

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)

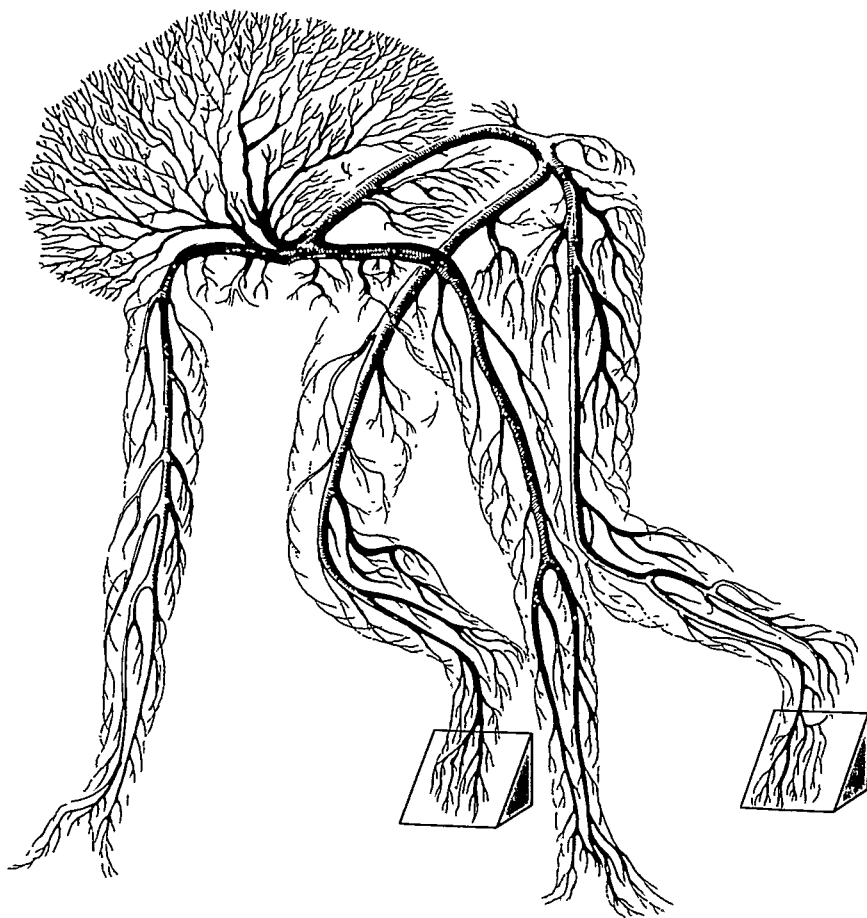


Allmänmedicinsk
geografi

4
1992

Vårmötet
i Växjö

24-timmarsloppet.



Ett dygn är som ett 24-timmarslopp.

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

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

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

Att Plendil har 24-timmarseffekt är mycket väl dokumenterat:

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

Det är ingen skillnad i blodtrycks-

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

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

Starta alltid behandlingen med 5 mg.⁽³⁾

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

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

Plendil®

Felodipin. Depottabletter 2,5, 5 och 10 mg.

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

Manus-stopp!

I tabellen redovisas de datum som gäller för manusstopp och planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1992/93.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
5/92	10/8-92	42
6/92	7/9-92	47
1/93	16/11-92	6
2/93	18/1-93	14
3/93	8/3-93	21

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.

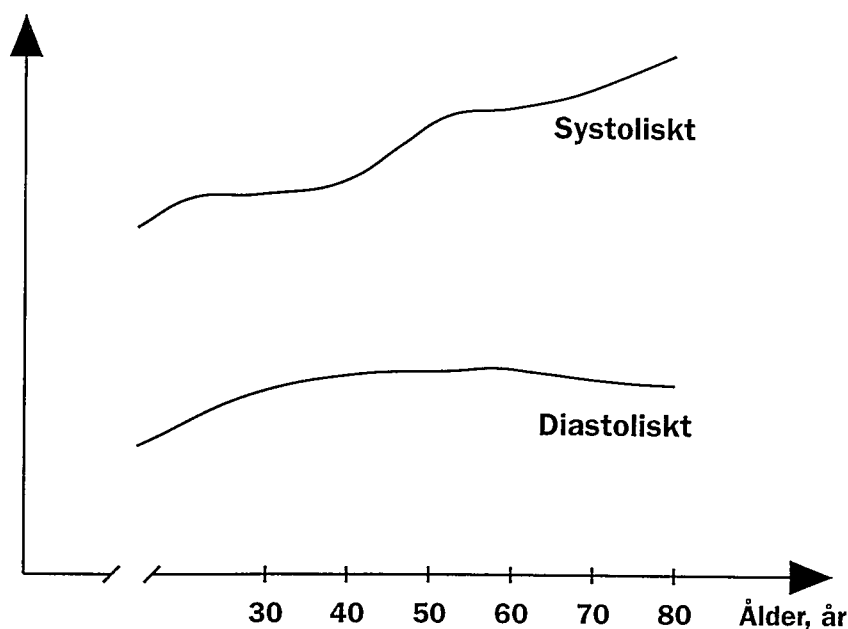
Tryckt på miljövänligt papper hos
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1992

ISSN 0281-3513

Omslagsfoto: Anders Håkansson

Kalendarium	151
Ledare Allmänmedicinsk geografi <i>Anders Håkansson</i>	152
Nytt från SFAM Remissvar: Förslag om inrättande av ett husläkarsystem	153
EG – en 12-mannagrupp i Malmö – Ett exempel på efterutbildning i egen regi <i>Elisabeth Jaenson</i>	155
Begriper vi journalerna? <i>Britt-Gerd Malmberg</i>	157
Debatt Allmänläkarbok som murbräcka <i>Karl Erik Fichtelius</i>	158
Doktorsavhandlingar från primärvården Wallander M-A: Adverse Event Monitoring in Clinical Drug Trials <i>Kurt Svärdsudd</i>	160
Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentation and bodily empathy <i>Mogens Hey</i>	163
Kurser & Konferenser Europeisk allmänmedicin i tabellform. Rapport från EGPRW-möte i Nottingham <i>Anders Håkansson, Juan Gervas</i>	166
 Apoteksbolaget	167–170
Kurser & Konferenser Rapport från vårmöte i Växjö, 14–16 maj 1992 <i>Cecilia Björkelund, Malin André</i>	171
Hälsö- och sjukvård för invandrare och flyktingar i Sverige (del 1) Organisationsformer och somatiskt hälsoperspektiv <i>Monica Löfvander</i>	176
Röntgenremiss på en vårdcentral <i>Per Wändell</i>	179
Det splittrade arvet efter Balint <i>Henry Jablonski</i>	183
I Balints fotspår – en Balintgrupp reser till London <i>Kristin Eckerlund, Ewa Edström, Hanna Itkes-Olofsson, Jan Millner, Folke Niklasson, Eva Gyllenhammar</i>	184
Fortbildning i omsorgsfrågor för personal med olika huvudmän – en rapport från Nacka <i>Ingrid Eckerman, Annika Lindstrand, Vivan Gunnarsson</i>	186
Recensioner Bergsjö P, Förde R, Sjöli SI, Telje J, Thesen J. Svangerskapsomsorg i allmänpraxis <i>Anders Håkansson</i>	189
Persson B, Westgren M (red). Perinatal medicin <i>Anders Håkansson</i>	189
Park G, Fulton B. The management of acute pain <i>Ingemar Andersson</i>	189
Geddes L.A. Handbook of Blood Pressure Measurement <i>Thomas Thulin</i>	191
Antonovskov A. Hälsans mysterium <i>Berit Nilsson</i>	192

Blodtryckets förändring med tilltagande ålder



Dagens läkemedel mot hypertoni förväntas inte bara att sänka blodtrycket

Nya läkemedel gör det möjligt att individualisera behandlingen och att i princip eliminera biverkningar såsom trötthet, perifer kyla och hög diures. Dessutom bör doseringen vara enkel.

Om Lomir® SRO, isradipin

Tidigare generationer av kalciumantagonister krävde en daglig dosering på både två och tre gånger. Dagens slow-releaseberedningar, som Lomir® SRO, kan med fördel ges som endos.

Kärilvidgande

Kalciumantagonisternas blodtryckssänkande effekt är väl dokumenterad. Den anses huvudsakligen höra samman med en

dilatation av resistenskärlen och i viss mån av en lätt diuretisk effekt.

Kärlelektiv

Isradipin, i Sverige Lomir® SRO, är en kärlelektiv kalciumantagonist mot hypertoni som är registrerad i mer än 40 länder.

De vanligaste biverkningarna (huvudvärk 5%) är i allmänhet dosberoende och beror på medlets kärldilaterande egenskaper.

Biverkningarna är vanligen övergående eller minskar med fortsatt behandling.

Depotkapslar

Lomir® SRO finns som 2,5 och 5 mg depotkapslar i tryckförpackning med 30 eller 100 st. För ytterligare information var god se FASS '92.

Fördelaktig prisnivå

Vid en jämförelse av dygnskostnaderna för sex registrerade kalciumantagonister hamnade Lomir® SRO bland de mest fördelaktiga.

(Information från Läkemedelsverket, nr 1, 1992, sid 5).

Lomir® SRO  — endos mot högt blodtryck
(isradipine) Slow Release Oral

1992

SEPTEMBER

□ **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

□ **11-14 oktober.** European nursing congress 1992. Reassessing care. Amsterdam, Nederländerna.

Information: Eurocongres, Koningslaan 52, 1075 AE Amsterdam, Nederländerna.

□ **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 äldre vård. 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.

□ **22-24 oktober.** Sundhedskonference: Kunsten at uddanne til tværfagligt samarbejde i sundhedsvæsenet. Aalborg, Danmark.

Information: Sekretariatet, Søndre Skovvej 15, DK-9000 Aalborg. Tel (DK)98-12 69 99.

□ **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.

□ **28-29 oktober.** Dalby-dagarna. Tema: Primärvården i framtiden. Deltagaravgift 375 kronor per person.

Information: Tel 046-209200. Lars Lindholm, Charlotte Ekdahl, Inger Carlsson eller Ulla Bengtsson.

□ **29 oktober.** Inkontinens - orsaker och behandling. Marieviks Konferenscenter.

Information: Anette Lindberg, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85, fax 08-20 55 11.

NOVEMBER

□ **9 november.** Läkemedel och massmedia. Marievik Konferenscenter.

Information: Anette Lindberg, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85, fax 08-20 55 11.

□ **16-20 november.** Kurs i Läkemedelsvärdering - evaluering av vetenskapliga studier och producentbunden information. Aspenäs Herrgård, Lerum.

□ **18-21 november.** 24. Internationaler Kongress und Ausstellung Medica 92 Biotec, Düsseldorf, Tyskland.

Information: Tysk-Svenska Handelskammaren, Box 1223, 11 82 Stockholm. Tel 08-10 69 56

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

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

Information: Svenska Läkaresällskapet. Tel 08 24 33 50.

DECEMBER

□ **2-5 december.** The Spanish Society of Family and Community Medicine. The International Centre for Family Medicine Annual Meeting. Sevilla.

Information: T.Q.C. Travel Service, Tetuan, 8Y10, 10D(41001), E-Sevilla, Spain.

The Royal New Zealand College of General Practitioners, Annual Meetings 1992 Waikato

1993 Otago-Southland

Information: RNZCGP, 23 Palmer Street, Wellington 1, New Zealand.

Fax + 64 4 3844066.

Society of Teachers of Family Medicine
Predoctoral Education Conference
26th Annual Spring Conference
May 1-5, 1993

Hyatt Regency in Embarcadero Centre,
San Francisco

27th Annual Spring Conference
April 30 - May 4, 1994

Marriott Marquis Hotel, Atlanta

Information: S.T.F.M. PO Box 8729, 8880
Ward Parkway, Kansas City, MO 64114,
USA. Fax + 1 816 8220580

International Society of Doctors for
Environment,
Florence, Italien
Våren 1993

Tema: The Role of the General Practitioner in the Protection of the Environment.

Information: Dr Roberto Romizi, Via della
Fioraia 17/19, 51200 Arezzo, Italien

Tel 39 575 22256

Fax 39 575 28676.

Call for Abstracts

WONCA/SIMG Congress 1993

"Quality of Care in Family Medicine/General Practice"

June 13-17, 1993

The Hague, The Netherlands

The main topics of this conference, organised by the Dutch College of General Practitioners (NHG) in collaboration with WONCA and SIMG, are:

1. Procedures and methods in developing standards, guidelines and protocols; contents of standards, guidelines, and protocols.
2. Present quality of care in family medicine/general practice; development of valid instruments to measure the present quality of care.
3. Improving the quality of care; improving the functioning of general practice and the general practitioner; improving the health of patients.
4. Imperative conditions for quality of care.

Other topics than mentioned above are also welcome!

We would like to receive the abstracts (typed on special abstract reproduction forms) no later than November 1, 1992.

Scientific Secretariat

NHG (Dutch College)/WONCA/SIMG 1993

P.O. Box 3231/Lomanlaan 103

3502 GE UTRECHT

Tel. 0 31 30 881700

Fax. 0 31 30 870668

Allmänmedicinsk geografi

ANDERS HÅKANSSON

Att studera den svenska allmänmedicinens geografi är synnerligen intressant. Man finner en brokig kartbild, där storstäderna framtonar endast svagt och där den norra halvan av landet lyser desto starkare. Att mitt eget landsting intar en av tätpositionerna, är kanske inget att förundra sig över, eftersom jag själv konstruerat Tabellen.

Guide Landsting

I DistriktsLäkarFöreningens "Guide Landsting 1991" (1) rangordnas de svenska landstingen. Sifferunderlaget är väldigt aktuellt (Tabell). Blekinge toppar totalrankingen, medan Östergötland ligger sist. Samtliga norrlands-landsting placerar sig på den övre halvan.

Distriktsläkartäthet

I Socialstyrelsens "Primärvårdsuppföljning 1989" (2) presenteras antalet inrättade allmänläkarbefattningar i de olika landstingen (Tabell). Jämtland ligger först – där har man en tjänst per 1790 invånare. Malmö kommun ligger sist – där finns en tjänst per 5450 invå-

nare. För närvarande pågår en uppföljande studie, men de färskaste siffrorna är ännu inte tillgängliga.

Två föreningar – eller en?

Distriktsläkarna har en facklig och en vetenskaplig förening (DistriktsLäkarFöreningen respektive Svensk Förening för AllmänMedicin). Vi publicerade för knappt två år sedan en sammanställning över andelen SFAM-anslutna DLF-medlemmar i de olika landstingen (3). Denna sammanställning har nu aktualiserats (Tabell). I Kronoberg är 86 procent av distriktsläkarkretsens medlemmar också anslutna till SFAM, medan inte ens hälften av distriktsläkarna i Bohuslän är med i sin vetenskapliga förening.

Bland de topplacerade landstingen kan noteras, att många arrangerat SFAM-möten under senare år. Senaste mötet ägde rum i Växjö i maj 1992 (Kronoberg). Övriga mötesarrangörer är Norrbotten (Kiruna, hösten 1991), Blekinge (Karlskrona, våren 1991), Jämtland (Östersund, våren 1990), Västmanland (Västerås, hösten 1989), Värmland (Sunne, våren 1989) och

Gävleborg (Gävle, hösten 1988).

I en del landsting har den vetenskapliga aktiviteten kommit i gång efter det att man haft sitt möte. Man har bildat lokala SFAM-avdelningar och även delat ut stipendier till förtjänta kollegor. Annars är det väl så, att det är landstingen med de mest aktiva distriktsläkarna som ställt upp och ordnat möten.

De ovan nämnda vårmötena har alla varit samarrangemang mellan SFAM och DLF. Samtliga har varit mycket lyckade och innehållit en lagom blandning av fackliga och vetenskapliga programpunkter. Många gånger har det under de senaste åren varit svårt att skilja den ena föreningens arbetsuppgifter från den andras. Därför kan man undra, om det nu inte är dags att slå samman de båda föreningarna till en enda "husläkarförening" med ett flertal olika sektioner. Rimligen skulle medlemmarna på så sätt få mer valuta för sina pengar. "Svensk FamiljeMedicinsk Förening" är då ett lämpligare namn än "Svensk Förening för HushållsMedicin".

Tabell. Sveriges landsting – rangordnade från det "bästa" till det "sämsta".

R A N G	Landsting	Guide Landsting		Primärvårds- uppföljning		SFAM- anslutning		Allmän- Medicin		T O T A L T
		Poäng	R	Invånare per inrättad tjänst	R	%	R	Artiklar per 100 distrikts- läkare	R	
1.	Norrbotten	46	2	1880	2	70	3	18.2	1	8
2.	Blekinge	41	1	2320	6	69	4	10.9	4	15
3.	Kronoberg	59	8	2300	5	86	1	16.7	3	17
4.	Västerbotten	59	8	2280	4	59	13	17.6	2	27
5.	Västernorrland	52	4	2350	8	65	7	6.0	10	29
6.	Dalarna	57	6	2360	9	59	13	9.2	5	33
6.	Gävleborg	76	11	2330	7	71	2	4.7	13	33
8.	Skaraborg	47	3	2000	3	47	23	8.9	6	35
9.	Värmland	56	5	2490	12	64	8	4.8	12	37
10.	Malmöhus	89	16	2450	11	66	5	6.3	8	40
11.	Jämtland	58	7	1790	1	60	12	0	24	44
12.	Örebro	91	18	2620	13	63	10	8.1	7	48
13.	Kristianstad	83	13	2770	15	59	13	2.1	17	58
14.	Kalmar	99	20	2400	10	64	8	1.3	21	59
15.	Malmö	101	22	5450	26	66	5	6.3	8	61
16.	Västmanland	62	10	3180	19	54	18	1.4	20	67
17.	Älvsborg	87	15	2700	14	54	18	1.3	21	68
18.	Gotland	77	12	2970	16	57	17	0	24	69
19.	Stockholm	106	24	3920	24	61	11	5.2	11	70
20.	Halland	84	14	3270	22	53	21	3.7	16	73
20.	Östergötland	121	26	3260	20	59	13	4.1	14	73
22.	Södermanland	106	24	3090	18	54	18	1.5	19	79
23.	Jönköping	89	16	3080	17	44	24	0	24	81
24.	Bohuslän	104	23	3260	20	40	26	3.8	15	84
25.	Göteborg	100	21	3860	23	42	25	1.7	18	87
26.	Uppsala	93	19	4130	25	48	22	1.0	23	89

En gemensam tidskrift

I en tidigare ledare har jag argumenterat för en för de båda föreningarna gemensam tidskrift (4). Detta blir nu en självklarhet. "FamiljeMedicin" blir då ett bra namn på SFMFs tidskrift, ett namn som låter bättre än "Husläkaren".

Efter en del utvecklingar från ämnet återvänder jag nu till den allmänmedicinska – eller ska jag skriva familjemedicinska – geografien. Under de senaste fem åren (4/87 – 3/92) har det i AllmänMedicin publicerats 159 "vetenskapliga" artiklar. Jag har då, förutom vanliga originalartiklar, också räknat in goda fallbeskrivningar och utförliga litteraturgenomgångar. Genomsnittligt har antalet "vetenskapliga" artiklar per nummer varit 5.5 och antalet författare per artikel 1.8.

Flest bidrag har kommit från Stockholm (23 artiklar), följt av Norrbotten (18), Västerbotten (16), Malmöhus (14) och Kronoberg (11). Att märka är då, att AllmänMedicin under perioden haft temanummer från både Norrbotten och Västerbotten, men också från Dalarna och Skaraborg. Om man i stället tittar på antalet artiklar per distriktsläkare, blir den inbördes ordningen mellan landstingen något annorlunda (Tabell). Nu toppar Norrbotten, följt av Västerbotten och Kronoberg.

Ljuset kommer från norr – och från sydost

I Tabellens mest högra kolumn är de olika rangtalen summerade och där har den slutgiltige segraren i landstingsligen lägst totalsiffra. De "bästa" landstingen finns i sydost och i norr. Därifrån kan inspiration hämtas, när de lokala "husläkarlösningarna" ska tillskapas. Ligans förlorare finns i ett bälte från västkusten, med Göteborg, Bohuslän och Halland, bort över Älvsborg och Jönköping mot ostkusten, från Östergötland i söder till Stockholm-Uppsala i norr. Kanske har Malmö kommun fått en oförtjänt hög placering på bekostnad av Malmöhus läns landsting, eftersom jag i två av beräkningarna fått slå samman de båda.

Internationell utblick

Det har aldrig tidigare varit mera populärt än just nu, att studera andra länders hälso- och sjukvård. I dessa "husläkartider" sneglar vi från svensk sida på Danmark, Holland och Storbritannien (5), samtidigt som många östeuropeiska länder studerar den svenska "välfärdspolitiken". Självklart är det viktigt med internationella utblickar och själv gör jag i detta nummer en tabellarisk sådan, med hjälp av ordföranden i EGPRW, spanjoren Juan Gervas (6). Det allra viktigaste

för den svenska allmänmedicinaren/familjemedicinaren är ändå, att ta lärdom av goda inhemska exempel – kanske finns sådana framför allt i sydost och i norr.

Referenser

1. Svenska Distriktsläkarföreningen. Guide Landsting 1991. Stockholm: DLF, 1991.
2. Socialstyrelsen. Primärvårdsuppföljning 1989. Stockholm: SoS, 1990.
3. Källkvist A. Varför saknas så många distriktsläkare i SFAM? AllmänMedicin 1991;12:9.
4. Håkansson A. Två år som chefredaktör – en tillbakablick. AllmänMedicin 1991;12:140.
5. Einevik-Bäckstrand K. Husläkare. Internationella jämförelser. Stockholm: Spri och Stockholms läns landsting, 1992. Spri rapport 333.
6. Håkansson A, Gervas J. Europeisk allmänmedicin i tabellform. AllmänMedicin 1992;13: i detta nummer.

Författarpresentation

Anders Håkansson, chefredaktör.

