinsk teknologi och utvärdering i efterhand. I ett utmärkt avsnitt behandlas effektivvärdering i klinisk verksamhet med exempel från thoraxkirurgi.

Genom uppläggningsen med bidrag från många författare, där den personliga erfarenheten tillåts lysa igenom, ökar säkert läsvärdet för de flesta, även om den pedagogiska klarheten och stringensen får vika något, vilket får kompenseras för i grundutbildningssituationen.

Tyvärr har införandet av chefsöverläkare inte kommit med i avsnitten om ledning av klinik/vårdcentral, utan nämns endast kortfattat i inledningsavsnittet, medan PAL-begreppet över huvud taget inte finns med.

Sammanfattningsvis är det dock en lättläst bok, som ger en bra introduktion för ST-läkaren eller den färdiga specialisten med administrativt intresse. Även redan administrativt verkssamma kollegor bör kunna hitta läsvärda avsnitt.

Per Olof Kjellsson, distriktsläkare.

Postadress: Östra vårdcentralen, Lasarettboulevarden 2, 291 33 Kristianstad.

Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap

BERTIL CARLSSON

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1991.
Pris: 342 kronor. 115 sidor.
ISBN 21 122822

Vi har nyligen i AllmänMedicin (6/91) recenserat Bertil Carlsson bok "Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap". Nu har samme författare publicerat en bok om kvalitativa forskningsmetoder. Redan i förordet framhåller Carlsson vikten av att vara orienterad inom den kvantitativa forskningen och dess terminologi innan man ger sig i kast med den här boken.

Inledningsvis ges en teoretisk översikt, där bland annat centrala begrepp som *positivism* och *hermeneutik* ges en kortfattad förklaring, tillräcklig för att man ska förstå dem som utgångspunkter för olika forskningstraditioner. Därefter kommer författaren snabbt in på olika modeller för genomförande av vetenskapliga undersökningar. Han jämför den kvantitativa forskningens strikt formaliserade arbetsgång, där det ena momentet systematiskt och i bestämd ordning följer det andra, med den kvalitativa metodens mera kontinuerliga process, där datainsamling, analys och hypotesuppställning vävs in i vartannat under arbetets gång. Slutsatserna som genereras i den kvalitativa processen är oftast induktiva till skillnad från den kvantitativa metodens deduktiva slutsatser. Målet med kunskapssökandet inom den kvalitativa traditionen är snarare att öka förståelsen än att ge förklaringar och förutsägelser.

Intervjuer, deltagande observation, dokumentanalyser är etablerade kvalitativa metoder, som får var sitt kapitel i boken. Tillvägagångssättet vid datainsamling, klassifikation och analys beskrivs föredömligt pedagogiskt. Man får klart för sig att den kvalitativa analysen inte är något för latmasken. Det är en krävande process, där forskaren tankemässigt måste arbeta på flera abstraktionsnivåer samtidigt. Beskrivning och tolkning flyter ofta in i vartannat i en kreativ process som kräver "intellectual disciplin, analytic rigor and a great deal of hard work".

Med vilken rätt kan man då hävda att den kvalitativa forskningen är vetenskap? Viktiga begrepp som generaliserbarhet, validitet och reliabilitet är ofta svårhanterbara och ibland rentav meningslösa inom dess domäner. Kan man i någon rimlig mening hävda att resultaten man erhåller är intersubjektivt prövbara? Carlsson låter Kirsti Malterud säga något betydelsefullt i detta sammanhang: "Det viktigaste ble å dokumentere at arbeidet hadde foregått systematisk på en slik måte at andre kunne reise samme veien senere."

I avsnittet om kvalitativa undersökningars trovärdighet, som kanske är bokens allra bästa och viktigaste, belyser författaren frågan om sanning och vetenskaplighet. Han ger här en fördjupning av de positivistiska och hermeneutiska traditionerna och kopplar dem till olika sanningsbegrepp och dessa begrepps relevans för det ämne man studerar. Komplexa sammanhang är alltid mångtydiga. Om man till exempel vill studera kulturella fenomen i ett samhälle måste man ta hänsyn till denna mångtydighet och ägna sig åt *tolkningar* i en helt annan utsträckning än om man studerar kemiska reaktioner i en glaskolv. Kapitlet utmynnar i slutsatsen att vi inför kvalitativa arbeten måste ställa frågan om vad som är sant eller inte i relation till hur logiskt och begripligt det är, eller hur fruktbart det är i en praktisk tillämpning, snarare än att fråga oss hur väl det "överensstämmer med verkligheten". Den senare frågan hör mera hemma inom det kvantitativa fältet.