Nytt från SFAM

LB 06662

SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

Gävle den 8 juli 1992

Till Socialdepartementet, S-enheten

Remissvar

Förslag om inrättande av ett husläkarsystem

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har beretts möjlighet att lämna synpunkter på Socialdepartementets promemoria Ds 1992:41. Som sektion inom Svenska Läkaresällskapet har föreningen främst att arbeta med undervisning, utbildning och forskning inom allmänmedicin, dvs det medicinska innehållet, och därmed kvalitet i allmänmedicinsk verksamhet. Föreningen väljer därför att främst kommentera dessa avsnitt, för att därefter kommentera de vårdorganisatoriska och fackliga avsnitten.

De så kallade honnörorden för primärvården: närhet, helhetssyn, lättillgänglighet, kontinuitet och trygghet är, tillsammans med patientens självbestämmande och valfrihet, utgångspunkter för det husläkarsystem promemorian skissar. SFAM delar den värdering av dessa begrepp som promemorian anför. Vad gäller honnör-

orden, så har deras tillvaratagande i primärvården försenats av att för få allmänläkare och allmänläkartjänster stått till förfogande. I en förändringssituation är det dock viktigt att respektera och så långt möjligt ta tillvara resultaten av det förändringsarbete som i nuvarande organisationsform skett på de platser, där läkardimensioneringen varit adekvat. I det förändringsarbetet har främst kontinuitet, personligt läkaransvar och patientvalfrihet beaktats.

Föreliggande förslag om ett husläkarsystem syftar till, att rätta till ett misshushållande av sjukvårdsresurser, genom att ge allmänläkarvården adekvata dimensioner och allmänläkaren ansvar för ett rimligt antal patienter. SFAM stödjer helhjärtat denna ambition.

Det klara ställningstagandet för kravet på **specialistkompetens i allmänmedicin** hos husläkaren (avsnitt 7.1) är i enlighet med föreningens uppfattning att specialistkompetens i allmänmedicin är en förutsättning för att ett husläkarsystem ska få avsedd effekt. Under

de närmaste åren förväntas ett betydande antal läkare med annan specialitetstillhörighet söka sig till husläkarbanan. Vi förutsätter att krav och former för kompletteringsutbildning, liksom dispensregler, formuleras tydligare i ett kommande lagförslag. Föreningen är beredd medverka såväl i utbildning som i expertroll för dispensbedömningar, till exempel i Socialstyrelsens regi.

I linje med den nya målrelaterade specialistutbildningen sker inom sektionen sedan 1989 frivillig **specialistexamination**. Det innebär att det redan idag finns ett instrument som tillåter kvalitetskontroll av såväl kompletterings- som specialistutbildning.

För **specialistutbildningen** av husläkare (avsnitt 8) krävs ett genomarbetat system med utbildningsplatser, ekonomiskt ersatt utbildningsansvar, ekonomiska möjligheter för kursdeltagande och utvecklat samarbete med slutenvårdsspecialiteter. Eftersom en arbetsgrupp för närvarande arbetar med dessa frågor, avstår vi från att

utveckla våra synpunkter och hoppas få tillfälle att kommentera kommande förslag. Vi vill dock redan nu påpeka, att det är av yttersta vikt att ST-läkare i allmänmedicin får samma arbetsrättsliga trygghet som ST-läkare i andra specialiteter, för att inte påverka rekryteringen negativt.

Specialistkompetensen är en första och väsentlig del av kvalitetskravet på husläkaren. För att underhålla denna kompetens krävs **efterutbildning** (avsnitt 8.2). Det är i såväl allmänhetens som landstingens/övriga vårdproducenters intresse, att organisatoriska och ekonomiska resurser för det från början beaktas. Det får inte göras till ett individuellt läkaransvar. Modeller för efterutbildning finns att hämta till exempel i Norge. SFAM föreslår att kontinuerlig efterutbildning införs som ett kvalitetskrav i husläkaråtagandet, alternativt att ersättningssystemet innehåller olika nivåer, så att dokumenterat deltagande i efterutbildning premieras. Föreningen är villig medverka i utarbetande av ett efterutbildningsprogram och att med statligt ekonomiskt stöd bygga upp den organisation som kontinuerlig efterutbildning av cirka 5000 husläkare kräver.

Forskning (avsnitt 8.3) är en förutsättning för allmänmedicinens utveckling. I förslaget saknas stimulans till deltagande i och prioritering av forskning. Allmänmedicinsk forskning måste få ekonomiska förutsättningar genom specifika forskningsmedel och större antal akademiska tjänster. Nuvarande resurser står inte i proportion till specialitetens omfång och framtida ansvar i sjukvårdsorganisationen.

Samtidigt måste det finnas utrymme och ekonomiska förutsättningar för forskning och utvecklingsarbete även utanför de akademiska institutionerna. Det är därför viktigt, att i ett kommande husläkarsystem behålla och vidareutveckla det forsknings- och utvecklingsansvar landstingen tagit genom att inrätta Utvecklingsenheter och forskningsassistenttjänster. I denna del är promemorian alltför summarisk och otydlig.

Kvalitetssäkring (avsnitt 11.2) är ett viktigt komplement av specialist- och efterutbildning och bidrar till utveckling av specialiteten. Den tar tillvara genom forskning vunnen kunskap och tillämpar forskningens metoder. SFAM arbetar för närvarande med att inom ramen för ett uppdrag från Nationella samrådsgruppen för kvalitet i hälso- och sjukvården till Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet utveckla medicinska kvalitetsindikatorer. Inom laboratorieområdet arbetar SEQLA (Svensk kvalitetssäkring inom laboratiemedicinen) med att utveckla former och innehåll. En

arbetsgrupp arbetar specifikt med verksamhetsområdet allmänmedicin. Båda dessa system beräknas kunna vara igång under 1993. Det bör vara självklart att professionen inbjuds medverka i utvecklingen av kriterier för medicinsk kvalitetssäkring inom husläkarsystemet.

En förutsättning för kvalitetssäkring i löpande verksamhet är **informationshantering med datorstöd** (sid 105). I England och Danmark har nyligen kravet på innehålls- och kvalitetsredovisning inom allmänläkarvård kopplats till erbjudande om ekonomiskt stöd för uppbyggnad av ADB-kompetens och datorisering. Det har resulterat i mycket snabb datorisering. Den skrivning i ärendet som promemorian presenterar finner SFAM alltför svag. En distinkt ambition om utvärdering motsvaras bäst av klara uttälser om statligt stöd för ADB-användning.

Områdesansvar (avsnitt 6). Promemorian är koncentrerad på läkardelen av primärvården, vilket benämningen husläkare tydliggör. Förslaget väljer sida, uppenbarligen med viss vanda, i den inbyggda konflikten fri etablering (läkarfrihet)/fri listning (patientfrihet) contra områdesansvar (vårdgivaransvar).

En grundtanke bakom vårdcentralen var det sammanhållna befolkningsperspektivet i såväl vårdande som rehabiliterande och preventivt arbete. Flera kompetenser arbetar där med ett gemensamt ansvar för en viss befolkning. Samarbete läkare-sköterska, kvalitetshöjande specialmottagningar, kvalitetshöjande profilering bland läkarna och rehabiliteringsteam är exempel på funktioner som har uppstått inom vårdcentralens ram. Vårdlagsarbete har varit ett sätt att "bryta ner" vårdcentralen och tillmötesgå patientkravet om läkarkontinuitet och trygghet och möta läkarkravet om avgränsning i arbetet. På flera ställen i promemorian anför förhoppningen, att dessa kvalitetshöjande funktioner ska finnas kvar även i ett husläkarsystem och att samarbete i olika syften skall uppstå eller drivas vidare. Dock saknas förslag om incitament för att åstadkomma detta. Värde av grupp-läkarmottagningar framhålls inte tillräckligt. Förslaget upplevs inte färdigbearbetat i dessa avseenden. Vid utformandet av husläkarförslaget har man sneglat på sjukvårdssystemen i bland annat Danmark, Nederländerna och Storbritannien. Intresset är ömsesidigt. I dessa länder ser man i flera avseenden den svenska primärvården som en förebild och gör förändringar i syfte att efterlikna det svenska systemet med vårdcentraler. Det är sannolikt svårt att direkt överföra system

mellan de olika kulturerna i Europa och bortse från lokala traditioner.

Listning. Som ett alternativ till en i promemorian föreslagen helt fri, aktiv listning vill SFAM anföra passiv listning. Det innebär att patienter som avstår från att lista sig tilldelas en läkare i sitt boendeområde, men med möjlighet att senare genom eget agerande välja annan husläkare. Fördelarna med detta är flera. Svaga, passiva grupper tappas inte bort och ett områdesansvar kan bevaras utan att inskränka på individens valfrihet. Ett aktivt ställningstagande från patientens sida med önskemål om annan läkarkontakt har redan idag kunnat hanteras och tillgodoses. Ett husläkaråtagande skulle, på samma sätt som vid fri listning, innehålla regler för hur patientkrav om läkarkontinuitet/tillgänglighet osv uppfylls. Fördelen med att denna alternativa modell accepteras är, att man då kan fortsätta en konstruktiv utveckling av primärvården i vårdlagsform, där den kommit igång, utan att slå sönder välfungerande enheter och tappa tempo. Det administrativa arbetet kring listning skulle också bli mindre. Över huvud taget måste kostnaderna för listningen ligga utanför den enskilde husläkarens budget.

SFAM uttalar sig *mot fri etablering* (avsnitt 10.5). Inget annat land i Europa har funnit det motiverat. Det finns en risk att attraktiva områden drabbas av överetablering, husläkarna får oekonomiskt (för) små listor som måste kompletteras med annan icke-medicinsk verksamhet och följden blir låg utnyttjandegrad av högt utbildad arbetskraft. Det ter sig samhällsekonomiskt slösaktigt och inskränker dessutom husläkarens oberoende som är en förutsättning för kvalitativt arbete. Inga saksakal anför som styrker värdet av fri konkurrens om patienter. Där emot är litteraturen full av exempel på att konkurrens som en bieffekt orsakar "onödiga" undersökningar och resursslöseri.

Fackliga aspekter. En stor andel av Sveriges allmänläkare är kvinnor och en än större andel kvinnliga läkare är under utbildning till allmänläkare. De praktiska problem som uppstår vid ledighet för barnafödande eller önskemål om deltidsarbete är otillfredsställande belysa i promemorian. En "tappad" lista under barnledighet (till en nyetablerad konkurrent) återfås inte självklart. Risken finns att kvinnliga läkare, åtminstone i storstadsområdena, blir ett deltids- eller vikarieproletariat utan egna listor.

Samma problem gäller för läkare som vill engagera sig i fackligt eller professionellt utvecklande arbete,

eller åtar sig expertroll i utredningar med mera. Kortad lista blir inte automatiskt längre när engagemanget upphör. Ett alternativ är ekonomisk ersättning för anställning av vikare. Här behövs redan nu klargöranden.

Ytterligare fackliga och arbetsrättsliga aspekter måste beaktas i ett kommande husläkarförslag, vi hänvisar till den fackliga organisationens remissvar.

Ersättningssystem. Spri har på departementets uppdrag gjort en beräkning av vad en husläkare "kostar". Exemplet utgår från en storstadsvärld och kan inte anses giltigt över hela landet. Så fungerar till exempel idag många vårdcentraler utanför sjukhusorter som akutmottagningar för omhändertagande av akuta olycksfall, trafikskador, infarkter och annan akut medicin. Då fordras större personalstyrka med till exempel sköterskekompetens. Landstingen accepterar inte självklart att stå för dessa extrautgifter, om de samtidigt genom fri etablering tappar möjligheten att dimensionera sjukvården optimalt. Här behövs **alternativa ekonomiska överväganden**. Även andra faktorer kan motivera variationer i kapiteringens storlek.

Den svenske allmänläkaren har formellt högre kompetens (längre specialiseringstid) än till exempel sin engelske och danske kollega och kan därför också förväntas utföra mer avancerade undersökningar, som kräver mer kostsam apparatur, men samtidigt spar in remisser. Som exempel kan nämnas rectoskopering (undersökning av ändtarmen) och cornealmikroskopi (undersökning med ögonmikroskop). Detta är remissfall för en engelsk allmänläkare. Svenska vårdcentraler är tekniskt välutrustade för att möta krav på hög kompetens. Insikt om detta kommer inte till uttryck i det ekonomiska exemplet som anförs. "Kvalitet kostar" och det kostar att behålla kvalitet!

SFAM accepterar förslaget vad gäller proportionerna mellan kapitiering och patientavgifter och motiven till dem. Vi ställer oss däremot tveksamma till de summor som anförs, bland annat torde hyreskostnaden vara för lågt räknad och kan inte förväntas vara lika över landet. Någon form av kostnadsutvecklingsgaranti bör konstrueras. Vi vill upprepa tanken att åtaganden på efterutbildningssidan kan motivera högre kapitiering.

Sammanfattningsvis anser SFAM

- att etablerandet av ett husläkarsystem skapar förutsättningar för basjukvård av god kvalitet;
- att husläkaren i enlighet med promemorian skall vara specialist i allmänmedicin;
- att patientens valfrihet kan beaktas tillräckligt även i ett system med initialt passiv listning;
- att övergången till ett husläkarsystem kan ske med tillvaratagande av det utvecklingsarbete som skett vid adekvat bemannade vårdcentraler på många håll;
- att promemorian alltför ensidigt beskriver enläkarmoduler och i större utsträckning bör uppmuntra till gruppläkarverksamhet;
- att medicinska, kvalitetsmässiga eller ekonomiska skäl för fri etablering som husläkare saknas.

För
Svensk Förening för Allmänmedicin
Mats Ribacke, ordförande

ABO 6663

EG – en 12-mannagrupp i Malmö

Ett exempel på efterutbildning i egen regi

ELISABETH JAENSON

SFAMs Kirunamöte i september 1991 gav mig en övertygelse om att allmänläkarna måste ta ansvar för sin egen efterutbildning.

Inspirerad av de rapporter om danska 12-mannagrupper som jag läst om i Practicus, den danska motsvarigheten till AllmänMedicin, inbjöds 20 kollegor till ett möte. De utgjorde samtliga ordinarie distriktsläkare i två av Malmö primärvårdsdistrikt. Mötet förlades till kvällstid, kl 19–22, på en av vårdcentralerna med te och mackor som förtäring. 14 av 20 kom!

På programmet vid detta första möte stod ett videoband med konsultationer efterföljdes av diskussioner ledda av norska allmänläkare. En arbetsbok med förslag till grupparbeten

hörde till. Programmet uppskattades mycket och ledde till engagerade gruppdiskussioner om våra vardagsproblem och -möjligheter.

I slutet av mötet enades alla om fortsatta kvällsträffar var sjätte vecka. Gruppen fick det tidsenliga namnet EG – EfterutbildningsGruppen. Entusiasmen var stor. "Ett värdigt sätt att bedriva efterutbildning", var en kommentar.

Sammanlagt fem möten har nu avhållits. Gruppen har nu slutits och består av tolv medlemmar. Två träffar ägnades åt den norska konsultationsvideon (kan av andra intresserade lånas från Den Norske Lægeforening). Två träffar ägnades åt en av deltagarnas egna videoinspelade kon-

sultationer och vid en träff "examineras" deltagarna av två kollegor som just genomgått examinationen i allmänmedicin. Inför nästa möte har gruppen beslutat att alla ska spela in ljudband med sina upplevelser och reflektioner runt en vanlig dags patientarbete.

Hur sker den lokala efterutbildningen på andra platser i landet? Vår grupp skulle uppskatta att få veta hur andra gjort.

Skriv till AllmänMedicin och berätta!

Författarpresentation

Elisabeth Jaenson

Postadress: Sorgenfrimottagningen, Nobelvägen 56, 214 33 Malmö.



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 sömntrubbningsar. 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 ordinerar till äldre patienter. Längre tids sömnsvårigheter bör utredas med avseende på psykisk eller somatisk sjukdom.

PROPAVAN

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

God natt utan beroende.



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia AB Sverige
Telefon 08-695 80 00

Begriper vi journalerna?

BRITT-GERD MALMBERG

LB 06664

Vi lever i en värld som bygger på kommunikation – kommunikation mellan patient och läkare, mellan olika vårdgivare på samma arbetsplats, mellan olika läkare/forskare på olika ställen såväl inom Sverige som internationellt. Våra journalanteckningar och kliniska observationer är väsentligt stoff för att föra utvecklingen framåt och utgör grunden i vår begreppsbyggnad inom hälso- och sjukvården.

I uppslagsböcker betecknar ordet "begrepp" en klass av företeelser vilka har gemensamma egenskaper. Begreppet "diabetes" är vidare än termen "diabetes"; det innefattar egenskaper som är förknippade med sjukdomen (lab., komplikationer etc). I informationssystem, till exempel vissa datorjournalssystem, återfinns begreppslexikon = lista med begrepp och dess egenskaper. Tyvärr klargörs inte alltid skillnaden till termkatalog, som enbart är en förteckning av termer (inom ett ämnesområde). Är dessa termer till exempel sjukdomstermer kan man, genom att indela dessa i kategorier och klasser efter bestämda principer och kriterier, åstadkomma en klassifikation såsom "Klassifikation av sjukdomar 1987 – Systematisk förteckning", är de termer för röntgenundersökningar, kan de sorteras enligt "Klassifikation av radiologiska åtgärder 1991".

Utveckling och förbättringar av klassifikationer och termkataloger standardiserar och normerar vår kliniska vardagsverksamhet. Eller kan det också vara tvärtom?

Vår begreppsapparat byggs upp till stor del i relation till bland annat klassifikationer, även om dessa tillkom för statistiska behov i första hand. Hur ofta hör vi inte att diagnosklassifikationen inte avspeglar dagens sjukdomslära och att vi behöver nya verktyg?

Svensk tradition för klassifikationer karaktäriseras av separata klassifikationer för till exempel diagnoser, operationer, radiologiska undersökningar etc. När nu datorer allt mer brukas i klinisk verksamhet, fordras även termdatabaser, som täcker in hela den allmänmedicinska verksamheten och där termerna känns igen och brukas av doktorer och andra med dokumentationsansvar. Orden kommer i dessa termdatabaser/kataloger i stor utsträckning att hämtas ifrån olika klassifikationer, som därmed indirekt blir normerande.

Det pågår för närvarande arbete med framtagande av en ny och utvidgad diagnosklassifikation, den tionde revisionen av International Classifica-

tion of Diseases (ICD 10). Det internationella samarbetet liksom samarbetet med sjukhusen kräver att även primärvårdsrepresentanter engagerar sig i detta arbete.

I allmänläkarkretsar i Europa sprider sig användningen av en klassifikation – International Classification of Primary Care (ICPC). Den har huvudsakligen utarbetats av Henk Lamberts, professor i allmänmedicin i Amsterdam och stöds av WONCAs klassifikationskommitté. Klassifikationen är delvis kompatibel med ICD, vad gäller diagnoserna. Den har sin styrka i det sätt på vilket klassifikationen är uppbyggd – med kapitelindelning organinriktad och innefattande även delvis symtom och åtgärder. I kapitlet respirationsorgan finns till exempel alla typer av lungsjukdomar (infektiösa, cancersjukdomar, emfysem etc). Det är i länder med en förhållandevis kraftigt utbyggd primärvård och svaga samband med sjukhus som användningen av ICPC fått störst spridning. Den har tyvärr inte fått acceptans av WHO. Den är dock värd att prövas även i Sverige, även om den är mager på symtom och åtgärder och saknar många termer för den breda verksamheten, som svensk primärvård representerar.

En parallell aktivitet, som man också bör följa är den termkatalog som James Read, före detta allmänläkare och numera chef för National Health Service's Coding and Classification Centre, konstruerat för att bistå datorföretag i England med medicinska och patientadministrativa termer. Just datorernas intåg under 1980-talet var starten till det växande intresset bland datorsystembyggare för en adekvat medicinsk begreppsapparat och under de senaste två åren har detta intresse nått läkarkåren.

Kan SFAM spela någon roll?

Vad händer då i Sverige av intresse och vad kan SFAM göra?

Olika diagnosklassifikationer?

Det är väsentligt att våra vetenskapliga föreningar följer, stöder och initierar arbete för att förbättra befintliga klassifikationer och deltar i framtagandet av bra termkataloger, som passar allmänmedicin och primärvård.

En prototyp och förslag till nationell termkatalog innehållande såväl patientadministrativa som medicinska termer med kopplingar till internationellt arbete såväl inom Europa som framför allt till USA har tagits fram av distriktsläkare Rolf Linnarsson, Vårdcentralen Kronan. Den grundar sig på

ett modellarbete, gjort i Linköping av Linnarsson och Wigertz. Detta arbete har stötts i en första fas av Dagmar-50-medel, men hur det blir med fortsättningen är i skrivande stund oklart.

Dessutom har ett förslag till "Klassifikation av åtgärder i primärvården" – innefattande även företagshälsövård, skol- och barnhälsovård och mödrahälsovård lämnats av undertecknad till socialstyrelsen oktober 1991. Lars Berg, distriktsläkare och sakkunnig hos socialstyrelsens Genomförandegrupp, GÖR, har redan lämnat en första enkät rapport i denna tidning.

I den internationella upplagan av primärvårdsklassifikationen av sjukdomar -ICHPPC-2-Defined- finns kriterier för diagnosställande. ICHPPC ska uttolkas International Classification of Health Problems in Primary Care och utgjorde tillsammans med "Diagnoskoder i öppen vård 1977" grunden för framtagandet av "Klassifikation av sjukdomar 1987 Primärvård". Framtagande av diagnoskriterier skulle de allmänmedicinska institutionerna i samverkan med forsknings- och utvecklingsintresserade allmänläkare och SFAM kunna genomföra också i Sverige. I Dalby har sådant arbete inletts.

Därutöver skulle SFAM och intresserade distriktsläkare och andra inom primärvården kunna driva fram en vidareutveckling av till exempel det förslag till kontaktorsklassifikation, som togs fram i början av 1980-talet av Bengt Dahlin och undertecknad. Detta önskemål har kommit fram i samband med de kurser som vi ger på vårdcentralen Kronan i "Praktisk datalära och medicinsk informatik för distriktsläkare".

Sammanfattningsvis finns det mycket som Svensk Förening för Allmänmedicin kan stödja för att främja kvalitetssäkring i primärvården, rationell informationshantering och utveckling inom vårt ämnesområde. Just nu känns det allra viktigast att stödja det arbete som bedrivs för att åstadkomma en nationell termdatabas.

Författarpresentation

Britt-Gerd Malmberg, cheföverläkare och distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Kronan, Sundbybergs primärvårdsområde, 172 83 Sundbyberg.

Allmänläkarbok som murbräcka

KARL ERIK FICHTELIUS

Kulturrevolution

I samband med utbyggnaden av den öppna vården har distriktsläkarnas utbildning och deras efterutbildning varit centrala diskussionsämnen. Märkligt nog har mycket litet eller ingenting sagts om sjukhusspecialisternas vidareutbildning i öppen vård. Det är sedan många år dags för sjukvårdens egen lilla kulturrevolution.

Professorer och överläkare, som är satta att undervisa blivande distriktsläkare, måste för att kunna ge en vettig undervisning ha klart för sig vilka problem som möter distriktsläkaren och vilka patientkategorier inom just hans specialområde, som söker i öppen vård. Detta är helt självklart, men ändå gör dessa lärare ingenting för att skaffa sig den nödvändiga erfarenheten.

Mitt förslag till kulturrevolution mellan öppen och slutna vård är inte allt för radikalt – men tydligen så radikalt att ingen hittills nappat, sedan jag 1979 tog upp det i Allmänläkarboken. Så här såg det ursprungliga förslaget ut:

Låt biträdande överläkare och överläkare inom så många specialiteter som möjligt komma ut på någon flerläkarstation inom förvaltningsområdet för tre månaders tjänstgöring vart tredje år. Man ska givetvis inte begära för mycket av överläkarna vid en sådan tjänstgöring – det ska bäddas mjukt för dem. De ska i största möjliga utsträckning arbeta med fall som ligger inom deras specialitet. På det viset får man ut mer av dem – det är ju inom den egna specialiteten de kan tillföra öppenvården mest. Överläkarna från slutenvården bör ingå i primärjourssystemet och om de begär, ska de förses med en allmänläkare som bakjour.

Det är viktigt att man plockar ut specialisterna redan under deras tre första år som specialister, även om de inte hunnit bli biträdande överläkare (för att de inte ska vara allt för ringrostiga för öppenvården). Det vore också önskvärt om reformen kunde utsträckas till universitetssjukhusen och gälla även kliniska professorer. Undervisningen på klinikerna tenderar annars att bli verklighetsfrämmande för blivande distriktsläkare. Likheten med Maos kulturrevolution i Kina ligger i att den inte kan genomföras utan användande av åtminstone mild våld. Man skulle säga: Om någon klinisk professor inte kan förstå och hålla med

om detta påstående, visar han därmed att han är i behov av tre månader "i busken" omedelbart.

Det föreligger en risk att slutenvårdsläkarna vid sin tjänstgöring i öppenvård kommer att föra ut sina värderingar med allt för stor genomslagskraft, att de som missionärer breder ut sig med sin specialitet. Detta kan få negativa konsekvenser. Det är viktigt att de som valt att bli allmänläkare fortsätter att vara allmänläkare, att de inte försöker profilera sig till några slags andra klassens specialister. Då blir de "displaced persons" och borde i stället söka sig till den specialitet de är intresserade av. Det måste finnas en grupp läkare som kan tillräckligt om det mesta och som är beredda att hjälpa patienterna till rätta i den allt mer sofistikerade vårdapparaten.

Med specialistläkare ute i öppenvården under korta perioder bör det komma till stånd en livlig diskussion om var gränsen ska gå mellan specialistvård och öppenvård i varje särskilt fall. Den gränsdragningen är svår, men den är nödvändig och gränsen behöver hela tiden revideras.

Specialister av olika slag kommer vid sådana tjänstgöringar i öppenvård att se sina egna krav på distriktsläkarna i en ny dager. Som det nu är ställer olika specialister krav oberoende av varandra. Dessa krav måste hela tiden vägas mot varandra med hänsyn till de personella resurser som finns inom öppenvården.

Kan man flytta ut specialistläkarna temporärt på detta sätt så flyttar man nog också ut en del patienter. På det sättet skulle Sverige komma att mer likna andra länder och vår starka sjukhusdominans kunde kanske brytas och sjukvården därmed bli billigare utan att bli sämre. Finns inget landsting i norr med svårigheter att rekrytera läkare till primärvården som vill prova lyckan?

Nu är den så kallade "Ädelreformen" på gång. Man tänker sig på sikt att överföra hela primärvården till kommunerna. Det kan ha sina fördelar, men om sjukhusvården och primärvården får olika huvudmän, ter sig mitt reformförslag ännu mer drömligt. Men till min stora glädje och förvåning har jag under senare år träffat sjukhusläkare som inser faran med en avsnörd primärvård och som skulle kunna tänka sig en kulturrevolution i

andra former – med specialisterna ute i primärvården mer kontinuerligt, någon dag i veckan.

En återkommande allmänläkarbok

Allt som minskar muren mellan sjukhusvård och primärvård välkomnas. Som ett första steg i ett försök att komma igenom muren, kan jag tänka mig en allmänläkarbok av samma typ som jag editrade 1979, men där varje kapitel är skrivet av en allmänläkare och en specialist ihop (jag envisas med att allmänläkare inte bör kalla sig specialister). Jag ser klart behovet av en sådan bok. En ny upplaga behövs med regelbundna intervall, kanske vart tredje år. Ett sådant samarbete mellan primärvård och sjukhusvård skulle säkert bidra till att skapa större förståelse mellan generalister och specialister.

De nya diagnostiska metoderna med biosensorer, som kommer att kunna användas ute i primärvården, gör mig orolig inför framtiden och kommer att öka behovet av en återkommande allmänläkarbok av den typ jag förespråkar. Jag är rädd för att läkarnas nublindhet och pseudovetenskaplighet kommer att öka inför trycket av att använda dessa nya diagnostiska metoder och kontrollmetoder ute på fältet. Patienterna kommer att efterfråga dessa metoder och i det nya köp- och säljsystemet kommer det att ligga i läkarens intresse att saluföra dem. I vårt arbete glömmar vi ständigt att teoretiska resonemang hämtade från laboratoriet inte räcker för att införa nya kliniska rutiner. Kliniska provningar behövs. Alla som var med då cortisonet infördes, förstår vad jag menar. Det vi eventuellt har fått i oss från vetenskapsfilosofin förtränger vi snabbt.

En gemensam allmänläkarbok, som ska vara skriven lika mycket för specialister som för allmänläkare, skulle kunna vara en blygsam inledning till en kulturrevolution. Och den behövs oberoende av sådana drömmar.

Karl Erik Fichtelius

Postadress: Hovgatan 7 G, 871 31 Härnösand.



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®

RA-1 PRIL

*ACE-hämmaren med hög
vävnadspenetrations*

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

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



Adverse Event Monitoring in Clinical Drug Trials

LB06666

KURT SVÄRDSUDD

Mari-Ann Wallander disputerade i Uppsala den 5 december 1991 på en avhandling med titeln "Adverse Event Monitoring in Clinical Drug Trials". Fakultetsopponent var docent Bengt-Erik Wiholm vid Läke-medelsverket och institutionen för klinisk farmakologi i Hud-dinge. Examinator var profes-sor Gösta Tibblin och huvud-handledare professor Kurt Svärdsudd. I betygsnämnden ingick professor Hans Åberg, institutionen för allmänmedicin, Huddinge; docent Bengt Nils-son, Astra Läkemedel och tidi-gare farmakologiska institutio-nen, Karolinska institutet; pro-fessor Anders Rane, institutio-nen för klinisk farmakologi, Uppsala; docent Torgny Groth, enheten för biomedicinsk sys-temanalys, Uppsala och profes-sor Gösta Tibblin, institutionen för allmänmedicin, Uppsala. Disputationen samlade drygt 100 åhörare, varav cirka en tredjedel kom från Göteborg.

Nyckelord: Läkemedelsprövning, me-todologi, doktorsavhandling.

Idén bakom avhandlingen

Avhandlingen är en sammanlägg-ningsavhandling baserad på fem delar-beten. Dess innehåll är centrerat kring hur man på bästa sätt kartlägger ett läkemedels biverkningsprofil. Upprin-nelsen till arbetet var att doktoranden sedan många år arbetat med dessa frå-gor vid en av landets läkemedelsin-dustrier. Ett av problemen, inom såväl industrin som de läkemedelsöverva-kande myndigheterna, har varit att den biverkningsprofil man får fram under prövning av ett läkemedel, före registrering och marknadsföring, stämmer dåligt överens med den profil läkemedlet uppvisar efter en tids kli-nisk användning. Det har lett till en internationellt spridd pessimism om



Respondenten Marie-Ann Wallander.

möjligheten att med läkemedelspröv-ningar (clinical drug trials) få fram en representativ biverkningsprofil.

Mari-Ann Wallander misstänkte dock att skälet till denna diskrepans inte berodde på läkemedelsprövning-en som sådan, utan snarare den metod med vilken bieffekter registreras. Dit-tills hade prövningarna gått till så, att endast biverkningar som provaren/lä-karen bedömde orsakade av läkemed-let rapporterades (adverse effects). Hon tog upp en idé som framkastats på 1960-talet av statistikern David Finney och som i korthet innebär att allt som inträffar under prövningen rapporteras, oavsett om något sam-band med användningen av läkemed-let misstänks eller inte (adverse event monitoring, AEM). Detta kan visser-ligen medföra mera "symtombrus" men ökar samtidigt möjligheten att ti-digt finna oväntade läkemedelseffek-ter. Idén förkastades dock av såväl WHO (som ansåg den intressant men orealistisk), som läkarkåren (som tyckte den åsidosatte medicinarnas kunnande) och industrin (som insåg att det kraftigare symtombruset kunde tolkas som mera biverkningar, vilket var känsligt av marknadsskäl).

Adverse events eller adverse effects?

I det första arbetet beskrivs utveck-lingen av mätning och registrering av

läkemedelsbiverkningar från enbart i förväg förväntade bieffekter (adverse effects) mot adverse events (AE). En AE definieras som en negativ händel-se (försämring av den sjukdom patien-ten behandlas för, tillkomst av annan sjukdom, hudutslag, olyckshändelser, dödsfall etc) som har ett tids samband med den kliniska studien oavsett orsak till händelsen. Först i efterhand vid den statistiska analysen tar man ställ-ning till om den negativa händelsen har orsakats av läkemedlet, genom jämförelse med vad som hände i kon-trollgruppen. Denna metod, som ger den mest tillförlitliga biverkningspro-filen för ett läkemedel, var ursprungli-gen tänkt att användas för internatio-nell och nationell säkerhetsövervak-ning på marknadsförda läkemedel. Efter biverkningskatastrofen med practolol uppkom tankar om att an-vända metoden också i de kliniska ut-prövningarna av läkemedel före mark-nadsintroduktionen för att om möjligt undvika liknande händelser i framtiden. Det har visats, att om denna metod hade använts i thalidomidpröv-ningarna, hade de fosterskadande ef-fekterna upptäckts innan läkemedlet kom ut på marknaden. I arbetet be-skrivs också praktiska problem vid in-troduktion av metoden inom ett läke-medelsföretag.

Lämplig databas

I det andra arbetet beskrivs skillnader mellan effektdata och bieffektdata från kliniska prövningar med läkemedel och de praktiska konsekvenserna av detta vad gäller till exempel strukturen av den databas som används för lagring av informationen. Uppgifter om AE är i motsats till mätningar av effektvariabler inte nödvändigtvis tidsmässigt relaterade till det besök vid vilket informationen lämnas, utan kan relateras till den period som förflutit sedan föregående besök. Detta förhållande bör avspeglas i databasens struktur för att optimera analysmöjligheterna. I arbetet diskuteras också nödvändigheten av att centralisera all information om positiva och negativa effekter av ett läkemedel inom ett förtag.

Från teori till praktik

I det tredje arbetet redovisas erfarenheter av AEM från 143 kliniska prövningar, påbörjade 1982 eller senare. Prövningarna var fördelade på åtta olika delprojekt, tillsammans omfattande 12069 patienter. De kliniska proverna uppmanades att registrera alla AE på särskilda formulär (AE-formulär) i "case record forms" (CRF) och att avstå från att göra en sambandsbedömning mellan event och läkemedel. Varje komplett CRF granskades och kodades med avseende på AE av specialutbildad personal. Om AE påträffades på annan plats i CRF än i AE-formuläret, inkluderades dessa i den totala säkerhetsanalysen, men kodades så att de gick att skilja från AE som noterades av provaren på AE-formuläret. De faktorer som påverkade fullständigheten i AE-rapporteringen utgjordes av patientens kön och ålder, AEs allvarlighetsgrad och tidpunkten för studien. Hos kvinnor samt riktigt unga och gamla patienter utlämnades AE oftare än hos andra. Samma sak gällde allvarliga AE, till exempel dödsfall, som oftare hittades vid sidan av AE-formuläret än förväntade, lindrigare symtom. Den vanligaste uppgivna orsaken för att inte notera en AE på AE-formuläret var, att provaren inte upplevde att de allvarliga AE hade något samband med medicineringen. Initialt under perioden påträffades mer än en tredjedel av alla AE utanför AE-formuläret, mot slutet av 1980-talet var registreringen nästan komplett. I det senaste projektet noterades till exempel alla allvarliga AE på AE-formuläret. Det har således tagit i det närmaste tio år att få acceptans för metoden i den praktiska verksamheten.

AEM eller frågeformulär?

I det fjärde arbetet jämförs AEM (Adverse Event Monitoring) med två typer av patientadministrerade fråge-

formulär i en klinisk prövning med felodipine omfattande 251 patienter från 23 svenska primärvårdsenheter. Under studien fyllde patienterna i de båda frågeformulären vid två tillfällen medan AEM tillämpades vid alla fem besöken. Resultaten visade att fler symtom rapporterades med frågeformulären än med AEM. Vidare hade tidpunkten för mätningen av symtom i relation till läkemedlets insättning avgörande betydelse för metodernas möjlighet att upptäcka övergående symtom. Resultaten visade också att metoderna snarare kompletterade än överlappade varandra och belyste nödvändigheten av att ta in baselinevärden (det vill säga symtombilden före prövningens start) i analysen av tänkbara effekter och bieffekter.

Det femte arbetet baseras på samma kliniska prövning med felodipine som arbete nummer fyra. Läkemedlets påverkan på patienternas livskvalitet belyses genom analys av symtom rapporterade via två patient-administrerade frågeformulär och via AEM. Resultaten visade att merparten rapporterade symtom var dosrelaterade och i vissa fall övergående under fortsatt behandling med felodipine. Vidare sågs att patienternas känsla av välbefinnande inte påverkades negativt trots dosrelaterade symtom som ankelödem och flush.

Vem ska bryta koden om något händer?

Efter opponentens inledande presentation av avhandlingens innehåll diskuterades framför allt arbete IV och V i detalj. Utöver detaljdiskussionen diskuterades två övergripande frågor. Den första gällde brytning av randomiseringskod för patienter som råkat ut för AE under studien. Ur vårdsynpunkt är det givetvis viktigt med en kontinuerlig bedömning av säkerheten hos ett läkemedel under utprovning, vilket gör det nödvändigt att bryta koden när alla data för den enskilda patienten är inmatade i databasen.

Vissa potentater ifrågasätter dock om inte detta förfaringsätt äventyrar blindheten i studien. Opponent och respondent var dock eniga om, att detta problem kan undvikas om kodbrytningen sköts av en enhet, som är skild från den kliniska verksamheten.

Allmänmedicinsk forskning med industridata?

Den andra övergripande frågan rörde tillgängligheten till data av denna typ. Det är framför allt placebodata som är av intresse, inte minst ur allmänmedicinsk synpunkt. Opponenten undrade om andra delar av koncernen, myndigheter och andra forskare kan få tillgång till dessa data för forskningsändamål. Respondenten såg inga hinder för detta. Företaget ställde den ytterst värdefulla databasen till förfogande på ett generöst och öppet sätt och har inte lagt några formella begränsningar på projektet. Det är dock mera osäkert hur företaget ställer sig till en mera okontrollerad användning av databasen.

Sedan opponenten avslutat sin opposition, följde en livlig debatt med deltagande av betygsnämnd och auditorium. Den avslutades med att ett telegram från den nu drygt 80-årige David Finney, som är AEM-metodens upphovsman, lästes upp i vilket han uttryckte sin uppskattning av avhandlingsarbetet och, mellan raderna, sin glädje över att metoden äntligen accepterats för praktiskt bruk.

Sammanfattningsvis är resultaten av studierna unika, något liknande finns inte tidigare publicerat. Metoden har under projektets gång blivit standardmetod inom företaget och koncernen och kan förväntas bli standard inom hela det kliniskt farmakologiska fältet.

Författarpresentation

Kurt Svärdsudd, professor.

Postadress: Institutionen för Allmänmedicin, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.

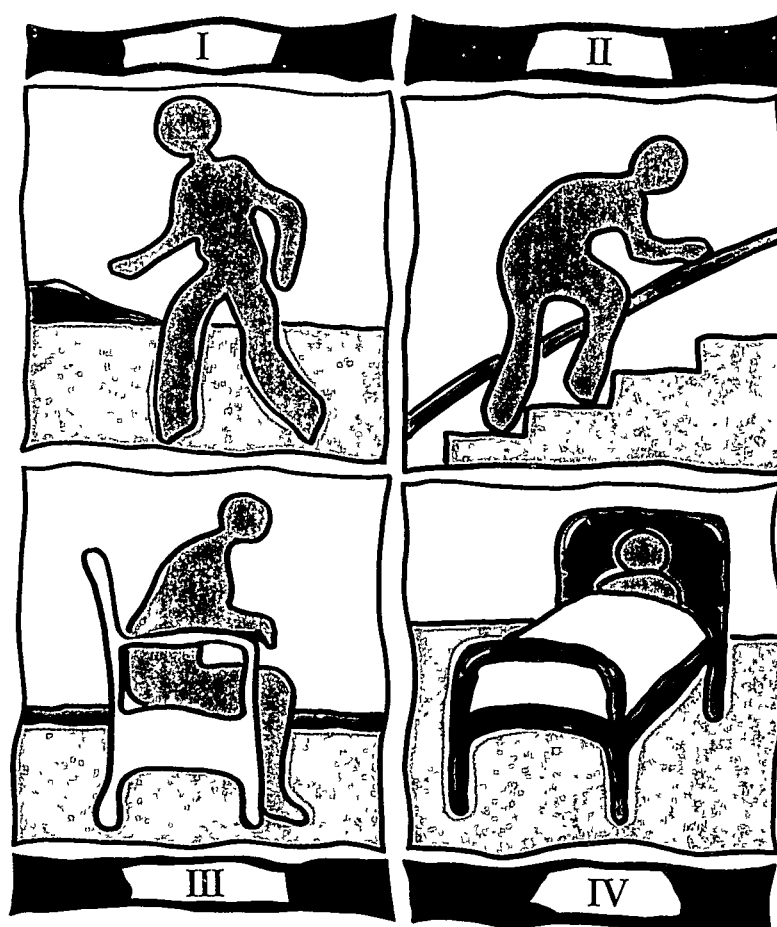
SÄKRA KVALITETSUTVECKLINGEN I SJUKVÅRDEN

Spri konferens i Jönköping den 13 och 14 oktober 1992

Aktuella projekt i och utanför Sverige med inriktning mot kvalitetsförbättringar kommer att presenteras omväxlande med föredragningar av representanter för näringsliv och universitet. Erfarenheter från användning av Spris metod för verksamhetsberättelser i primärvården samt patientenkä-

ter för vårdcentraler. Metodutveckling och praktiskt kvalitetssäkringsarbete i Luleå, bl a genom medical audit och kvalitetscirklar.

Program och upplysningar Pernilla Haufman och Solveig Linde, Spri tel 08/702 46 00.



Behandling med
ACE-hämmaren Zestril® förbättrar
den fysiska arbetsförmågan hos
patienter med hjärtsvikt.

ZESTRIL®
FOR LIFE lisinopril
Tabl 5, 10, 20 mg



ICI Pharma AB, Box 184, 401 23 Göteborg. Tel 031-773 73 00, fax 031-773 70 75.



General practice and the dialogue of clinical practice

On symptoms, symptom presentation and bodily empathy

MOGENS HEY

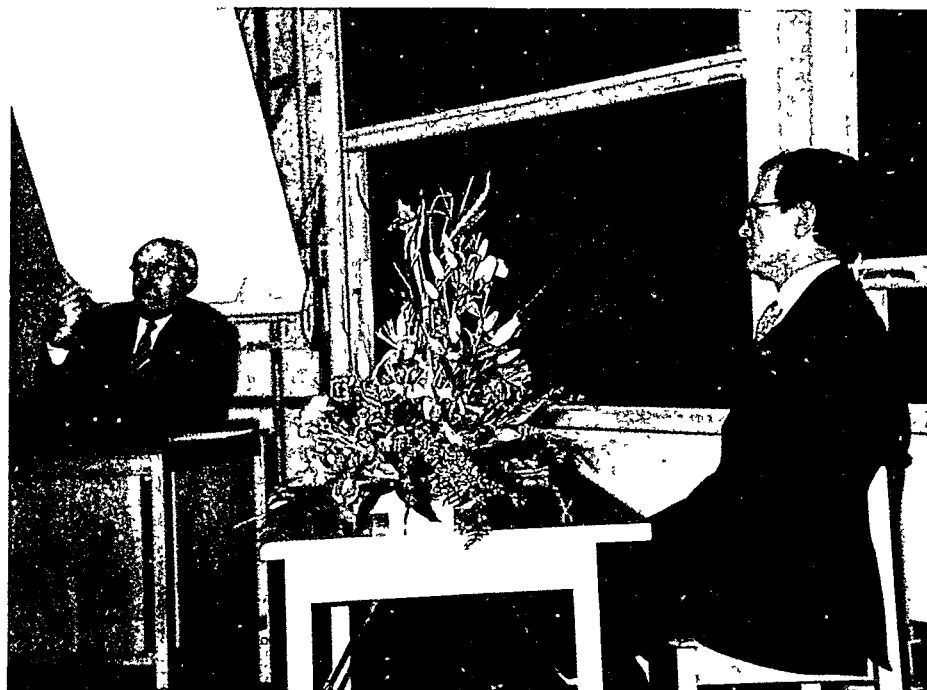
*Carl Edvard Rudebeck dispute-
rade den 24 januari 1992 vid
Allmänmedicinska institutionen
i Umeå. Avhandlingen förelig-
ger som supplement 1/1992 till
Scandinavian Journal of Prima-
ry Health Care. Ämnet för av-
handlingen är hämtat från all-
mänläkarens praxis. Syften har
varit att finna kunskapsområ-
den specifika för allmänmedi-
cin. Avhandlingen innehåller en
granskning av olika auktorita-
tiva beskrivningar och definitio-
ner kring allmänmedicin som
medicinsk specialitet. Innehållet
består av fyra delar, tre filosofi-
ska analytiska texter och en em-
pirisk studie. Konsultationen är
central i klinisk praxis och är
därmed studieobjektet. Konklu-
sionen blir att läkarens förståel-
se och tolkning förmedlad
genom kroppsempati är de mo-
ment i det kliniska arbetet som
gör allmänmedicinen till en spe-
cifik disciplin.*

*Opponent vid disputationen
var professor Gösta Tibblin,
Uppsala och ordförande var
prefekten, docent Göran West-
man, Umeå.Handledare har
varit distriktsläkare och docent
Bengt Mattsson, Umeå.*

Nyckelord: Allmänmedicin, klinisk
praktik, klinisk kompetens, medicinsk
fenomenologi, diagnostisk process,
symtompresentation, kroppskänne-
dom, empati.