Ingenting hindrar emellertid att man i en undersökning använder såväl kvantitativa som kvalitativa metoder för att belysa från olika håll och kanske komma tillrätta med systematiska fel, som kan smyga sig in i renodlat kvalitativa undersökningar. Begreppet 'triangulation' berörs i detta sammanhang något, men mera i förbifarten.

Boken är som helhet lättläst och tydlig. Den stimulerar till egna övningar.

Christer Petersson, distriktsläkare.

Postadress: Strandbjörket, Värengsgatan 9, 35235 Växjö.

Skadestuekirurgi

BENT EBSKOV (red)

Köpenhamn: Munksgaard, 1991.
Pris: 425 kronor. 270 sidor.
ISBN 87 16 10681 4

Danskarna har genom åren skämt bort oss med goda och praktiska handböcker för jourarbetet. Vem minns inte den gamla Chirurgia Minor? Under kompetent ledning har här framtagits en liten jourläkarbok för det kirurgiska arbetet med akutfallen. Danmark har ett åttiotal skadestuer och huvuddelen av arbetet där 60–65 procent gäller kirurgiska åkommor varvid endast 3–5 procent blir inlagda. Det ställs således omfattande krav på jourarbetet vid skadestuerne och den föreliggande handboken motsvarar också dessa krav. I förordet betonas ännu en gång att oavsett vem som ordinerat gipset är det till syvende og sidst alltid den behandlande läkaren som bär ansvaret. I sammanlagt 16 kapitel behandlas principer inom bland annat anestesi, ortopedkirurgi, gynekologi, handkirurgi, brännskadevård, plastikkirurgi, proktologi, urologi, ögonsjukdomar, ÖNH-sjukdomar, neurokirurgi samt handläggning av tandtraumata. Avslutningskapiteln om dansk skadeförsäkring och rättsmedicinska förhållanden har självfallet mer marginellt intresse för svenska läsare.

Sammanfattningsvis har man här på sedvanligt danskt maner lyckats åstadkomma en jourläkarbok som är både grundlig, överskådlig och praktisk. Den innehåller överraskande mycket och är elegant illustrerad med tydliga teckningar av Jan Hejle Henriksen. Författarna är alla auktoriteter inom sina specialområden. Boken är inplastad och passar mycket bra i fickan på läkarrocken. Av störst glädje är den kanske för glesbygdsläkaren, men även vi vanliga allmänläkare som någon gång då och då möter ett kirurgiskt problem på mottagningen har användning av denna bok.

Bengt Nordling, distriktsläkare.

Postadress: Svartbäckens vårdcentral, 750 16 Uppsala.

Nänsengadekvart- ret under lup

EVA THUNE JACOBSEN

Köpenhamn: Dansk Sygehus Institut, 1989.

Författaren är kritisk till de kommun-diagnoser och hälsoprofiler som under 1980-talet utarbetats i Danmark. Kritiken riktar in sig på de praktiska resultaten av alla dessa undersökningar. De var tänkta att vara underlag för behovsbaserad planering, men kan på sin höjd vara hypotes-genererande. Hon påpekar även att samhällsprofil, hälsoprofil, sjukvårdsprofil inte analyseras i sin helhet utan var för sig. Det brister i förståelsen av grundläggande begrepp. Mot den förhärskande kvantitativa metoden, det vill säga klassisk jämförande epidemiologi, ställer hon kvalitativa metoder, tvärvetenskapligt, folkligt deltagande.

Det rör sig om en förundersökning. Den är inte färdig eller helt utarbetad. Det är inte heller meningen då boken snarare beskriver en process som ständigt måste fortgå.

Forskarens roll blir en annan, metoden gör att egna värderingar lyfts fram.

Författaren kritiserar tidigare folkhälsoforskning för att den kommer uppifrån och ner. Den kvalitativa metoden utgår från befolkningens egna uppfattningar om grundläggande begrepp som hälsa, sjukdom och det goda livet. Detta är en viktig aspekt också för att forskningen ska ha några möjligheter att bidra till en förbättrad folkhälsa. Det är en intressant parallell till konsultationen där samförstånd måste nås för god behandlingseffekt.

Här finns dock en del problem. Det kan finnas företeelser som för forskaren uppenbarligen är hälsovådliga men som befolkningen eller delar av den inte uppfattar så. En av åtgärderna är då utbildning av befolkning och behandlare i en gemensam process. Men det centrala är ju innehållet i utbildningen och vem bestämmer det?