En ovanlig avhandling

Opponenten Gösta Tibblin slog fast
att det var en ovanlig avhandling, som
för sin bedömning kommit att kräva
ett speciellt förfaringsätt. Hans ge-
nomgång var också anpassad till åhö-
rarnas förutsättningar att förstå och
tolka avhandlingstexten.



Opponent Gösta Tibblin och respondent Carl Edvard Rudebeck.

Avhandlingens tema

Avhandlingens tema sammanfattades
kort: I centrum står sjuka, hjälpsökan-
de människor. För att läkaren ska för-
stå deras symtom/problempresenta-
tion eller deras melodi, måste han lära
känna dem och förstå hur de känner
sina kroppar. För att klara detta måste
läkaren också förstå den egna krop-
pens uttryck.

Avhandlingens karaktär är ett nytt
och unikt sätt att studera allmänmedi-
cinens kärna. Den bygger på en teori-
bildning, som kan leda till flera av-
handlingar. Den innehåller en empi-
risk studie av intresse. Den är medi-
cinsk nutidshistoria. Texterna är till
stor del filosofiska, analyserande och
resonerande. Tibblin ansåg, att pole-
mik med det biomedicinska perspekti-
vet och dess värderingar ges stort ut-
rymme.

En reseskildring

Tibblin jämförde avhandlingsarbetet
med en reseskildring "Ung mans resa
till Minerva". Avhandlingen beskriver
Rudebecks personliga utveckling. Ru-
debeck har mer än de flesta allmänme-
dicinare under 1980-talet levt med tvi-
vel på, dels biomedicinens självklara

förfärlighet, dels allmänmedicinens
samtidiga vanmakt och krav på omni-
potens.

Olika aspekter

Efter denna didaktiska inledning äg-
nade Tibblin sig åt att bedöma av-
handlingen ur olika aspekter.

Fanns vetenskapens grundelement?
Mer än väl, såväl nyfikenhet och filo-
sofisk reflektion som en grundläggande teori.

Det finns givetvis mycket av Rude-
becks subjektiva iakttagelser och vär-
deringar, men också en stor portion
fakta, både sådant hämtat ur littera-
turstudierna och det egna materialet
från den empiriska studien. Mycket är
ifrågasatt, ändå tyckte opponenter att
mer kunde ha ifrågasatts och gav ex-
empel på detta.

Rudebeck har använt sig själv som
instrument i sökandet efter svar och
därför måste hans subjektivitet prövas
mot andras. Tibblin konstaterade att
Rudebeck ligger mitt i den allmänme-
dicinska frånan och att hans verksam-
het präglas av en öppen kommunika-
tion med kollegor och deras subjek-
tivitet. Nackdelar med metoden är up-
penbara, men då syftet är att studera

den allmänmedicinska praktikens kärna, det unika mötet mellan patient och läkare, är det svårt att finna ett annat tillvägagångssätt.

Avhandlingens disposition

Rudebecks avhandling består av vad han kallar fyra texter:

Allmänmedicinens kliniska metod. Den första texten "The Clinical Method of General Practice" har tidigare publicerats som ett kapitel i Tibblin G, Haglund G (ed). Allmänmedicin. Textbook, Norstedt 1989 och i Läkartidningen 1989;86:4451-6. Denna text kan idag betraktas som ett av samtidens viktigaste allmänmedicinska dokument. Den markerar behovet av en integrerad syn på patientens problem - det biomedicinska perspektivet räcker inte till, det behöver samordnas med patientens personliga perspektiv.

Det centrala och avgörande i den kliniska metoden är uppfattningen att klinisk praktik är en mellanmännisklig aktivitet med synnerligen praktiska syften.

Symtom blir därvid symtompresentationer och professionell objektivitet blir en individuell beredskap att förstå. Uppfattningen av patienten blir att hon är en ansvarig person, som behöver förstås. Patienten blir en naturlig part i diagnos- och behandlingsarbetet.

Kroppskännedom. Den andra texten undersöker vilken innebörd den egna kroppen har för den enskilda individen.

Biomedicinens perspektiv ser kroppen som ett objekt att studera med utgångspunkt från vetenskaplig teori och teknologi.

För den enskilde individen är kroppen en förutsättning för existensen. Förhållandet mellan dessa perspektiv



Margareta Troein i samspråk med Bengt Mattsson.

är ofta förbisett i biomedicinsk orienterad praktik. Förståelse av det kroppsligt subjektiva är ofta en förutsättning för att läkaren ska komma rätt i sina bedömningar.

Symtompresentation: "Symptoms and symptom presentations" är titeln på den tredje texten, som baseras på en empirisk studie. En grupp allmänmedicinare fick bedöma olika patienters symtompresentation, dels i form av en kort skriftlig redovisning, dels i form av en videospelning. Läkare med kort och lång erfarenhetsbakgrund jämfördes.

Tre erfarna allmänmedicinare utgjorde referensgrupp. Psykosociala fynd blev mera påtagliga för diagnostiken då den skriftliga informationen kompletterades med videospelningen. Detta innebar att man i stor utsträckning avlägsnade sig från referensgruppens bedömningar. Psykosociala schabloner i uppfattningen av pa-

tienten var lika påtagliga hos de erfarna som hos de mindre erfarna. Kvinnliga och manliga läkare skilde sig inte heller åt.

Allmänmedicinens kärna: Den sista texten är en filosofisk analytisk genomgång med frågeställningen "Vad är allmän klinisk kompetens?" Denna fråga är en teoretisk utmaning för allmänmedicin. Efter en analys av vilken roll i tur och ordning den kliniska epidemiologin, "the patient centered clinical method", problemlösnings- och kommunikationsförmåga spelar för den allmänna kliniska kompetensen, formuleras antagandet, att inkännande kroppskännedom, kroppsempati ofta är nödvändig för att kunna tolka symtom. Kroppsempati är därmed ett viktigt element i den allmänna kliniska kompetensen. Insikt om betydelsen av kroppsempati blir därvid basen för allmänmedicin som en medicinsk specialitet.

Diskussion

Tibblin avslutade med en detaljgenomgång, som innehöll diskussion om avhandlingens titel, form, inledningen med dess definitioner och markeringar samt de enskilda texterna. Denna del blev mera en dialog mellan opponent och respondent. Här fick respondenten rika möjligheter att utveckla sin för en vid krets av allmänmedicinare välkända analyserande och resonerande stil, präglad av skarpa formuleringar.

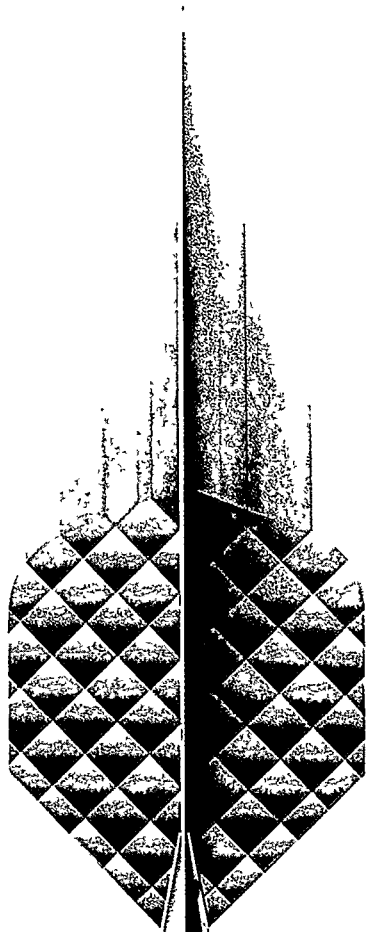
Författarpresentation

Mogens Hey, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen, Storgatan 2, 243 30 Höör.



Kirsti Malterud, nyutnämnd professor i allmänmedicin i Bergen och andra intresserade åhörare.

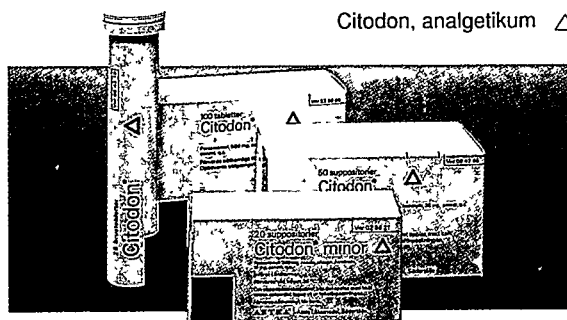


Citodon

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

Europeisk allmänmedicin i tabellform

Rapport från EGPRW-möte i Nottingham

ANDERS HÅKANSSON · JUAN GERVAS

EGPRW-möte i Nottingham

Sheriffen av Nottingham träffade jag inte. Däremot besökte jag hans slott. Robin Hood stod staty framför slottet. Vid foten av slottskullen låg "The Old Trip to Jerusalem Inn", landets äldsta. Det var i början av april, men redan sommarvarmt.

Tillsammans med RCGP

EGPRWs vårmöte var förlagt till Englands hjärta och samarrangerat med vårmötet för "Royal College of General Practitioners". Vi höll till på "University of Nottingham Medical School" i stans västra utkant.

Denna gång hade jag inget eget föredrag, utan kunde helhjärtat lyssna på andras. Britterna diskuterade sitt "New Contract". Man hörde både engagerade röster för och tveksamma röster emot. Det nya var inte särskilt nytt och det gamla var inte så illa. Här i Sverige heter det nya "husläkeri".

Europeisk allmänmedicin

Det i mitt tycke bästa föredraget stod Juan Gervas för. Juan är den nye ordföranden i EGPRW. Han pratar en gräslig, men mycket medryckande engelska. Efterhand förstår man den utan bekymmer. Hans föredrag handlade om den europeiska allmänmedi-

cinen. Han presenterade jämförande siffror från framför allt EG-länderna. Med hans tillstånd ger jag här en mycket innehållsrik, men möjligen inte helt lättläst, sammanfattande Tabell över det allmänmedicinska läget i Europa.

I tabellform

Jag har valt att varken komplettera eller rätta de ursprungliga uppgifterna. Exempelvis skulle jag kunnat komplettera tabellen vad beträffar de nordiska länderna. Självklart kan det diskuteras om den svenske allmänläkaren verkligen fungerar som portvakt. Jag har inte heller gått in på varifrån siffrorna härstammar, eftersom det skulle föra för långt. För den, vars nyfikenhet väckts av de givna uppgifterna, finns möjlighet att läsa Juan's artikel som kommer att publiceras i en engelskspråkig tidskrift.

Bli medlem i EGPRW

Avslutningsvis vill jag passa på att göra lite reklam för EGPRW och dess möten. Vi träffas två gånger per år, vår och höst, i olika europeiska länder. Oftast deltar ett 50-tal allmänmedicinare, ibland något fler. Mötena börjar på fredagsmorgonen och slutar vid lunchtid på söndagen. Många får möjlighet att presentera ett eget pro-

jekt, i idéform eller i slutversion. Efter presentationen vidtar en öppenhetig och opretentiös diskussion, som ofta väcker nya och fräscha idéer. Också gemensamma internationella studier diskuteras och stundom genomförs.

Det kostar 130 kronor per år

Funderar du på att bli medlem? Årsavgiften till EGPRW är endast 130 kronor. Du får då möjlighet till ett givande menings- och erfarenhetsutbyte med många forskande kollegor från hela Europa. Du får EGPRWs "Newsletter" ett par gånger om året och du får tips om olika forskarutbildningskurser. Dessutom får du möjlighet att prenumerera på den brittiska tidskriften "Family Practice" för halva priset. Tveka inte längre – ta kontakt med mig och anmäl ditt intresse för EGPRW! Vad förkortningen står för? – European General Practice Research Workshop.

Författarpresentation

*Anders Håkansson, svensk representant i EGPRW.

Juan Gervas, ordförande i EGPRW.

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

Tabell. En allmänmedicinsk jämförelse mellan olika europeiska länder, sedda från ett spanskt perspektiv.

Land (EG)	Sätt att avlöna läkaren	Organisationsform	Definierad population	Portvakt	Inväånare per allmänläkare	Andel allmänläkare (%)	Besök per normalveckan	Andel hembesök (%)	Besöksduration (min)	Andel remitterade (%)
Belgien	Ack	SP	Nej	Nej	613	46	135	46	11	3.8
Danmark	Kon	GP/SP	Ja	Ja	1492	25	98	7	6.4	6.4
Frankrike	Ack	SP	Nej	Nej	680	54	82	39	14	2.4
Finland	Lön	HC	Ja	Ja						
Irland	Kon	SP/GP	Ja	Ja	1587	42	135	17		4.2
Italien	Kon	SP	Ja	Ja	980	26	115	14	7.6	6.6
Jugoslavien			Ja	Ja	1428	42	188	6		6.4
Nederländerna	Kon	GP/SP	Ja	Ja	2325	18	141	19	9.1	4.4
Norge			Ja		1515	29	68	10		8.1
Portugal	Lön	HC	Ja	Ja	1639	23	81	1.5	8.2	5.6
Spanien	Lön	HC	Ja	Ja	2000	15	134	6	4.7	5.5
Storbritannien	Kon	GP/SP	Ja	Ja	1852	42	128	15	5.8	4.7
Schweiz	Kon	SP	Nej	Nej	1724	34	150	7		3.8
Sverige	Lön	HC	Ja	Ja						
Tyskland	Kon	SP	Nej	Nej	1960	18	220	16	9	5.5
Ungern			Ja	Ja	1282	24	200	11		3.5
Österrike	Kon	SP	Nej	Nej						

Huvudsätt att avlöna läkaren:

Ackord = lön efter prestation

Lön = fast lön

Kontrakt = lön enligt kontrakt, som kan vara utformat på olika sätt

Organisationsform:

SP = solopraktik

GP = gruppraktik

HC = hälsocentral

Lydnad eller ansvar – patienters syn på sin medicinering

MARGARETA FALLSBERG

I denna andra artikel fortsätter Margareta Fallsberg att redovisa resultat från sin forskning inom projektet "Ett patientperspektiv på hälsa, sjukdom och läkemedel". Intervjuundersökningen innefattar tre grupper av patienter med inbördes olika och långvarig läkemedelsbehandling (astmatiker, personer med högt blodtryck samt personer med värk). Den första artikeln beskrev dessa kroniskt sjuka människors tankar om mediciner och biverkningar. Denna artikel är en redogörelse för samma patienters tankar kring sin egen medicinering, sina avsikter och handlingar.

När det gäller dessa tre grupper av långvariga läkemedelsanvändares egen medicinering har analysen inriktats på att beskriva varför man tar sina tabletter eller ej. Resultaten visar att speciella strategier i sätten att handskas med medicineringen har starka samband med olika sätt att tänka och att detta tänkande varierar mellan patienter med olika sjukdomar. Dessutom föregås samtliga avsteg från läkarens ordination av övervägda personliga beslut.

Resultaten visar även att inom var och en av de tre diagnosgrupperna dominerar ett specifikt sätt att tänka kring medicineringen och förväntningar på kontakten med vård- och apotekspersonal. Astmapatienterna söker således trygghet genom sin medicinering och de önskar sig en konsult i vården. Blodtryckspatienterna är de mest följsamma patienterna och de söker någon som kan bekräfta deras hälsotillstånd. Värkpatienterna förhandlar med sig själva om medicineringen som sådan och de söker en terapeut i sin kontakt med vården.

Nyckelord: Följsamhet, kvalitativ analys, läkemedelsinformation, medicinering, patientkommunikation.

Bakgrund

Redan på de gamla grekernas tid anmärkte Hippokrates att patienter ofta ljuger, när de säger att de har tagit sin medicin (1). Detta, som vi kallar icke-följsamhet, har förblivit ett problem som inte lösts eller helt förstås under alla följande århundraden.

Modern forskning rörande följsamhet ökade starkt i omfattning under början av 1970-talet, men under de senaste fem åren har ökningen avstannat. Följsamhet definieras som i vilken utsträckning en patients beteende i hälsofrågor följer medicinska råd (2). Termen inkluderar tre olika aspekter: hålla besökstider, följsamhet till allmänna hälsoråd, samt följsamhet till läkemedelsordination. Här har jag endast studerat det senare.

Traditionell forskning

Traditionell teori kring följsamhet vilar på den omfattande forskning som genomförts kring utförandet av medicineringen. Där emot är människors tänkande kring sin läkemedelsanvändning eller forskning kring deras intentioner mycket lite studerad. Den traditionella forskningen, kring både kommunikation inom vården och patienters följsamhet, tar sin utgångspunkt i en medicinsk orientering och både problem och lösningar har definierats utifrån det professionella perspektivet. Sammantaget redovisar forskningen en mycket varierande följsamhet hos patienter. Vidare har man inte genom forskningsresultat kunnat definiera eller peka ut karaktäristiska drag hos en icke-följsam person (3–4) och icke-följsamt patientbeteende uppträder i alla sammanhang där medicinska råd och ordinationer förekommer.

Bland många forskare är man överens om att flödet i kommunikationen och interaktionen, samspelet mellan läkare och patient, är betydelsefulla för patientens handlande, till exempel att ta sina läkemedel på ett föreskrivet sätt. Utgångspunkten i forskningen blir att 'doktor' är avgörande för resultatet. I studier

rörande samspelet och kommunikationen mellan läkare och patient har man främst uppmärksammat faktorer som läkarauktoret, tydliga instruktioner, repetition av budskapet samt återkoppling (5–7). Åtgärder som grundar sig på dessa faktorer visar på bristfälliga kunskaper hos patienterna (8–10) och att kunskap inte automatiskt leder till större följsamhet, ej ens i ett kort tidsperspektiv (3, 11–13). En mängd yttre faktorer som läkarens vänlighet, empati och intresse anses också vara relaterade till följsamheten (3, 14–16).

Olika tekniker används för att stärka minnesfunktionen och klara av de problem som ren glömska för med sig (17–18). 'Tailoring' förekommer som strategi, det vill säga man söker att ta medicinen i samband med dagliga rutiner och därmed göra det till en vana. Vi har också tekniska hjälpmedel, som Dosetter.

Patientorienterad forskning

Sedan några år finns dock kritisk forskning av ett traditionellt följsamhetsbegrepp redovisad genom flera empiriska studier med patientens situation i centrum. Den patientorienterade forskningen har främst fokuserat ett självreglerande perspektiv genom patientens egna idéer, erfarenhet av effekter, uppnående av kontroll, testande av effekt eller anpassning till patientens livssituation. Stimson (19) var en av de första som i sin forskningsansats bytte fokus från det professionella perspektivet till det, i hans mening centrala, patientperspektivet. Ett traditionellt följsamhetsbegrepp har kritiskt diskuterats av bland andra Arluke (20), Conrad (21), Overgaard Larsen och Holme Hansen (22) samt Trostle (23). I Conrads studie från epilepsiområdet (21) framstår, att det som visar sig som ett icke-följsamt beteende ur ett medicinskt perspektiv, mycket väl kan vara ett faktiskt försök från patienten att nå kontroll över sin situation. Arluke (20) demonstrerar hur reumatiska patienter testar och bedömer effekten av föreskriven medicinering i skenet av egen kunskap och erfarenhet. Liksom i Arlukes studie återfinns ett testande av medicinens verkan hos danska astmapatienter (22). Resultaten från intervjuerna i Danmark med läkare och astmatiker åskådliggör hur patienter etablerar olika strategier för att utvärdera sin läkemedelsbehandling. På åttiotalet myntades också termen *intelligent non-compliance* (24) sedan man studerat följsamheten hos äldre personer.

Kommentar till forskningsresultat

Det mesta av den forskning som gjorts, visar således på mycket varierande följsamhet. En stor brist är emellertid, att trots omfattande forskning har vi ej kommit mycket längre än Hippokrates, det vill säga man har definierat problemet, men man har inte löst frågan om hur man kan påverka handlandet. Den bristen kan, som jag ser det, bero på att man inriktat sig på att i procenttal mäta *graden av följsamhet, inte på att ta reda på varför man tar sin medicin eller ej.*

När det gäller läkemedelsbehandling talar farmaceuter och medicinare ofta om *rationell läkemedelsanvändning*. Termen avser



rätt läkemedel, förskrivet till rätt patient, på rätt indikation, i rätt dos, vid rätt tid samt i rätt administreringsform och till rätt kostnad (25). Den rationella läkemedelsterapin definieras genom raden av dessa sju olika 'rätta' aspekter utifrån en teknisk och yrkesmässig syn, den fokuserar primärt på god farmaceutisk och medicinsk praktik – på god förskrivning. Denna beskrivning ger emellertid litet – eller inget – utrymme för patientens syn på vad som för honom eller henne är rationell läkemedelsterapi. Vid sidan av den tekniska rationaliteten innebär även patientens sunda förnuft, enligt Holme Hansen (26), ett rationellt tänkande.

I den patientorienterade forskningen ses patienten som en aktiv, handlande person, där erfarenheter och livssituation inkluderas i besluten. Människors idéer, värderingar och föreställningsvärld bildar en gemensam kultur för individen, dennes näraste och det samhälle de lever i. Det är i denna värld läkemedel brukas. Som jag ser det måste det ske ett möte mellan det professionella perspektivet och patientens perspektiv.

Projektbeskrivning

Mina egna forskningsresultat härrör från ett samarbetsprojekt mellan institutionen för pedagogik och psykologi, universitetet i Linköping och Apotekar-societeten (27–28). Projektet var utformat som en intervjustudie. Nittio patienter i åldrarna 50–80 år med ständig läkemedelsbehandling har deltagit i undersökningen, lika fördelade över astmamedel, värkmedel eller medel mot högt blodtryck. I medeltal har dessa personer använt läkemedel i knappt 13 år. Jag har bearbetat data med hjälp av en kvalitativ analys med fenomenografisk ansats, en forskning som syftar till att förstå den uppfattade världen (29–30).

Resultat som rör patienternas tankar kring mediciner i allmänhet och biverkningar har tidigare publicerats i denna tidskrift (31).

Jag har således studerat kroniskt sjuka patienters tankar om mediciner och medicinering utifrån ett patientperspektiv. Bland de intervjuade i patientgrupperna kan ytterst få skillnader utskiljas i tänkandet när det gäller mediciner i allmänhet. Däremot framstår i analysen stora skillnader mellan grupperna avseende strategier i handhavandet och tänkandet kring den egna medicineringen samt förväntningar på kontakten med vården.



Resultat

Medicineringsbeteendet och dess grunder

I denna studie görs en analys på två nivåer av hur man handskar med sina mediciner. Dels vad man har för avsikt med medicineringen (intentionen), dels hur man praktiskt tar sina tabletter (utförandet).

Intentionen

Intentionsaspekten kan beskrivas i fem huvudkategorier: a) Ore-flekterad följsamhet; b) Övervägd följsamhet efter en sjukdoms-relaterad reflektion; c) Sjukdomsrelaterad reglering; d) Schabloniserad minimering och e) Kombinationer av intentioner.

För kategori a) innebär det regelbundna användandet en ren åttlydnad. Man anser att vårdens ordinationer ska följas och man gör som doktorn säger. Några personer nämner själva ordet "lyda". I svaren finns en antydning om att man vill överlämna ansvaret till vården och själv förhålla sig mer passiv.

Jag litar ju på doktorn va'. Och ... jag kan liksom inte komma fram till att fuska med medicinerna. — Han skriver ut ett recept på en bestämd grej. Och då äter jag den. Ja då gör jag precis som dom säger. ... ja, Salures heter den. Och Tenormin. Ja, en om dagen, varje dag. Och det gör jag till 98 procent. Det sköter jag om. Det har jag fått order om. Då gör jag det.

En annan grupp patienter, kategori b), väljer en regelbunden form av medicinering genom att de är välinformerade och gör ett medvetet val att detta är bästa behandlingen, både för dem och för sjukdomen. Tidigare försök med minskning av doserna har givit dem erfarenheten att det är mödosamt att få tillbaka ett bättre välbefinnande. Jämför man kategori a) och b), kan b) sägas vara en följsamhet på högre nivå. Två citat av astmatiker som belyser denna hållning:

... jag får förmodligen det jag behöver för att må bra, för annars så skulle min kropp reagera på något sätt ... för vad har jag att välja på då, om jag inte mår bra. Då mår jag ju hellre så här och tar dom konsekvenserna då ... den dan dom kommer. /—/ Genom att man vill ju försöka att ge sjutton i medicineringen ... Ja, men det har jag slutat med .. det är ju bara självlplågeri.

Astmapatienterna tror att en upphörd total medicinering medför påtagliga konsekvenser i form av ett försämrat tillstånd med akut vårdbehov som följd. Man tror sig "stupa direkt" vid ett hastigt avbrott i medicineringen. Generellt ser blodtryckspatienterna följden av utebliven läkemedelsbehandling mer långsiktigt och på ett mer hypotetiskt, osäkert sätt, jämfört med astmapatienterna. En blodtryckspatient säger så här:

Nej. För att man vill ju liksom inte ... ja, förstöra någonting med att låta bli, utan det har varit punktligt det ... För jag vill inte återgå. Jag resonerar så här att jag förstår att hjärtat blir slitet av för högt blodtryck, så jag vill inte återkomma till det igen, utan jag måste .. försöka .. för hjärtats skull då ... Det förstär jag att det inte är bra ... när hjärtat går som en stånghammare—

Kategori c) innebär en avvikelser eller en anpassning, som är medgiven eller ej. Man lyssnar på sin sjukdom och anpassar sig, i hela eller delar av medicinering. Inom c) varierar personerna antingen inom en ordination (C1), eller att de har kommit fram till en avvikelse genom en egen bedömning (C2). Den senare uppfattningen kan givetvis bygga på kunskap, som man fått inom vården. Ett längre citat från en astmatiker som har behandlats för astma i 51 år.

I (intervjuaren): Den här Ventoline som du tar i apparaten /PARI-inhalator/. Hur ofta, eller när tar du den?

P (patienten): För det mesta blir det väl bara en gång om dagen. Jag bör ta två. Men det blir det aldrig ... Det är väl slöhet när man känner sig ganska bra så — så är det så mycket som kommer i vägen ... Nej det är egentligen inte tiden det tar att sitta där. Jag tycker väl det att, tjå, jag är ju ganska bra då. Men jag vet det är fel. Jag borde, därför att då kanske det blir att jag får spraya någon mer



gång i stället. Och jag tror att jag mår bättre av inhalationen än sprayning ... Alla fall mindre hjärtklappning. Så det blir skonsamma-re.

I: Den här kortisonsprayen, hur tar du den?

P: Morgon och kväll. För känner jag mig bättre en längre tid, då brukar jag minska lite på den. För då tycker jag lider ju inte av det då ... Jag menar det är, man hör ju det kan vara biverkningar på kortison. Och då tar man ju inte mer än man behöver ... När jag inte tagit på en tid, jo då känner jag hur det börjar att samlas, liksom. Att det blir tätare och tätare på ett annat sätt än anfall. Och jag får hosta och så där. Då tänker jag att nu har jag slarvat här ... Då tar jag, då blir jag ordentligare och tar som jag är ordinerad.

Kategori D är en icke-följsam medicinering, som inte är relaterad till sjukdomstillståndet utan till andra skäl. Schabloniseringen innebär alltid en minimering till skillnad från C, som även kan innebära ökning. Skäl till beteendet som framstår i svaren är till exempel kritik mot att ta mediciner i allmänhet, "vill inte bli fullproppad", "man ska undvika mediciner", eller mot medicinen i sig "det är gift". Ofta beskriver man i samtalen en diffus oro för inträffade eller oftare eventuella biverkningar. Det är främst värkpatienter som tänker på detta sätt och det kan sägas sålunda:

... försöker jag bara vila när jag kan. Jag menar ... man ska ju inte äta för mycket tabletter och tjafs, för då blir man ju ... förstör man ju hälsan då också.

De här personerna lyssnar inte till den speciella sjukdomens signaler. Sjukdomen blir ointressant och den generella minskningen bygger på en allmän syn på mediciner. Det finns med andra ord inget jämförelseobjekt till medicinens farlighet. En manlig astmatiker med Becotide spray i dosering 2 puffar 2 gånger dagligen och Bricanyl Depot tabletter med ordination 1 tablett morgon och kväll resonerar så här:

Och så tar jag ju mycket mindre medicin än vad jag egentligen får ta, eller ska ta. Men hur det än är, så är det ju jag som får ta konsekvenserna efter medicineringen. Det kan ju ingen doktor ta över än jag själv. Jag tar ju så lite jag kan ... Ja, jag har liksom ställt in mig nu. Nu tar jag Becotide. Och då bara på kvällen. Tar bara en puff. Och sedan på morgonen tar jag en kvarts tablett Bricanyl/Depot. Jag ska ju ta två om dagen.

I tankarna inom kategori D finns inget resonering om optimering, balans eller jämvikt, vilket skiljer kategorin från kategori C, reglering. Genom en konsekvent minskning av doserna tror personerna i D att man undgår de negativa effekterna av läkemedel.

Slutligen innefattar kombinationskategorin E ett tänkande med varierande intentioner. Bland annat är man mycket noga med att följa doseringen av särskilda preparat. För astmatikernas del är kombinationsstrategin klart dominerande. Här blir en ordinationsenlig användning av kortisonpreparat tydlig, trots att man i många fall har en uttalad rädsla för substansen.

Ett huvudsakligt intryck är emellertid att *samtliga fall av icke-följsamt beteende föregås av mer eller mindre övervägda personliga beslut.*

Utförandet

Jag har även försökt analysera olika utförandestrategier hos dessa icke-följsamma personer, det vill säga vad en egen minskning egentligen tar sig för uttryck. Glömska som orsak till icke-följsam medicinering, framstår inte som något stort problem bland dessa intervjuade kroniker. Minskar man dosen eller avstår helt, är detta i stället ett medvetet handlande.

Minimering sker genom att Reducera frekvens, Reducera dos, Periodicera samt Selektion, det vill säga visst val av preparat. Det innebär att man rent allmänt försöker att minska intaget av läkemedel. Detta sker genom att man glesar ut intagningsstillfällena, det vill säga reducerar frekvens, eller minskar intaget vid varje tillfälle, reducerar dosen. Man gör även mer genomgripande förändringar, exempelvis avstår från medicinering under

dagen men garderar sig till natten – man medicinerar vid vissa tillfällen men inte vid andra. En sådan periodicering är en systematisk omfördelning av doserna, inte bara att glesa ut tillfällena. Perioden kan vara till exempel ett dygn eller en vecka. En värkpatient säger om sin periodicering så här:

Nja, det är ju mest på kvällarna. Här på dagen tar jag ju så sällan då utan det är på kvällarna när man ska lägga sig. Så man ska kunna ligga. Så ibland då så sköljer jag ner dom med sprit då får att ska verka lite bättre. För jag är less.

Selektion innebär att man väljer något bland föreskrivna preparat och väljer bort andra, som då inte används alls. Ett citat:

Jag kan ju ta Premaspin och blir det inte bra av Premaspin tar jag Treon ... Jag ska se hur det blir, tänker jag ... jag gör återigen sommaruppehåll /med Plaquenil/. Läkaren, gode Gud förlåt mig, men läkaren tror ju att jag äter dom där Plaquenil, men det gör jag ju inte. För att man löser ut ett recept, då är det inte klart att man tar medicinen, det gör man ju inte ... men Treo kan jag äta som karameller.

Värkpatienterna uppvisar flest minimerande handlingar och även flest selektiva strategier.

Gruppnivå

Den här analysen som jag hittills talat om är gjord på individnivå. Jag var även intresserad av grupperna som sådana och det var möjligt att göra en gruppanalys för medicineringsbeteendet och vårdkontaktens karaktär. Resultaten visar, att inom var och en av de tre diagnosgrupper jag studerat, dominerar ett specifikt sätt att tänka kring medicineringen och förväntningen på kontakten med vård och apotekspersonal. Astmapatienterna söker således trygghet genom sin medicinering och de önskar sig en konsult i vården. Blodtryckspatienterna är de mest följsamma patienterna och de söker någon som kan tala om för dem hur de mår. Värkpatienterna förhandlar med sig själva om medicineringen som sådan och de söker en terapeut i sin kontakt med vården. Astmatikernas sökande efter säkerhet återspeglas i en dominans av intentionskategorierna övervägd följsamhet och sjukdomsrelaterad reglering. Det är endast tre av astmapatienterna som inte i något fall har detta tänkande. Av blodtryckspatienterna avviker endast en person från ett tänkande kring följsamhet till ordinationer. Bland värkpatienterna varierar samtliga patienter utom fyra på egen hand i sin medicinering.

Den trygghetssökande astmatikern

Astmapatienterna gör i största utsträckning ett övertänkt val av dosering i en balans mellan att kunna reglera sina "ömtåliga" symtom, det vill säga att kunna andas och försöka leva ett normalt liv. För dem är trygghetsmotivet i medicineringen mycket framträdande, till skillnad från de andra två grupperna. De reglerar medicineringen på ett sätt som tyder på att de väl lärt känna sin sjukdom. Deras strategi är oftast att söka upp den minimala läkemedelsanvändningen som krävs för att vara så besvärsfria som möjligt. Patienterna är överlag välinformerade och kompetenta att handskas med sin behandling. Dock accepterar man ett visst mått av obehag, ty tankar om eventuella biverkningar gör att man generellt vill ta in minsta möjliga mängd läkemedel. Vårdens budskap idag är att en astmatiker inte ska behöva acceptera några symtom, men man har inte nått dithän i denna grupp. Detta mål grumlades således av ett minimeringstänkande rörande mediciner.

Astmapatienterna utnyttjar i många fall en selektiv strategi rörande intaget av sina mediciner, det vill säga man resonerar olika när det gäller olika sorters preparat. Ibland har de kunskaper för att justera på rätt sätt, ibland fattas vetskap om till exempel skillnaden mellan bas- och behovsmedicinering.

Den förhandlande värkpatienten

Värkpatienterna bortser ofta från sjukdomstillståndet och lever med sina smärtor. De har en abstrakt syn på orsaken och "har bara värk". Då behöver de inte medicinera för sjukdomen utan bara för symtomet. Det ger dem ett förhandlingsutrymme om hur stort lidande man vill stå ut med.

Man mår ju inte bra av att äta en massa tabletter ... så kan man undvika så gör man ju det. Och är det någon annan sorts sjukdom och dom ordinerar en sådan medicin, att nu ska du ta så och så, då tycker jag man ska göra det. Men värk kan man väl alltid bita ihop ... det tycker jag.

Den följsamma blodtryckspatienten

För blodtryckspatienterna är följsamheten utmärkande. Några bildar en "lydnadsgrupp" där man följer regler, andra gör ett medvetet val att följa ordinationen. Det regelbundna handlandet överväger totalt. Här bör man dock observera att dessa personer har medicinerat under lång tid. I studien finns få nydebuterande patienter med högt blodtryck.

Det är väl bara att göra som läkaren säger. Äta ... Förut har jag fuskat men det går inte. Nu är det punktligt det med medicinen. Ja, det här har en ju tagit prick varenda dag ... Man lär ju tro på vad doktorn har sagt. Ja det är ju bara så.

Diskussion

Begreppet följsamhet

En kris kan sägas inträffa när forskningen inom ett område avtar och när resultat inte tillför något nytt, vilket har varit fallet med följsamhetsforskningen de senaste fem åren. Många forskare har ifrågasatt självrapportering som metod i forskningen kring följsamhet. De anser att tableträkning och olika kortmekanismer är mer trovärdiga metoder. Resultaten från dessa senare metoder ger emellertid inga anvisningar om hur påverkan kan ske. Trots ansträngningar har man inte lyckats hitta utmärkande egenskaper hos en icke-följsam person. Inte heller har man genom att variera utbildningsform i olika experiment kunnat påvisa något samband mellan kunskap och förändrat beteende under längre tid. Tekniska hjälpmedel (dosetter) ger en begränsad hjälp och problemlösning för en mindre grupp patienter, men de bidrar inte till att förstå följsamheten som företeelse. Jag tror att andra bevekelsegrunder har mycket starkare inflytande på handlandet. Bilden av en kris eller en återvändsgränd förstärks även av forskare som uppmanar till nya infallsvinklar och idéer (32).

Min utgångspunkt – baserad på studiens empiriska del – är att den uppvisade icke-följsamheten i samtliga fall är ett överlagt beteende. För det första visar denna studie tydligt att icke-följsamheten framstår som en övervägd hållning hos patienterna sedan de avvägt dels mellan förekomst av faktiska och/eller tänkbare biverkningar, dels mellan välbefinnandet och obehag av medicineringen. För det andra anser jag, att om vi ska vidta åtgärder i avsikt att öka följsamheten, bör dessa först och främst baseras på en närmare förståelse för patientens erfarenhet av sin sjukdom och medicinerings. En sådan förståelse resulterar sannolikt i andra och nya typer av åtgärder från personal i vården och på apotek.

Sammanfattningsvis menar jag, att följsamheten, eller bristen på den, inte är något glömske- eller lydnadsproblem. Följsamheten kan inte förbättras enbart med farmaceutiska och medicinska upplysningar utan här måste vi beakta patienternas tankevärld.

Resultaten från studien pekar på, att speciella strategier i sätten att handskas med medicineringen har starka samband med olika sätt att tänka. En viktig slutsats är att informationen bör utformas på olika sätt beroende på vilken patientgrupp man vänder sig till.



En utgångspunkt för patientkommunikation bör då vara en medvetenhet hos personal i vården och på apotek, om att olika grupper av patienter har olika strategier och förväntningar. Dessa tanketeman ger i sin tur speciella förutsättningar för patienternas sätt att ta till sig information. Ett sådant tanketema kan dels tjäna som vägledande grundstruktur i patientsamtal, dels vara något man hänvisar till när samtalet rör med detaljerade problem och hur man handskas med dessa. Vidare kan man ha i åtanke, att många människor bär på en negativ inställning till mediciner och ofta har en oro för och/eller en förväntan på eventuella biverkningar.

Avslutningsvis har jag här beskrivit det slag av tänkande som personer i hälso- och sjukvården samt på apotek kan möta. Vet vi hur människor tänker kring begrepp som är relaterade till sjukdom, behandling och mediciner, är vi bättre rustade att gå in i en dialog och förhoppningsvis kunna påverka hur människor tänker kring dessa begrepp. Vill vi påverka det sätt människor betar sig på, följsamma eller inte, måste vi rimligtvis börja med att påverka det sätt de tänker på.

Referenslista kan fås från författaren.

Författarpresentation

Margareta Fallsberg, receptarie och filosofie doktor, Apotekarstiftelsen.

Postadress: Box 1136, 111 81 Stockholm.

Rapport från vårmöte i Växjö, 14–16 maj 1992

CECILIA BJÖRKELUND · MALIN ANDRÉ

Tänk er en härlig majdag när björkens hyllen börjar knäppa och de musöronstora bladen snabbt växer till dubbel storlek! Fördubbla den och förlägg den dessutom till Växjö! Det var alltså ett fantastiskt majväder när SFAM, DLF och Kronobergs distriktsläkare hade sitt vårmöte i Växjö och 350 distriktsläkare tog chansen att lapa sol i pauserna i det vetenskapliga och fackliga programmet.

Inledning med Linné

Efter invigningen, då Mats Falk, distriktsläkare från Alstermo, berättade om 25 år som provinsialläkare och distriktsläkare, fick vi ta del av en mycket intressant och målande beskrivning av dr Linnés liv av Gun Leander, medicinjournalist i Stockholm. Linné var, förutom världsberömd botaniker, också zoolog, mineralog, forskningsresande och läkare. Han föreläste om sjukdomars förebyggande, predikade att det var mycket viktigt hur patienten levde och vad hon åt. Han snabbutbildade prästkandidater om hur man ute i bygderna skulle kunna förebygga ohälsa, genom att se till att människorna fick god luft, motion, sömn, föda, goda uttömningar och tillräckligt med sinnesrörelser.

Ryggbitar

Efter denna medicinhistoriska lektion föreläste Nisse Årman, distriktsläkare i Växjö, om hur man utarbetat ett vårdprogram för ryggpatienter i Kronoberg. Ryggbesvärens alltmer tilltagande del av sjukskrivningsorsaker och de ökade samhällskostnaderna för muskuloskeletala sjukdomar gör att diagnostik och omhändertagande blir allt viktigare. Ryggbesvär står för 30 procent av alla sjukskrivningsdagar; 10–15 procent av dem som söker på distriktsläkarmottagningen har symptom från rörelseorganen. Ryggont är ett klass- och könsproblem, risken för sjukskrivning för ryggbesvär är fem gånger större hos kvinnor. Troligtvis har belastningsbesvärerna mera att göra med stress än med den mekaniska be-



Vårmötesarrangörerna, upplädda dagarna till ära. Från vänster; Per-Anders Andersson, Håkan Cars, Christer Petersson, Anders Håkansson och Nisse Årman. Foto: Arne Elovsson.

lastningen på ryggen. Man förordade socialmedicinsk samordning och tidigt aktivt omhändertagande. De personer som är långtidssjukskrivna för ryggbesvär visar sig framför allt arbeta i yrken med kortare utbildning, de upplever arbetet som stressande och har inte möjlighet att påverka sin arbetssituation och de finner inte heller arbetet stimulerande. Vi fick också nya kunskaper angående magnetisk resonanstomografi och en del av oss förstod litet grand av hur resonansfenomenet kan utnyttjas för att göra fantastiska bilder av ryggraden där man ser allt. Tyvärr är det så att symtomfria patienter har förändringar i 25 procent på myelografi, i 30 procent på datortomografi och i 45 procent på NMR, varför slätröntgen fortfarande står sig väldigt väl i konkurrensen!

Ryggundersökningsfynd som tyder på icke-organisk genes är

- ytlig ömhet som inte följer anatomiska områden
- smärtsvar på skenbar undersökning såsom axial kompression och rotation utan fixering av bäckenet
- regional utbredning av svaghet eller känslobortfall som ej följer anatomiska gränser
- överreaktion vid undersökning (se foto!)
- ickekongruens, till exempel uteblivet smärtsvar, när Laséque provas sittande.



Ryggpatienten

Hur behandla patienter med ryggont?