För forskaren kan det också med en ändrad roll bli problem med lojaliteten med uppdragsgivaren. Vad händer när resultaten går emot intentioner hos den som beställt undersökningen?

Författarinnan inför livsformsbegreppet. Fyra olika livsformer beskrivs: De självständiga, lönearbetare, karriärister, borgare (kapitalägare). Förståelsen av hälsobegreppet är olika inom olika livsformer. Detta gör att sjukvården som ska möta olika behov måste se olika ut.

Detta är säkert en viktig poäng när man i Sverige ska förstå och kunna göra något åt att undersköterskor och sjukvårdsbiträden är den grupp som röker mest.

Hur livsformbegreppet förhåller sig till traditionellt klassbegrepp är inte fullt klarlagt.

Författarens slutsats efter genomgång även av motsättningar och olika uppfattningar inom behandlarkollektivet är en mycket stor tveksamhet till uppbyggnaden av ett sundhetscenter i det studerande området. Hon menar att detta inte kan utformas så att det kan möta de olika företrädade livsformernas behov.

Boken är mycket stimulerande och infallsrik. Den rekommenderas för de svenska allmänmedicinare som deltagit i kommundiagnostik eller profilerarbete och inte tycker att det går att komma så mycket längre med gängse metodik.

Har då den beskrivande jämförande kvantitativa epidemiologin uttömt sina möjligheter. Det är inte säkert. Om även sociala aspekter (exempelvis livsformsbegreppet) tas med i analysen är den säkert fortfarande användbar då det gäller att peka på otillfredsställda behov. Vad som sedan ska göras är en annan nivå eller fråga. En syntes mellan de olika synsätten är möjlig. Det visar författarens egen redovisning.

Peter Olsson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, 960 40 Jokkmokk.

Infektioner

STIG CRONBERG

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1991.

Pris: 585 kronor. 570 sidor.

ISBN 91 21 12347 0

Jag har sedan några år haft andra upplagan av Stig Cronbergs bok om infektioner stående på bokhyllan. Vid infektiösa problem har jag konsulterat boken och oftast fått goda svar. Där emot har jag aldrig mera systematiskt gått igenom boken.

Nu sitter jag här med femte upplagan av samma bok. Den har fått hårda pärmar och den har blivit betydligt tjockare. Men författaren skriver fortfarande lika ledigt och han lyckas beskriva även komplicerade förhållanden på ett enkelt och klart sätt. Hans förmåga att berätta gör att man inte känner någon särskild saknad efter de illustrationer som till stor del lyser med sin frånvaro.

Bokens första 128 sidor behandlar *Sjukdomspanorama och behandlingsstrategi*. Författaren tar här ett militärstrategiskt grepp om sitt ämne. Under rubriken *Stridstaktik* lär han oss

allt om antibiotikabehandling:

- Vid provokation: Öppna inte eld utan orsak!
- Vid häftig invasion av okänd fiende: Öppna eld! Slå hårt! Rikta elden brett!
- Vid begränsat anfall av okänd fiende: Skjut mot förmodat mål!
- Vid anfall av observerad och avslöjad fiende: Lagg över elden mot fienden!
- Vid hårda strider: Övervaka förloppet! Var beredd på omprövning!
- Vid risk för att de egna trupperna skall träffas: Upphör med eldgivningen!
- Fienden är nedgjord: Sluta med eldgivningen!

Associationerna mellan den lede fienden och de infekterande bakterierna är lätta att dra. Det är nästan så att man upplivar gamla lumparminnen. Kanske diskriminerar författaren här till viss del de kvinnliga läsarna.

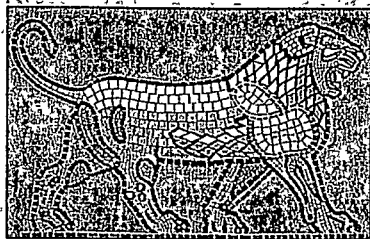
Därefter följer en systematisk genomgång av olika infektiösa agens, dess sjukdomsyttningar och dess behandling, under rubriken *Mikrobiologisk klinik*. Först behandlas virus, sedan bakterier, svampar och protozoer, och slutligen maskar. På de följande 80 sidorna redogör författaren för alla tillgängliga *Antibiotika*. I det fjärde och sista avsnittet behandlas *Kliniska sjukdomsbilder*, exempelvis exantemsjukdomar, urinvägsinfektioner, luftvägsinfektioner och diarrésjukdomar.