I Bohuslän har distriktsläkare med handledning av psykolog genomfört samtalsbehandling av patienter med långdragna ryggbesvär. Patient och läkare träffades under 25 timmar. Det visade sig då att arbetssituationen bara var ett av väldigt många problem. Syftet med behandlingen var att bryta smärtafixeringen och ge patienten ord för sin livssituation. Distriktsläkarna upplevde att de på detta sätt kunde hjälpa patienten bättre än tidigare och att många av patienterna kunde återgå i arbete.

Fria föredrag

Under bägge eftermiddagarna serverades vi mycket intressanta sammandrag om aktuell allmänmedicinsk forskning, som väl illustrerade den allmänmedicinska forskningens stora bredd. Här är några axplock:

Patient som gjort väldigt många läkarbesök

Vendela Burnett-Englund berättade om två kvinnliga patienter som gjort väldigt många läkarbesök. Hon inledde med iakttagelsen, att inför den enskilde patienten har allmänläkaren med sin helhetssyn både generalistens bredd och specialistens djup.

Med hypotesen, att sexuella övergrepp i barndomen också leder till somatiska symtom, beslöt hon sig för att lära mer om sexuella övergrepp och samtidigt konfronterades hon med sitt eget äckel inför detta. "Patienten vet alltid vad doktorn tål". Med nyckelfrågan "Du som haft så ont jämt, hur hade du det som liten?" fick hon en ny anamnes om sexuellt utnyttjande under barndomen. Därefter följde nya behandlingssamtal, där patienten var mottaglig för upprättelse och alls inte berörde sina somatiska symtom.

Om fettet

Helena Stenberg, Umeå, presenterade ansatsen till sin avhandling, som är en originell tvärvetenskaplig studie, där fettets roll belyses. Dels historiskt i hälsoupplýsning, dels fettets relation till klass, kön, makt, dess roll som symbol och påtaglig överlevnadsmöjlighet. Dessutom ingår en enkätundersökning av 200 personer i Västerboten-projektet avseende salutogenetiska (hälsobringande) och patogenetiska faktorer. Denna kompletteras sedan med en kvalitativ undersökning med djupintervjuer av utvalda individer.

Graviditet som sjukdom

Anders Håkansson, Växjö, redovisade en studie av sjukskrivningsmönster hos gravida kvinnor. Alla kvinnor inom Växjö kommun som födde barn på Växjö lasarett 1989 studerades.

Sjuktalet för de gravida var nästan tredubbelt jämfört med de icke-gravida kvinnorna i samma åldersgrupp. Antalet sjukskrivna ökade mot slutet av graviditeten. Under de sista två graviditetsmånaderna var 80 procent av de gravida kvinnorna sjukskrivna någon gång. När utnyttjandegraden av sjukpenning, havandeskapspenning och föräldrapenning studerades sammantaget visades, att hälften av de möjliga försäkringsersatta dagarna utnyttjades under de sista två månaderna av graviditeten.

I Sverige är uttaget av föräldrapenning frivilligt under graviditeten med möjlighet att spara till efter förlossningen, medan det i många andra länder är obligat med uttag före förlossning. Samtidigt har kvinnorna i Sverige idag en internationellt sett enastående föräldraledighet både vad gäller längd och ekonomisk omfattning.

Mot bakgrund av studiens resultat föreslog Anders Håkansson, att det

också i Sverige införs obligatorisk föräldrapenning två månader före förlossning (med möjlighet att arbeta fram till förlossning, men då utan möjlighet att spara denna tid). Havandeskapspenningen skulle då avskaffas. Ekonomiskt belastar detta samhället i ringa omfattning, eftersom hälften redan är finansierat.

Kronisk smärta hos invandrare

Monica Löfvander, Rinkeby, berättade om hur hon försökt hantera sin frustration i mötet med grekiska invandrare, som sökt för kronisk smärta.

Efter att ha tagit del av tillgänglig kunskap, valde hon ut tolv av sina grekiska patienter och intervjuade dem i deras hem med semistrukturerat frågeformulär. I intervjuerna framkom tydligt patienternas dystra framtidsperspektiv, där det stod klart för dem, att de var oundvikligt drabbade och skulle försämrats fram till sin död. De intervjuade förlitade sig framför allt på passiva åtaganden och lade hela ansvaret på sin framtid på familjen, framför allt på barnen. Monica Löfvander undrade om denna syn var ett folkligt uttryck på "distress" och jämförde med uttrycket "the Mediterranean Back", som tolkats som en kulturbunden företeelse.

Dyspepsi – vad är det?

Symposiet blev ett spännande exempel på hur vetenskapliga fynd kan leda till ett paradigmskifte.

I Tromsø har en screeningundersökning med gastroskopi genomförts i befolkningen bland sammanlagt 2027 personer. Slutsatsen blev, att patologiska fynd vid gastroskopi saknar korrelation till aktuella symtom. Frekvensen gastrit, hernia och oesofagit är lika hög hos patienter med dyspepsi som hos individer utan symtom från magtarmkanalen. Svaret på frågan, varför patienten har ont i magen, kan alltså inte fås genom endoskopisk undersökning. När 1/3 av befolkningen har dyspepsibesvär, blir i stället de avgörande frågorna "Varför söker den här personen just nu?" respektive "Varför avstår individen från att söka för sina dyspepsibesvär?" Hans Graffner, kirurg i Helsingborg, berättade om endoskopifynd hos högkonsumenter av receptfria antacida. Bland dem fanns i klart förhöjd utsträckning både ulcus och esophagit, men de hade inte sökt sjukvård.

Hur behandla?

Risken när man underlåter att gastroskopera är överbehandling med H2-blockare. Detta visades i en undersökning i Trondheim. Distriktsläkare har en tendens att på anamnes överskatta förekomst av ulcus. En metod för att enkelt utvärdera behandlingseffekt

med H2-blockare presenterades. "Single subject trial" innebär att patienten får exempelvis tolv tabletter blint förpackade, där sex är placebo och sex innebär aktiv behandling. Patienter för dagbok över symtomlindring. Efter tolv dagar bryter läkaren koden tillsammans med patienten och då kan eventuell behandlingseffekt enkelt utvärderas.

Som slutlig rekommendation föreslogs gastroskopi hos patienter över 45 år med dyspepsibesvär. Hans Graffner menade, att som medicinsk behandling duger vad som helst, eftersom placebo-preparat har effekt i upp till 30-60 procent av sjukdomstillfällena.

Vetenskaplig presentation

Kurt Svärdsudd, professor i epidemiologi vid Allmänmedicinska institutionen i Uppsala, höll ett alldeles eget seminarium om vetenskaplig presentation, som var mycket instruktivt. Vi fick råd och tips om hur man skriver en artikel, hur man disponerar den och var man publicerar den. För dem som missade seminariet kan vi tipsa om att Allmänmedicinska institutionen i Uppsala ger kurser både på grundutbildningen och forskarutbildningen i samma ämne.

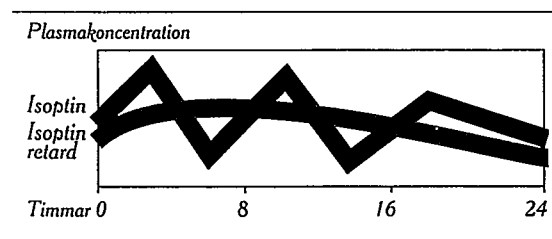
Barnens hälsa

På torsdagseftermiddagen gavs ett seminarium om "Hoten mot barns hälsa – vad kan värden göra?", där Lennart Köhler var moderator. I panelen satt Claes Sundelin, barnhälsovårdsöverläkare i Uppsala, Marianne Cederblad, professor i barnpsykiatri i Lund och Anne Hammarström, socialmedicinare från Luleå. De talade om olika ut-satta grupper, som barnhälsovården måste värna speciellt om. Vi ser för närvarande en ökning av allergier och diabetes, men riskgrupperna finns framför allt bland barn till invandrare och flyktingar och bland handikappade barn.

Det finns klara klasskillnader när det gäller känslomässig och språklig utveckling. Vi finner också en betydande överrisk för problematik i skolan bland pojkar från socialgrupp III. Kostvanorna är också sämre i socialgrupp III. I de högre åldrarna ser man att barnen i de yrkesförberedande klasserna äter den sämsta kosten, röker mest och har sämst alkoholvanor. Anne Hammarström beskrev yrkesarbetets betydelse för ungdomar och kunde också visa att arbetslöshet bidrar till ohälsa och att ett sätt att förebygga ohälsa i ungdomsgrupper är att ordinera arbete. Ytterligare ett sätt är att i gruppform stimulera ungdomars självkänedom. Det är skillnad på om man riktar sig till flickor eller pojkar, flickor behöver stärka självförtroendet, pojkar behöver lära sig relationskunskap.

Byt!

Att gå över från Isoptin® till depottabletten Isoptin® retard innebär jämnare plasmakoncentration under dygnet samt enklare medicinering för flertalet patienter.



Med Isoptin® retard uppnås dessutom god livskvalitet vilket bland annat

visas i den s k Everest-h-studien*) som omfattar 11.000 patienter i öppenvård.

Tala gärna med oss på Meda om du vill ha ett sammandrag av studien eller ytterligare information om skälen att byta till depottabletten Isoptin® retard!

*) Ref. Etude multicentrique évaluant l'efficacité antihypertensive et la tolérance d'Isoptine. LP. Act. Méd. Int L'Hypertension. 1990; 2.



Isoptin® retard

(verapamil)

Kalciumantagonist, depottablett 240 mg, vid hypertoni och angina pectoris.

Meda Kunskap Center erbjuder produkter, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi/IVA, Blod, Diabetes, Egenvård, Exokrina pankreassjukdomar, Hemsjukvård, Kardiologi, Nutrition, Oftalmologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta och Transplantation.

MEDA

Meda AB,
031-17 68 40

Man vet att föräldrarollen, samspelet mellan föräldrarna och deras hälsa spelar in på barnens hälsa. Positiva faktorer hos barnet som befrämjar hälsa är: lätt att få kontakt, empatisk förmåga och social självständighet. Viktiga omgivningsfaktorer är bland annat anknytningen till modern. Verksamheter som stimulerar anknytningen kan ge positiva effekter. Det sociala nätverket spelar också en stor roll – syskon, mor- och farföräldrar, grannar och vänner. Även förskola och skola kan ha egen, positiv effekt för barn.

Sammanfattningsvis konstaterade man dock, att barnen i Sverige mår bra. Vi ligger i topp i jämförelse med andra länder och Sverige är inte barnfientligt. Barnen har ett stort förtroende för föräldrar och lärare.

Själslig spis

På kvällen bjöds vi på en underbar konsert av "Växjö Läkartrio", som utgjordes av tre doktorer från Kronoberg – en av dem Mats Falk från Alstermo som tidigare omnämnts. Vi njöt av musiken och också av de fantastiska historier som Mats Falk lurade i oss.

Husläkare blir vi allihopa

Sjukvårdsminister Bo Könberg gästade Växjömötet, initierad, kunnig och talför, för att diskutera husläkarreformen. Diskussionen pyrde sedan i kaffepauser, under kvällsutflykt och fyllde lördagens DLF-möte. En blandning av förtjusning och undergångsstämning.

Bo Könberg såg 1980-talet som ett förlorat årtionde

Han föredrog huvudpunkterna från promemorian. Det är en nationell rättighetslag för individen, att fritt välja husläkare. Husläkare ska ha allmänmedicinsk specialitet och ha möjlighet att utfärda långremiss till specialistläkare för patienter med behov av tät sådan kontakt. Ersättning ska vara 75 procent kapitering efter antalet listade individer. Varje doktor får ha 1000–3000 personer på sin lista. Ersättning



Sjukvårdsminister Bo Könberg, strängt uppvaktad efter sin presentation av husläkarpromemorian. Foto: Arne Elovsson.

föreslås relaterad till befolkningens ålder, glesbygd och eventuellt socialt tyngda områden. För att få etablera sig som husläkare måste detta arbete vara läkarens huvuduppgift. Etableringsfrihet för husläkare ska råda.

I minimiåtagandet, som kan utvidgas regionalt, ingår mottagningsarbete, jour, hembesök, individuell prevention, samverkan med vårdgrannar, kvalitetssäkring och rapporteringsskyldighet.

Arbetet med husläkarreformen har gått oerhört snabbt. Nu ska promemorian ut på remiss över sommaren med planerad proposition i november 1992, för att sedan gälla från och med 1 januari 1993.

I diskussionen framkom många oklarheter i reformen:

- Det saknas incitament att behålla vårdkrävande patienter hos allmänläkaren.
- Det finns risk att förstöra det goda samarbetet med distriktssköterskor och vårdlagsorganisation i primärvården.

– Det finns svårigheter att arbeta deltid och få ut föräldraledighet.

– Det finns risk att socialt svaga grupper missgynnas bland husläkare. Hur utbildningssystemet ska integreras med husläkarreformen är oklart.

Vi hoppas på en bred och engagerad debatt under sommaren och hösten för att fylla dessa luckor.

Tack Kronoberg!

Två späckade dagar har vi här försökt komprimera. Den tredje dagen avslutades med Distriktsläkarförbundets årsmöte. Tack Kronobergs distriktsläkare för ett fint vårmöte!

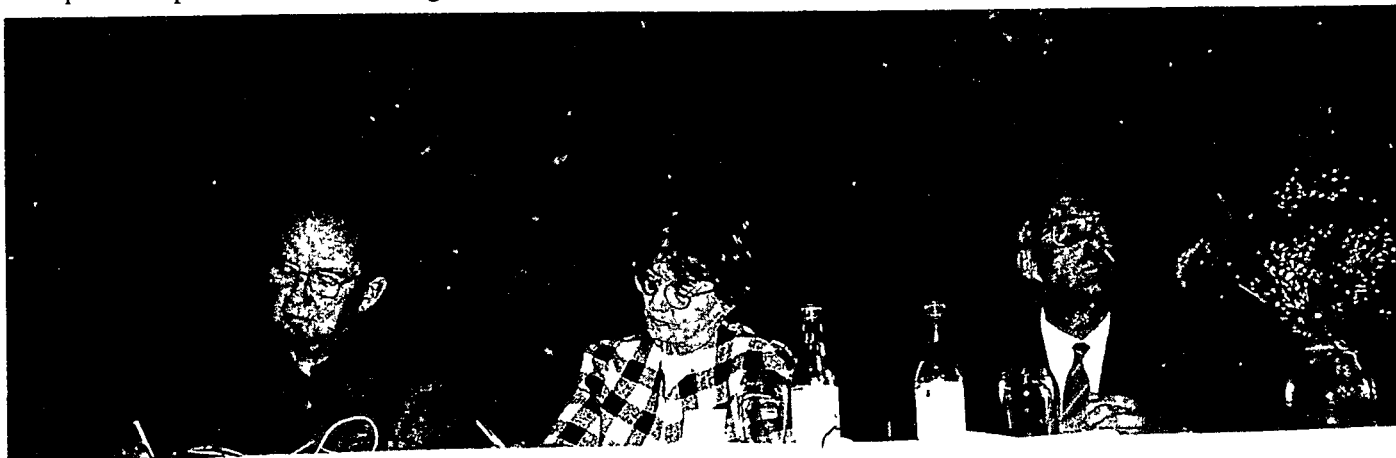
Författarpresentation

Cecilia Björkelund

Postadress: Allmänmedicinska institutionen, Redbergsvägen 6, 416 65 Göteborg.

Malin André

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



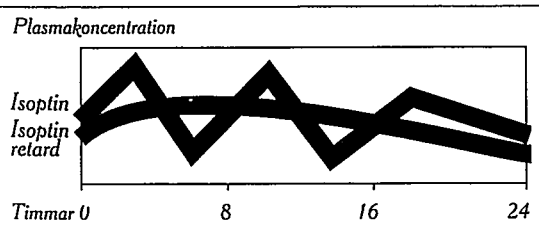
Några i panelen: Mats Ribacke, Malin André och Olov Svender. Foto: Cecilia Björkelund.

Bryt!



Att patienten står på 120 mg Isoptin® är inget skäl att inte byta till depottabletten Isoptin® retard.

Isoptin® retard är nämligen en 240 mg depottablett som är mycket lätt att bryta i två delar. Kinetiken förblir oföränd-



rad även när tabletten delas, vilket garanterar en jämn plasma-nivå

under dygnet även vid den lägre doseringen.

Tala gärna med oss på Meda om du vill ha ytterligare information om skälen att byta till depottabletten Isoptin® retard!



Isoptin® retard



(verapamil) Kalciumantagonist, depottablett 240 mg, vid hypertoni och angina pectoris.

Meda Kunskap Center erbjuder produkter, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi/IVA, Blod, Diabetes, Egenvård, Exokrina pankreassjukdomar, Hemsjukvård, Kardiologi, Nutrition, Oftalmologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta och Transplantation.

MEDA

Meda AB,
031-17 68 40

Hälso- och sjukvård för invandrare och flyktingar i Sverige (del 1)

Organisationsformer och somatiskt hälsoperspektiv

MONICA LÖFVANDER

Den snabba omvandlingen av Sverige från ett etniskt tämligen homogent samhälle till ett mångkulturellt, innebär att allt fler distriktsläkare i sin dagliga verksamhet kommer i kontakt med invandrare, flyktingar och asylsökande. Det är därför viktigt med viss kunskap om organisationen av hälso- och sjukvården för denna grupp samt medicinska hälsoproblem av framför allt psykisk art i samband med migrationen och likaledes seneffekter av tortyr. I två artiklar kommer dessa aspekter att tas upp.

Nyckelord: Invandrare, migrationsprocess, flyktingar, hälsoproblem.

På bara två decennier har Sverige förändrat karaktär från ett tämligen homogent etniskt sammansatt samhälle till ett mångkulturellt. Ungefär var åttonde invånare har idag sitt ursprung i annat land än Sverige eller har minst en förälder född utom Sverige.

Helt unikt är nu inte detta i vår historia eftersom Sverige under vissa århundraden haft ett mycket stort inslag av mestadels tysk och finsk befolkning. De senaste 30 årens invandring är dock till största delen varit av annan karaktär än tidigare i vår historia. Sedan 1950 har Sverige tagit emot flyktingar på den så kallade flyktingkvoten i enlighet med FN-konventionen. Denna kvot har de senaste 15 åren reglerats till 1250 flyktingar årligen. Därutöver har det kommit en stor andel arbetskraftsinvandrare från Finland, övriga nordiska länder och Sydeuropa. Med undantag av dem som kommit från de nordiska länderna, är denna invandring reglerad sedan 1967. De senaste 10–20 åren har strömmen av asylsökande till Sverige, liksom till många andra länder i Europa, varit stor. Detta avspeglar den ökade oroligheten i många länder med krigstillstånd, diktaturer och sociala omvälvningar. Alla som söker asyl i Sverige måste få sin sak prövad. Asylrätt har de som är konventionsflyktingar, de facto flyktingar, krigsvägrare och de som har starka humanitära skäl. Antalet asylsökande har varierat

starkt under åren, liksom vilka grupper som har dominerat flyktingvägen.

Flyktingmottagande

Flyktingmottagandet är i dagens läge organiserat så, att de asylsökande placeras på en utredningssluss – det finns fyra sådana i Sverige – efter det att de har sökt asyl hos polisen. Under vistelsen där får den sökande bland annat genomgå en hälsoundersökning. Tiden på förläggningen ska vara knappt en månad, men blir i praktiken längre. Efter utredningsslussen flyttas den asylsökande till en flyktingförläggning i väntan på beslut om uppehållstillstånd och kommunplacering. Vistisetiden där kan bli både ett och två år. När uppehållstillståndet är klart sker så kallad kommunplacering, det vill säga den accepterade flyktingen blir anvisad en bostadsort, vilket görs enligt ett visst kvotsystem. Asylsökande har, under tiden deras ärende behandlas, rätt till avgiftsfri sjuk- och tandvård vid akuta sjukdomsfall, förlösningssvård och vård i samband med abort. Efter det att uppehållstillståndet är beviljat, har de samma rättigheter till sjukvård som svenska medborgare.

Hälsövård

På utredningsslussen kallas den asylsökande till hälsoundersökning. Den är frivillig och klienten har också rätt att få veta vilka provtagningar som ingår och därefter avstå om han eller hon så vill. De allra flesta genomgår dock undersökningen, vilken i huvudsak syftar till att förbättra invandrans hälsotillstånd även om det också finns drag av kontroll för att förhindra smittspridning. Hälsoundersökningen syftar till att kartlägga behov av akut sjukvård och habilitering/rehabilitering. I huvudsak kan man konstatera, att en påfallande stor del av de asylsökande är somatiskt friska. Värk är den vanligaste problematiken, dock sällan med relevanta fynd. Hudförändringar och diffusa ögonbesvär är andra vanliga problem, liksom besvär från magtarmkanalen. I övrigt finns enstaka fall av tuberkulos, hepatit B samt tarmparasiter. De senare ger sällan subjektiva besvär.

HIV-smitta är inte helt ovanlig bland flyktingar från Afrika, där ju smittan är utbredd. Det har varit mycket diskussion om HIV-smitta i sig ska berättiga till asylrätt. Smittpreven-

tionen är resurskrävande och fordrar goda relationer till den smittade, vilken kan vara svår att genomföra på grund av flyttningarna mellan olika förläggningar och under den svåra nyetableringsfasen.

Bara ett fåtal invandrare är så sjuka att man kan avslöja det med enbart fysikalisk undersökning. Anamnesen ger ännu mindre hjälp. Det viktigaste har bedömts vara det personliga mötet, där man vid undersökningen kan få en allmän uppfattning om fysisk och psykisk hälsa. Dessutom kan man genom denna tämligen neutrala metod, öppna en möjlighet för flyktingen att själv göra sig bekant med den svenska sjukvården. Det ska betonas att dessa hälsoundersökningar, lika lite som annars, ska genomföras så att de skapar eller ökar en sjukdomskänsla och de ska inte heller ge sekundär sjukdomsvinst. Sällan ges på denna nivå mer medicinsk hjälp än mot intestinala infestationer.

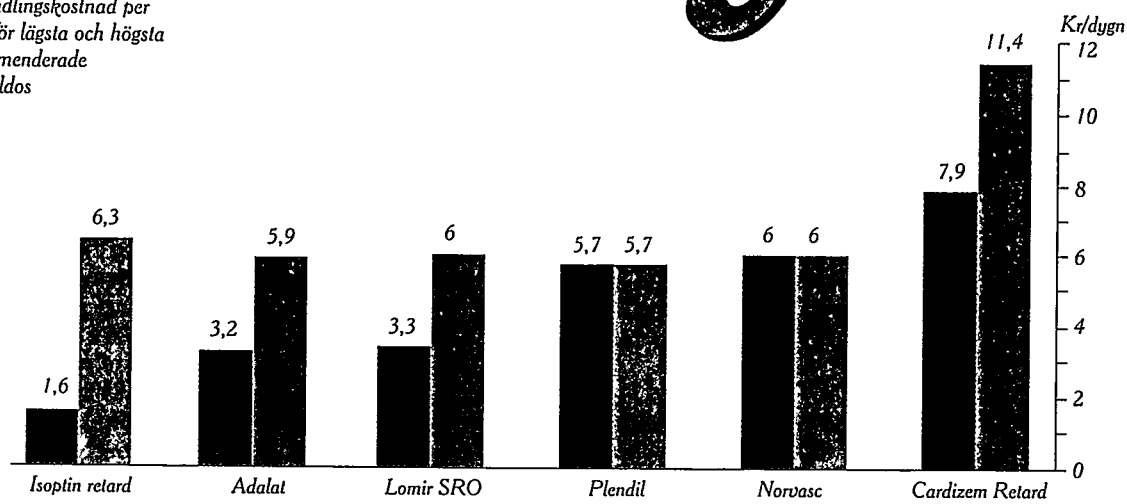
Flyktingmedicinskt centrum

Ett flyktingmedicinskt centrum (FMC) finns i Linköping. Detta är den enda kliniken i landet, som koncentrerat hela sin verksamhet på flyktingar och asylsökande, som ej fått uppehållstillstånd. Dit remitteras de som har mer komplicerade skador, kräver avancerad sjukhusvård, har frakturkomplikationer, amputationsskador och paretiska tillstånd. De flesta är krigsskadade. FMC tar inte emot patienter med psykiatrisk vårdbehov. De flesta patienterna har naturligt mer eller mindre uttalade krisreaktioner varav en del också kombineras med depressiva reaktioner över att vår avancerade sjukvård inte kan restituera uppkomna skador. Andra problem som inte är ovanliga är neurotiska förlamningar och kramper samt komplicerade förlösningar till följd av kvinnlig omskärelse. Hyperemesis är vanligt hos gravida asylsökande.

Som nämnts, finns inte liknande vårdcentrum för flyktingar med psykiatrisk avancerad vårdbehov vilket är en stor brist. De som behöver sjukhusvård behandlas därför på vanliga psykiatriska kliniker, där vanan vid att handskas med denna form av problematik är varierande. Undantaget utgörs av Enheten för Transkulturell Psykiatri vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Skryt.

Behandlingskostnad per dygn för lägsta och högsta rekommenderade normaldos



Att byta från Isoptin® till depottabletten Isoptin® retard innebär god livskvalitet^{*)}, jämnare plasma-nivå under dygnet samt enklare medicinering för flertalet patienter.

En ytterligare fördel konstateras av Läkemedelsverket i en prisjämförelse mellan olika kalciumantagonister som används för behandling av hypertoni (Information från Läkemedelsverket nr 5/91 och 1/92).

Där visar det sig att Isoptin® retard är det billigaste originalpreparatet, en viktig fördel inte minst med tanke på sjukdomens vanlighet och den långa medicineringstiden.

Kontakta oss på Meda så sänder vi gärna en kopia av hela prisjämförelsen.

^{*)} Ref. Etude multicentrique évaluant l'efficacité antihypertensive et la tolérance d'Isoptine. LP. Act. Méd. Int L'Hypertension. 1990; 2.



Isoptin®

(verapamil)

Kalciumantagonist, depottablett 240 mg, vid hypertoni och angina pectoris.

Meda Kunskap Center erbjuder produkter, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi/IVA, Allergi, Diabetes, Egenvård, Exokrina pankreassjukdomar, Hemsjukvård, Kardiologi, Nutrition, Oftalmologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta och Transplantation.

MEDA

Meda AB,
031-17 68 40

Barnens situation

Ett av de känsligaste måtten för att mäta grupper av barns allmänna näringsstillstånd är att mäta deras kroppslängd. Den första tiden i Sverige avspeglar kroppslängden de sociala villkoren i hemlandet. Skillnaden gentemot svenska barn blir efter ett par år helt utjämnad. Det finns egentligen bara två briststillstånd man över huvudet taget behöver tänka på hos invandrar/flyktningbarn och det är rakit och järnbrist. De mörkhyade flyktningbarnen har ett ökat behov av AD-droppar särskilt under de mörka vintermånaderna och AD-droppar ges så snart de anländer till en förläggning. Barnen från Mellanöstern, Chile och asiatiska länder har ofta järnbrist beroende på järnfattig avväjningskost. Chilenska barn tycks utgöra en speciell riskgrupp för att utveckla fetma. Tjugo procent är överviktiga redan efter ett par månader och 40 procent efter 18 månader jämfört med fem procent av svenska barn.

Det enda somatiska hälsoproblemet av utbredd art är kariesangrepp. Det gäller främst vissa grupper av barn från Chile och Mellanöstern (1).

På grund av att tidsperspektivet är så kort hos barn, är det viktigt att den ges prioritet vid hälsoundersökningarna på förläggningarna. En del dolda kroniska sjukdomar och handikapp som uppstått eller förvärrats under de senaste månaderna, då familjerna inte har kunnat söka sjukvård för barnen kan på så sätt upptäckas. Enligt Socialstyrelsen ska asylsökande barn erbjudas all sjuk- och tandvård, som inte kan vänta mer än sex månader utan risk för att tillståndet förvärras. Det innebär i praktiken så gott som all barnsjukvård. Denna regel åsidosätts inte sällan på många orter i Sverige.

Infektioner

Allvarliga infektioner är mycket ovanliga. Banala infektioner däremot förekommer ofta. Vaccinationsstatus förbättras med polio- och BCG-vaccinering. Hepatit B-smittsamhet kan föranleda vaccination av övriga familjemedlemmar, men görs för närvarande inte rutinemässigt. Numera är den allmänna rekommendationen, att gammaglobulin ska ges till alla barn, även de i förskoleåldern, som åker på besök till föräldrarnas ursprungsland. Risken för smittspridning vid subklinisk hepatit-A-infektion hos återvändande daghemsbarn är annars stor. Ett flertal utbrott av sådana daghemsepidermier finns rapporterade.

Barnhälsovården

Barnavårdscentralerna utnyttjas i hög grad av invandrarfamiljerna eftersom de är lättillgängliga. Den indelning i hälso- och sjukvård som vi har i Norden, är svårbegriplig för många in-

vandrare. Följaktligen har man på vissa ställen integrerat verksamheter. En annan svårighet för flyktingar/invandrare är det svenska medicinska synsättet med dess tonvikt på avmedikaliserande av banala sjukdomstillstånd, till exempel undvikande av antibiotika. Detta kan i vissa fall leda till konflikter mellan personal och vårdso- kande föräldrar. Dessa konflikter försvårar förmedlandet av en, enligt vårt synsätt, adekvat vård och gör att ett visst missnöje med sjukvården finns och är vanligt hos invandrarföräldrar. Så anser till exempel personalen ofta att invandrare söker i onödan för sina barn. Vi måste emellertid ha klart för oss, att det råder olika värderingar om till exempel febertillståndets farlighet, betydelsen av övervikt och psykosomatiska besvär.

Problem under den yrkesverksamma perioden

Det finns inte någon samlad bild av hälsotillståndet bland invandrare i Sverige. I brist på annat mått används i stället förtidspensionering och långtidssjukskrivning som mått på ohälsa. Denna sjukfrånvaro ska egentligen spegla arbetsförmåga på grund av sjukdom, men en rad andra faktorer bidrar till en mer komplicerad bild. Så kan till exempel funktionsnedsättning i ett visst yrke medföra arbetsförmåga, medan så inte är fallet under andra arbetsförhållanden. Därför är det nödvändigt att ta hänsyn till individens rörlighet på arbetsmarknaden. Där utgör bredden på utbildningen en viktig faktor liksom naturligtvis språkligt kunnande. Riksförsäkringsverket i Stockholm har gjort en kartläggning av sjukfrånvaron för 1988 uppdelad efter medborgarskap (3). Utländska medborgare hade då 70 procent högre sjukfrånvaro än svenska medborgare. Den högsta sjukfrånvaron finns bland de sydeuropeiska invandrarna. Denna grupp består huvudsakligen av greker och jugoslaver. Deras sjukfrånvaro ligger 180 procent över den svenska varav kvinnorna står för den absolut största andelen. I så gott som alla grupper av medborgare är det alltid cirka 30 procent som aldrig har en enda sjukdag under ett år. I åldern 50-54 år är drygt 10 procent av svenskar- na, både män och kvinnor, förtidspensionerade. Bland finska invandrare är siffran nästan 30 procent för både män och kvinnor och bland greker 85 procent för kvinnorna och 75 procent för männen. Dessa förhållanden avspeglar inte bara arbetssituation och brist på utbildning, utan sannolikt även attityder till arbete, könsroller och ålder (4). Andelen flyktingar bland förtidspensionärerna är förhållandevis få. De långtidssjukskrivnas och förtidspensionerades diagnoser rör sig i mycket stor utsträckning om smärttillstånd i

rörelseorganen och depressioner. Till skillnad från exempelvis Tyskland, finns det inte någon säker översjuklighet i hjärt-kärlsjukdomar, ulcus duodeni/ventriculi eller cancerformer bland invandrarna i Sverige. Statistiken över slutenvårdskonsumtionen kan också vara vägledande när det gäller sjukligheten bland de icke-svenskfödda. Där är finska män i särklass med en mycket högre slutenvårdskonsumtion än andra grupper. Detta gäller både internmedicin och allmänkirurgi av vilken den sistnämnda också utnyttjas i hög grad av sydeuropeiska kvinnor och kvinnor från andra icke-industrialiserade länder.

Äldre invandrare

Att åldras i ett främmande land innebär speciella svårigheter. När minnet sviktar, tappar man det sist inlärd språket. Saknaden efter det gamla och välkända blir större. Rörelsesvårigheter ökar isoleringen (5).

År 1988 fanns det i Sverige cirka 100.000 invandrare över 65 år. En fjärdedel av dessa var från Finland. År 2000 beräknas gruppen av äldre invandrare utgöra 120.000 - 140.000 individer. För närvarande bor nio procent på någon form av institution. De försök som hittills gjorts att starta gruppboende för språk- och kulturgrupper har varit svåra att genomföra. Bäst har man lyckats i Rinkeby, den stadsdel i Stockholm, där majoriteten av befolkningen har icke-svensk bakgrund. Där har man aktivt rekryterat tvåspråkig personal och har sedan några år gruppboende för bland annat spansk- och finsktalande. Inom hemtjänsten finns samma mönster med tvåspråkig personal. Detta sätt att organisera har hittills inte lyckats inom sjukvården.

Det finns inga tendenser till att de unga invandrarna i Sverige skulle ta mer hand om sina äldre släktingar i hemmen än vad svenskarna gör. Inte heller vill de äldre invandrarna ligga sina barn till last. Det blir därför en angelägen uppgift att för framtiden planera för de äldre invandrar- nas speciella vårdbehov.

Referenser

1. Mjönes S, Rombo L. Somatisk hälsa hos invandrarbarn. Stockholms läns landsting. Rapport från Primärvårdens Utvecklingsenhet i Sydvästra sjukvårdsområdet. 1987;8.
2. Hjern A. Är invandrarbarn sjukare än svenska barn? Ur: Flyktingar och invandrare i sjukvården. Stockholm: Spri 1991;186-201.
3. Underlagsrapport från storstadsutredningen. Ur: Invandrare i storstad. Stockholm: SOU 1989;111:134-5.
4. Löfvander M. Att arbeta och må bra - en kulturfråga? AllmänMedicin 1991;12:76-81.

5. Koranyi EK. Immigrant's adaptation in aged population. Ur: Eitinger L, Schwartz D. Strangers in the world. Bern: Hans Huber Publishers, 1981:220-32.

Författarpresentation

Monica Löfvander, distriktsläkare.

Postadress: Enheten för transkulturell primärvård, Rinkeby vårdcentral, Skårbygränd 3, 163 72 Spånga.

Nytt utbildningsmaterial för distriktsläkare

Magsårssjukdomar heter ett nytt utbildningsmaterial från Apoteksbolaget. Det är ett interaktivt dataprogram, som kan köras på de flesta persondatorer.

Dataprogrammet är från början framtaget för fortbildning av distriktsläkare i Storbritannien, där den engelska versionen av **Magsårssjukdomar** har prövats av hundratal distriktsläkare och mottagits mycket positivt. Vi har fått möjlighet att ta fram en svensk version för Apoteksbolagets räkning. Det sker på licens från Skottland och är anpassat till svensk terapitradition av en svensk gastroenterolog. Vi vill nu introducera programmet i Sverige.

Är Du intresserad? Vänd Dig till närmaste apotek så beställer de hem materialet till Din vårdcentral. De har även möjlighet att ställa upp med viss handledning.

Röntgenremisser på en vårdcentral

PER WÄNDELL

Under sex veckor februari-mars 1991 samlades alla inkomna röntgenremissvar (165 st) på distriktsläkarmottagningen på Åkersberga sjukhus. De vanligaste undersökningarna var lung- (22 procent) respektive ländryggsröntgen (10 procent). I 10 procent noterades positiva fynd som ledde till någon aktiv åtgärd. Frågeställningen på remisserna kunde i vissa fall vara mer genomtänkta och preciserade (i 13 procent var frågan "patologiskt?").

Nyckelord: Distriktsläkare, könsfördelning, primärvård, röntgenremisser, åldersfördelning.

För att få en uppfattning vilka röntgenundersökningar vi från vårdcentralen beställer och vilket praktiskt kliniskt utbyte vi får av svaren insamlar-

des alla röntgensvar som inkom under en sexveckorsperiod. Syftet var att göra en allmän kartläggning av röntgenremitteringsmönstret och det praktiska utbytet.

Metod

Undersökande röntgenavdelningar finns på Täby sjukhus (vårdcentral och långvårdssjukhus med vissa specialistmottagningar) och Danderyds sjukhus (centrallasarett) – 20 respektive 25 km från Åkersberga.

Åkersberga vårdcentral betjänar Österåkers kommun med 32.000 invånare – på vårdcentralen finns sex distriktsläkartjänster och tre utbildningstjänster. Därtill finns barnläkarmottagning med tre barnläkartjänster.

Under den aktuella tidsperioden kopierade läkarsekreterarna samtliga inkommande röntgenremissvar, vilket gav en enkel och säker insamlingsrutin. Remisserna har klassificerats efter frågeställning, genomförd undersökning och erhållet svar, vidare efter re-

mitterande läkare och efter patienternas ålder och kön. Granskning av journaler har sedan genomförts för att se om svaret föranledde någon aktiv åtgärd.

Resultat och kommentarer

Av de 165 remisserna var 28 akuta (13 män och 15 kvinnor) och 137 icke-akuta (69 män och 68 kvinnor). De flesta undersökningar skedde i åldrarna 40–59 år (toppen för männen låg i åldrarna 50–59 år och för kvinnorna 40–49 år), endast 12 personer var under 20 och fem över 80 år. I yngre åldrar dominerar de akuta undersökningarna (0–15 år: 6 av totalt 6; 16–24 år: 6 av totalt 12) och i äldre åldrar de icke-akuta (66 år och uppåt: 20 av totalt 21). De tio vanligaste röntgenundersökningarna framgår av tabellen.

I gruppen "övriga" ingår bland annat ultraljud av buk som utfördes i fem fall (medelålder 65 år). Här ingår också röntgen av thoraxskelett, bröstrygg, höfter, armbåge, sinus, halsens mjukdelar, ventrikel, oesophagus och

Tabell. Röntgenremisser på en vårdcentral. Under en sexveckorsperiod återkom 165 röntgenremisser med svar på 191 undersökningar.

Undersökning	Antal	Andel (%)	Andel akuta (%)	Medelålder (år)	Andel avvikande svar (%)	
					Totalt	Som föranledde aktiv åtgärd
Lungor	42	22	2	64	45	10
Ländrygg	19	10	0	43	84	0
Fot och fotled	15	8	80	25	33	13
Hand och handled	15	8	40	37	47	20
Knä	15	8	13	49	40	7
Urografi	13	7	0	43	38	23
Colon	11	6	0	54	45	9
Halsrygg	10	5	30	40	30	0
Axel	9	5	11	46	44	11
Bäcken	8	4	13	52	50	0
Övriga	34	15	15	53	53	15
TOTALT	191	101	16	49	51	10

cholecystografi. Därtill utfördes en datortomografi av buken och ett scintigram av thyreoidea.

Den dominerande frågeställningen för akutremisserna (där extremitetsundersökningar begärdes i 23 av 28 remisser) var fraktur eller inte och i tre fall konstaterades en fraktur.

Av 61 icke-akuta skelettröntgenundersökningar var 56 föranledda av smärta, värk eller ömhet. För lungundersökningarna gällde i 24 fall frågan hjärtstorlek och/eller lungstas, i 20 fall lungparenkymförändring och sju fall malignitet. Utfallet blev här hjärtförstoring och/eller svikt i elva fall, lungförändringar i sex fall och pleuraförändring i fyra fall. Av de elva colonundersökningarna föranleddes sex av positiv f-Hb och ytterligare tre av anamnestiskt blod i avföringen. Av de 13 urografierna utfördes sex på grund av hematuri och tre på grund av recidiverade infektioner.

Könsfördelningen för de olika undersökningarna var i de allra flesta fall jämn. Kvinnlig dominans förekom i icke-akuta undersökningar av halsrygg, axel, armbåge och handled/hand (17 kvinnor mot endast 5 män), manlig endast för knäundersökningar (10 män mot 5 kvinnor).

Därtill skilde sig patientfördelningen mellan de manliga och kvinnliga läkarna. De manliga läkarna stod för lejonparten av remisserna, 131 av totalt 165, det vill säga 79 procent (varav 74 män och 57 kvinnor) mot de kvinnliga läkarnas 34 (8 män och 26 kvinnor). Av de icke-akuta remisspatienterna hade de kvinnliga läkarna tre män kontra 18 kvinnor. Endast en av läkarna hade övervikt av patienter från motsatt kön, en vikarierande manlig distriktsläkare med 13 män kontra 18 kvinnor.

Diskussion

Det går inte av denna studie att avgöra om antalet röntgenundersökningar är relevant, men den inbjuder dock till en del reflektioner.

Andelen positiva relevanta fynd, det vill säga ett positivt röntgensvar som lett till en åtgärd, bedömdes vara 12 procent av antalet remissvar (eller 10 procent av antalet undersökningar), dock föreligger skillnader mellan de olika undersökta organen. Naturligtvis kan även ett negativt röntgenfynd vara av mycket stort intresse och det behöver inte innebära att undersökningen varit onödig (1). Det går ej att utläsa i hur många fall patienternas påtryckningar drivit fram undersökningen – i ett fall utfördes dock en colonröntgen på grund av en uttalad oro hos patienten och det negativa utfallet ledde till en påtaglig lättnad. En undersökning kan således vara av stort psykologiskt värde, vilket måste beaktas i indikationen. I andra fall kan

dock ett betydelselöst positivt svar, till exempel degenerativa förändringar på ryggröntgen (i de flesta fall "normala" för åldern), övertolkas kliniskt och få negativa konsekvenser i form av bekräftelse på en "sjuk rygg".

De akuta undersökningarna ter sig lättast att värdera, den klart dominerande frågeställningen var fraktur eller inte. Det kan noteras att alla de tre frakturerna skickades för röntgenundersökning på Danderyds sjukhus, som har ortopedkirurgisk akutmottagning – annars sändes de flesta patienterna till Täby sjukhus som enbart rymmer vårdcentral och långvårds-sjukhus. Undersökningarna ter sig som helhet väl motiverade – naturligtvis kan avståndet till röntgenavdelningarna (20–25 km) mana till en väl genomtänkt klinisk bedömning.

Vad gäller de icke-akuta undersökningarna finns däremot mer att diskutera. Frågorna på remisserna var inte lika klart formulerade som vid de akuta undersökningarna, i många fall bara allmänt "patologisk förändring?" (21 remisser, 13 procent). Enligt boken "Röntga lagom" bör en princip vara att röntgen ska vara patient- och diagnosrelaterad och frågeställningen avhängig av detta (1). Nyttan av det stora antalet lungröntgenremisser kan också ifrågasättas, så anges i en färsk artikel i Läkartidningen (2) att värdet av hjärtlungröntgen efter hjärtinfarkt prognostiskt är ringa. Därtill ger de många ländryggsundersökningarna föga, i de flesta fall påvisas degenerativa förändringar som har liten klinisk relevans (3) – endast tre av 19 undersökningar bedömdes som normala! Och av 38 undersökningar utförda på ryggrad och thoraxskelett ledde endast ett till någon aktiv åtgärd!

Åldersfördelningen skilde sig markant mellan akuta och icke-akuta undersökningar vilket knappast överraskar. Yngre är mer aktiva framför allt vad gäller fysisk aktivitet och drabbas av fler skador. Annars skedde de flesta undersökningarna i den övre hälften av de yrkesaktiva åren, för att minska i åldrarna kring 65 (framför allt för kvinnor) och sedan öka igen efter 70 års ålder. Troligen beror den åldersfördelningen på att de yrkesrelaterade belastningssjukdomarna förlorar sin kliniska relevans vid pensionsåldern (medelåldern för röntgen av halsrygg, ländrygg och axlar ligger på 38–46 år). Lungundersökningarna däremot ökade med åldern, men anmärkningsvärt är att för kvinnor utfördes lika många undersökningar i åldern 40–49 år (där samtliga undersökningar var normala!) som i 70–79 år – för männen utfördes endast två undersökningar före 50 års ålder och resten med stigande frekvens upp till åldern 70–79 år.