Ovan nämnda tre huvudavsnitt är alldeles utmärkt att slå i när man har en problempatient. Till sin hjälp har man då också ett logiskt uppbyggt register. Under exempelvis uppslagsordet *Streptokocker* hänvisas man bland annat till betahemolytiska streptokocker av grupp A (*Mikrobiologisk klinik*), streptokockpenicilliner (*Antibiotika*) och tonsillit (*Kliniska sjukdomsbilder*).

Det är nu för tiden ganska ovanligt, att en enda författare skriver en hel lärobok i ett av de stora kliniska ämnen. Därför kan man inte undgå att imponeras av ensamförfattaren Stig Cronberg. Annars är det vanliga ett par redaktörer och ett otal författare. I exempelvis de nyligen utkomna *Internmedicin och Öron-, näs- och hals-sjukdomar* är antalet författare 88 respektive 80.

Anders Håkansson

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



TRE ORIGINALPREPARAT FRÅN LÖVENS

VIKTIG INFORMATION

SELEXID[®]
pivmecillinam
Tabletter 200 mg,
dosgranulat 100 mg.

PONDOCILLIN[®]
pivampicillin
Tabletter 0,35 g och 0,5 g, pulver till mixtur 35 mg/ml.

MIRAXID[®]
pivmecillinam + pivampicillin
Tabletter 450 mg
och 225 mg.

Indikationer Akuta, okomplicerade nedre urinvägsinfektioner orsakade av mecillinamkänsliga mikroorganismer.

Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för ampicillin, tex luftvägsinfektioner, gonorré och akuta, okomplicerade övre och nedre urinvägsinfektioner.

Infektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för MIRAXID, tex akuta, okomplicerade och komplicerade övre urinvägsinfektioner, samt komplicerade nedre urinvägsinfektioner.

Kontra-indikationer Penicillin- och cefalosporinöverkänslighet. Esofagusstriktur och/eller obstruerande förändring i digestionskanalen.

Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner. Esofagusstriktur och/eller obstruerande förändring i digestionskanalen.

Av läkemedelsverket godkända ändringar av FASS-texterna för Selexid, Pondocillin och Miraxid inför FASS 1992.

Egenskaper: Pivalinsyra som avspjälkas genom hydrolys av pivmecillinam/pivampicillin utsöndras delvis som konjugat med karnitin. Karnitin är en aminosyra som syntetiseras i lever och njure, men som även finns tillgänglig i animalisk föda. Karnitin medverkar vid transporten av långkedjade fettsyror (>8 kolatomer) över mitokondriemembranen och fungerar därigenom som en essentiell cofaktor vid betaoxidationen av fettsyror. Vid 7–10 dagars behandling med den högsta rekommenderade dosen SELEXID, PONDOCILLIN och MIRAXID reduceras den totala karnitinpoolen med ca 10%.

Nyfödda barn, speciellt prematura, har låga halter av karnitin i plasma, muskler och lungor, samt nedsatt förmåga att syntetisera karnitin.

Vid korttidsbehandling hos i övrigt friska barn och vuxna finns idag ingen dokumentation som ger hållpunkter för att karnitinsänkning i samband med SELEXID, MIRAXID och PONDOCILLIN behandling innebär några risker.

Graviditet: Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [9]. Då det under graviditet sker en gradvis fysiologisk karnitinsänkning, bör SELEXID, MIRAXID och PONDOCILLIN inte ges till gravida under sista månaden.

Försiktighet: Följande potentiella riskgrupper har identifierats med anledning av karnitinsänkning: Patienter med genetiska metaboliska sjukdomar såsom organiska acidurier, mitokondriesjukdomar, samt patienter med sekundär karnitinbrist. Barn under 1 års ålder. Patienter som samtidigt behandlas med valproat. Patienter med *abnormt* sänkt muskelmassa eller uttalad katabolism. Diabetiker, speciellt de med dålig metabolisk kontroll.

Dosering: Behandlingstidens längd bör inte överstiga 3 veckor och upprepade kurer med kort intervall bör undvikas.

Vid förskrivning, se FASS.



LÖVENS LÄKEMEDEL

Tel 040-75630 • Box 404 • 20124 Malmö

LARS JOHAN BERG

GÄSTGIVAREV 16
543 35 TIEBO

734004

I sitt öppningsanförande pekade nämnde-
tyndas. U-
visats att arbetsgruppen fått i uppdrag att f-

Kostnadseffektivitet ny chans för sjukvår- den

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 flertalet 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 syrelaterade 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 031-776 35 00.