För övrigt kan noteras att ventrikel-

undersökningarna var få, gastroskopierna har här tagit över helt. Därtill förekom endast en gallröntgen, här tycks dels frekvensen gallundersökningar ligga lågt, dels ultraljudsundersökningar utföras i första hand.

De enskilda läkarna har säkerligen olika rutiner och bedömningsgrund för begäran av röntgenundersökningar, men materialet är för splittrat för att närmare kunna undersöka detta. Dock kan noteras att thoraxskelett i fyra av de fem fallen begärdes av samme läkare. En av läkarna har också genomgående frågat efter "patologiska förändringar?" i stället för att precisera sig.

Könsfördelningen är intressant, med lika många män som kvinnor. I andra sammanhang noteras att kvinnor dominerar bland patienter på distriktsläkarmottagningar med cirka 60 procent (4). Är männen sjukare då de väl söker, eller negligeras kvinnors symtom? Det förekom klara könsskillnader endast i ett fåtal undersökta organ – kvinnor söker oftare än män för belastningsbesvär från halsrygg och axlar och utvecklar även tidigare artroser i händer och handleder.

En ansamling av patienter till läkare med samma kön föreligger, mest markant för de icke-akuta remisspatienterna, där valmöjligheten är större. Detta är säkerligen en effekt av att kvinnor i vissa fall föredrar en kvinnlig läkare (4). De manliga läkarna röntgade klart mer än de kvinnliga – denna snedfördelning beror bland annat på att de kvinnliga läkarna varit färre än de manliga (fem kontra sju), oftare arbetat i underläkarställning (vilket inneburit fler akuta fall, yngre patienter och färre utredningsfall) och även oftare arbetat deltid.

Sammanfattningsvis borde indikationerna för röntgenundersökningar vara mer genomtänkta och frågeställningarna mer preciserade, baserade på en noggrann klinisk bedömning. Boken "Röntga lagom" av Staffan Cederblom ger ett gott underlag för diskussion härvidlag och rekommenderas till aktiv användning (1).

Referenser

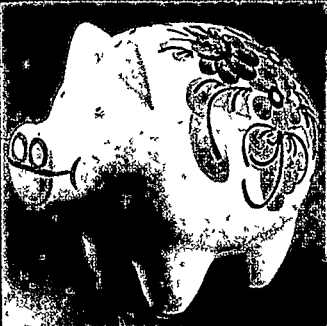
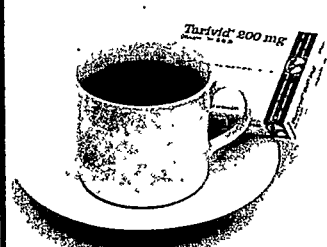
1. Cederblom S. Röntga lagom. Remissråd och röntgenfakta. Lund: Studentlitteratur, 1980.
2. Hornestam B et al. Hjärt-lungröntgen efter hjärtinfarkt av ringa värde för bedömning av prognos. Läkartidningen 1991;88:2390–2.
3. Nachemson A. Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: SBU, 1991.
4. Wändell P. Läkares kontra patienters kön – litteraturstudie. AllmänMedicin 1991;12:266–70.

Författarpresentation

Per Wändell, distriktsläkare.

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

KORSORD NR 2 FRÅN TARIVID®/HOECHST

FISKNOT, BENDEL OCH SLÅR VI OFTA	↓ FÄCK FÖR IND.- TJ.MÄN	↑ EN TAPET- LÄNGD	↑ SPÄNS- TIG SMET	↑ UT- VECKLAS TILL	DAM- PLAGG	LÄRDES HEM- ORT	UNDER- SÖKER	↑ TAR TALARE TILL	BÖJD AV TYNGD	↑ ÄR FÄR MER ÄN KOR
TÅL 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					
	HÄR TAR VI FRAM BLÅ- STÅL- LET		SKA VI VÄL KULTURMIN- NESMÄRKEN		KOLLAR UPP- LAGOR		SAMS LOJ			
			ÄTER I BUTIKEN ÄR EJ GÄDDOR					7		
					10					
	HURRA! GJORDE KRAKA				KANSKE FÖRE HAND		9		DO- MI	
UTAN BEKYM- MER	EDGAR ALLAN SKREV	↓ BLIGA TRÄD SY			FINNS VACCIN MOT	HJÄRN- HINNE- INFLAM- MATION	MILI- TÄR ORDER	GER AMMA	FÄR- LÄT	PASSAS TILL MÅL- VAKT
		14		4						
↑	NÖTA BORT JORD				FÄGEL FILM- BOLAG		8			
INTERAGERAR EJ!		TILL- TALS MED	LÄKAR- HJÄLP FRUKT		13			BÖRDA	11	↓
		6						SNILLE	MISS- TAG	
		TÄVEL- STÄLL	OVAN- PÅ HAND	SKER TILL MAKENS SLÄKT					12	
	ETT NEJ		DRAR I.KOP- PAR	5				SJÄLS- LUGN		OFTA I SKOTTE- NAMN
					FÄR MAN UNGHÄSTAR PÅ T.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

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*.

Tarivid

(ofloxacin)

Tabletter 200 mg; 10, 14, 20 sr.

NYHET! Infusionsvätska 2 mg/ml; 5x100 ml

Urinvägsinfektioner, genitala infektioner och nedre luftvägsinfektioner.

FASS-text, *prisjämförelse och lösningen på korsordet finner Du på nästa sida.

Tarivid

Tabletter 200 mg, infusionsvatska 2 mg/ml

Antibiotikum av kinolontyp

J03C B02

Deklaration. 1 tablett $\pm$ 200 mg innehåller: Ofloxacin 200 mg, lactos 96 mg, conitit et color (tandioxid) q.s.
1 ml infusionsvatska innehåller: Ofloxacin, hydrochlor. respond. Ofloxacin 2,0 mg, natriumchlorid, 9,0 mg, acid, hydrochlor. (1N) q.s. ad pH 4,5, aqua ad inject. ad 1 ml.

Egenskaper. Tarivid är ett antibiotikum tillhörande gruppen kinolonkarboxylsyrederivat. Den baktericida effekten utövas genom hämning av enzymet DNA-gyras i bakteriens DNA-syntes. Ofloxacin har därigenom effekt även på bakterier i vilofas och den minsta baktericida effekten (MBC) ligger nära den minsta hämmande koncentrationen (MIC).

Antibakteriellt spektrum. Ofloxacin har ett brett antibakteriellt spektrum omfattande många kliniskt betydelsefulla patogener. Ofloxacin är aktiv mot gramnegativa aeroba bakterier, inklusive många pseudomonasarter. Aktiviteten mot grampositiva aeroba kokor varierar men stafylokokker, beta-hemolytiska streptokocker grupp A samt enterokocker är vanligen känsliga eller intermediärt känsliga för ofloxacin. Meningokocker, gonokocker och H. influenzae är känsliga och dessamma gäller Chlamydia och Legionella. Mycoplasma uppvisar intermedietär känslighet för ofloxacin. Anaeroba bakterier, t.ex. Bacteroides fragilis och många clostridier, samt vissa streptokocker är ofta resistenta. Resistensutveckling är vanligen långsam och ej plasmidbunden. På grund av skilda verkningsmekanismer föreligger ej korsresistens med andra grupper av antibiotika.

Farmakokinetik. Den absoluta biotillgängligheten för ofloxacin är över 90%. Vid samtidigt födointag sjunker biotillgängligheten ca 25% och absorptionstiden ökar något. Detta torde dock sakna klinisk relevans. Maximal serumkoncentration uppnås vanligen efter 1-2 timmar. AUC ökar linjärt med stigande doser. Med undantag av den högre serumkoncentrationen som erhålles initialt efter intravenös administrering, är de farmakokinetiska profilerna för infusionsvatskan och tabletterna i det närmaste identiska. Proteinbindningsgraden är ca 25% och den skenbara distributionsvolymen omkring 110 l.

Penetrationen av ofloxacin är god och terapeutiska koncentrationer nås i de flesta kroppsvätskor och vävnader. Halveringstiden är 5-7 timmar vid normal njurfunktion. Utöndring sker via glomerulär filtration och tubulär sekretion. Elimineringen via njurarna är drygt 90%, varav 97% utgörs av oförändrad ofloxacin. Totalclearance för ofloxacin är ca 280 ml/min. Eftersom ofloxacin huvudsakligen utsöndras renalt bör dosen reduceras hos patienter med nedsatt njurfunktion. Dosreduktion bör övervägas även vid behandling av äldre patienter.

Indikationer. Urinvägsinfektioner och genitala infektioner såsom klamydiainfektioner och okomplicerad gonorré. Nedre luftvägsinfektioner orsakade av framförallt gramnegativa ofloxacin-känsliga bakterier.

Kontraindikationer. Överkänslighet mot ofloxacin eller andra kinolonderivat.

Försiktighet. Tarivid bör ej ges till barn och ungdomar vars bentillväxt ej är avslutad. Grav njurinsufficiens. Epilepsi. Patienter med nedsatt CNS-funktion och/eller sankt kramptroskel.

Graviditet. Kategori B3. Se speciellt avsnitt märkt [G]. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. I djurstudier har man hittills ej sett några teratogena effekter, dock har ofloxacin visat sig kunna orsaka degeneration av ledbroskar hos växande djur. Tills ytterligare erfarenheter föreligger bör Tarivid ej ges under graviditet annat än efter särskilt övervägande.

Amning. Grupp III. Passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även med terapeutiska doser.
Biverkningar. Cirka 7% av patienterna som behandlas med Tarivid kan förväntas få biverkningar. Vanligast förekommande är GI-störningar.

Vanliga ($> 1/100$)	GI: Illamående, diarré Lever: Övergående förhöjning av leverenzym
Mindre vanliga	Blod: Blodbildsforändringar CNS: Huvudvärk, somnstörningar, yrsel GI: Buksmär, apatitet, kräkningar Hud: Allergiska hudreaktioner, såsom hudutslag, klåda, urtikaria samt Quinckeödem
Sällsynta ($< 1/1000$)	Allmänna: Anafylaktiska reaktioner CNS: Muskelkoordinationsrubning, syn- och hörselstörningar, oro, agitation, konfusion, hallucinationer, parestesier, tremor, krampfall och psykos GI: Pseudomembranos kolit Hud: Fotensibilisering Metabol: Övergående höjning av serumkreatinin

Tarivid infusionsvatska kan förorsaka lokala reaktioner vid injektionsstället såsom rodnad och ömhet. Vid för snabb infusion (< 30 minuter) kan blodtrycksfall uppträda. För att minska denna risk bör infusionen ges under minst 30 helst 60 minuter.

Dosering. Tabletter. Normal dosering: 200 mg 2 gånger dagligen. Vid behandling av svårartade infektioner eller infektioner orsakade av bakterier med nedsatt känslighet kan dosen höjas till 300-400 mg (1 1/2-2 tabletter) 2 gånger dagligen.

Okomplicerade nedre urinvägsinfektioner: 100 mg (1/2 tablett) 2 gånger dagligen.

Klamydiainfektion: 400 mg en gång per dag eller 200 mg 2 gånger dagligen i 7 dagar.

Gonorré: 400 mg som engångsdos.

Infusionsvatska: Normal dosering är 200 mg 2 gånger dagligen. Vid behandling av svårartade infektioner eller infektioner orsakade av bakterier med nedsatt känslighet kan dosen höjas till 300-400 mg 2 gånger dagligen. Så snart det är lämpligt bör peroral behandling inledas.

Vid nedsatt njurfunktion ges initialt en enkeldos enligt dosrekommendation. Därefter bör doseringen anpassas till patientens kreatininclearance enligt följande:

Kreatininclearance (ml/min)	Rekommenderad dos per doserings-tillfälle (mg)	Doseringsintervall (timmar)
> 50	200-400	12
20-50	100-200	24
< 20	100	48 timmar

Hos patienter som genomgår hemodialys eller peritonealdialys ges lampligen en initialdos på 200 mg och därefter 100 mg var 48 timme. Vid behandlingen bör stor försiktighet iakttagas och serumkoncentrationen följas.

Vid behandling av äldre bör en reduktion av dosen övervägas. Behandling med Tarivid skall tills ytterligare erfarenhet föreligger ej överstiga 2 månader.

Vid dosering en gång per dag bör dosen tas på morgonen. Tabletterna kan delas men skall ej tuggas och svaljas med 1/2 gl. vatten.

Tarivid infusionsvatska ges som intravenös infusion under minst 30 helst 60 minuter. Framförallt vid högre doser är det viktigt att tillämpa den längre infusionstiden. Tarivid infusionsvatska kan antingen ges separat eller som tillsats till annan infusionsvatska.

Blandbarhet: Tarivid är blandbart med isoton koksaltlösning, 5% och 10% glukoslösningar, glukos med natrium och kalium, Ringerlösning, Rehydrex med glukos och Nutradex med fructos-glukos. Andra lösningar skall ej användas om kompatibiliteten ej är känd.

Interaktion. Ofloxacin interagerar med antacida, perorala järnpreparat och sukralfat.

Observera. För att undvika att absorptionen av ofloxacin hammas bör Tarivid tabletter tas minst två timmar före intag av antacida och perorala järn. Vid behandling av samhällsforvarvad pneumoni bör i första hand annan terapi övervägas.

Hållbarhet och förvaring: Tarivid infusionsvatska är ljuskänslig och bör förvaras i kartongen. Bruken förpackning är hållbar 12 timmar vid förvaring i rumstemperatur och 24 timmar i kylskåp ($+2^{\circ}$ - $+8^{\circ}$).

Förpackningar. Tabletter 200 mg (vita, filmdragerade, avlånga, bikonvexa, enkel-skårade).

10 st tryckpack.
14 st tryckpack.
20 st tryckpack.
Infusionsvatska 2 mg/ml (klar, svagt gulaktig).
5 x 100 ml.

PRISJÄMFÖRELSE TARIVID® - TEMAC®.

Behandling	Preparat	Dosering	Förpackning	Pris
Nedre UVI	Tarivid	100 mg x 2 upp till 7 dagar	10 st 200 mg	122:50
	Temac	400 mg x 1 7 dagar	7 st 400 mg	199:50
Klamydia	Tarivid	400 mg x 1 7 dagar	14 st 200 mg	163:-
	Temac	400 mg x 2 7 dagar	14 st 400 mg	360:50

Hoechst 

Det olösta korsordet och mer information om Tarivid finns på föregående sida.



The crossword puzzle grid contains the following text:

Across:

- 1. FISKNOT, BENDEL OCH SÄR VÄRDTA
- 4. TÄR, ATT JÄM, FÖRÄS MED
- 7. RIP, JAKTS, HJÄLP
- 10. UTAN EDGAR, ALLAN, MER
- 13. NÖTA, BORT, JORD
- 16. HÖGTIDLIGT MINNESTAL
- 19. KÄNNE, TEGNENDE FÖR TARIVID
- 22. BERYM

Down:

- 2. EN TÄP, LÄNGD
- 3. SPANS, UT, TIG, VEKUS, DAM, LAGG, LÖRT
- 5. LÄRDES, HEM, UNDER, SÖKER
- 6. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 8. BÖJD, ÄR, FÄR, MER, AV
- 9. FOLK, SLAG, FRÄN, DEN, GRÖNA, ÖN
- 11. UNDER, HAND, LARE
- 12. SÄKA, VI, VÄL, KULTUR, MIN, NER, MÄRKEN, BLA, STÄLL, LET
- 14. HURRA, KLORDE, KRAKA
- 15. FINNS, HJÄR, MILL, HINNE, TÄR, MOT, MATION, ORDER
- 17. FÄR, LÄT, PASSA, TILL, MÅL, VÄRST
- 18. FÄR, LÄT, PASSA, TILL, MÅL, VÄRST
- 20. INTERAGERAR EJ!
- 21. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 23. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 24. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 25. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 26. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 27. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 28. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 29. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 30. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 31. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 32. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 33. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 34. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 35. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 36. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 37. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 38. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 39. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 40. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 41. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 42. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 43. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 44. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 45. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 46. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 47. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 48. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 49. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 50. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 51. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 52. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 53. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 54. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 55. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 56. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 57. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 58. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 59. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 60. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 61. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 62. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 63. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 64. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 65. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 66. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 67. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 68. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 69. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 70. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 71. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 72. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 73. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 74. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 75. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 76. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 77. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 78. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 79. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 80. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 81. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 82. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 83. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 84. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 85. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 86. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 87. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 88. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 89. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 90. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 91. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 92. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 93. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 94. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 95. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 96. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 97. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 98. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 99. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR
- 100. TÄR, TÄRRE, AV, TILL, TYNGD, KOR

Det splittrade arvet efter Balint

HENRY JABLONSKI

Det har gått mer än 40 år sedan Michael Balint började sin seminarieverksamhet för engelska GPs. Balints arbete har betytt mycket för allmänläkarens yrkesidentitet. Den obligatoriska gruppverksamheten under den brittiska specialistutbildningen med Balints grupper som förebild är ett konkret exempel.

Ändå är aktiviteten i The Balint Society och Balintgruppverksamheten (BGV) vid Tavistock Clinic, Adult Department, där Balint en gång var chef, förvånansvärt liten i omfattning. Mötet med den brittiska Balinttraditionen väcker därför blandade känslor – respekt och förstämning. Jag ska här diskutera gruppbildning, gruppprocesser och arbetets målsättning med Tavistockmodellen som utgångspunkt.

Nyckelord: Balintgruppverksamhet, gruppbildning, arbetsprocess, utbildningseffekter.

Tavistocks modell för GP-groups/Balintgruppverksamhet (BGV)

Dr Emanuel Lewis, psykoanalytiker och BGV-ledare vid Tavistock Clinic, beskriver allmänläkargrupperna med ordet "clear-cut". Man strävar efter att befria grupparbetet från onödiga störningar på samma sätt som när man väljer patienter till grupppsykoterapi.

- Gruppdeltagarna kommer alla från skilda arbetsplatser.
- De intervjuas individuellt av gruppledaren innan de antas.
- Man träffas en gång i veckan under 1 1/2 timme i fyra år.
- Efter två år sker byte av gruppleadare.

De tre nuvarande gruppleadarna på Tavistock är alla psykoanalytiker, läkare och gruppdynamiskt utbildade. Här betonas vikten av Bions tankar om gruppprocesser (1,2).

Kritik av Tavistock-modellen

Min kritik mot Tavistocks arbetssätt är, att den är för stelbent och att det uppammar en alltför förtätad terapeutisk atmosfär. Ramarna är adekvata för terapipatienter, men illa anpassade till intresserade läkares motivation och arbetssituation. Detta påverkar urvalet till grupperna.

Hur kan man förstå denna utveckling? I Tavistock-medarbetarnas kritik mot Michael Balint hävdas, att han med sin kraftfulla och dynamiska personlighet främjade beroendetenden- ser i sina GP-grupper. Man är på Tavistock mån om att inte upprepa Balints gruppprocess. Tavistocks BGV-ledare intar således till skillnad från Balint själv en mer avvaktande och distanserad hållning, som liknar gruppterapeutens och organisationskonsultens (1,3).

Jag tror att man genom en sådan hållning bedrar sig av två skäl: För det första behöver inte beroendetenden- ser vara skadliga om man arbetar sig igenom dem, vilket flera av – men inte alla – Balints medarbetare visat prov på (4). För det andra är kriterierna för deltagande i Tavistocks BGV så extre- ma att många som underkastar sig dem rimligen har en olöst beroende- problematik som personlig drivkraft. Det som man ville bekämpa tenderar således snarare att bli förstärkt.

Tavistocks uppskattning av effekten av BGV på läkarens professionalitet av fyra års arbete är inte särskilt imponerande: (Det skulle vara intressant med en svensk studie!). 10–20 procent blir mycket bättre, 20–30 procent bättre, 40–50 procent oförändrade och 10 procent blir sämre. Med sämre menas att läkaren använder sina i BGV för- värvade kunskaper till att oombett "psykoterapera", det vill säga att han på ett mer sofistikerat sätt än tidigare plågar sina patienter i stället för att bli en mer adekvat allmänläkare (Lewis, personligt meddelande 1991). Miss- tanken om snedrekrytering till BGV av behandlingsbara neurotiker eller allmänt olämpliga läkare bekräftas – liksom det betänkliga i att de inte av- stängs när detta uppdrag och inte lå- ter sig korrigeras ...

Drivkraften är tyvärr också liten, att från denna betydelsefulla terapeutiska institution skapa och leda modifierade BGV-former utanför kliniken, som bättre passar den "normalsensible" allmänläkarens önskemål.

Svensk BGV: utmanande och fruktb- ara komplikationer

Svenska grupper är, till skillnad från Tavistocks, i regel självselektade. Vanligen har flera eller samtliga gruppleddare gemensam arbets- plats. Det innebär komplikationer jämfört med Tavistockmodellen. Men om de görs hanterbara blir arbetet i BGV ofta mycket fruktbart och tätt sammanvävt med den kliniska vard- agen.

Problemen finns både på individ- och organisationsnivå:

Individnivån: Den enskilde läkarens integritet i BGV

En kritisk prövning av en kollegas sätt att umgås med sina patienter tenderar att beröra dennes syn på sig själv och på sina privata relationer. När grupp- medlemmarna möter varandra till var- dags är det särskilt viktigt för deltagar- nas personliga integritet att hålla rå- gången mot psykoterapi fri. I samar- betsöverenskommelsen måste ingå att det som avhandlas i gruppen inte sprids utanför den. Initialfasen i BGV präglas av att gruppleddarna och gruppleadaren försöker finna en lagom blandning av distans och intimitet – allt i hägn av en hygglig kollegial ton. Det kan ta 1–2 terminer att komma in i en stabil "andra andning", bearbet- ningsfasen, där omprövandet av den egna och andras kliniska verksamhet kan ske systematiskt och relativt ostört.

Organisationsnivån: dynamiken på ar- betsplatsen och BGV

Patientarbetet beror mycket på vilket sammanhang den enskilde läkaren be- finner sig i. När detta är problema- tiskt, är det viktigt, att gruppleadaren tillåter – ibland även aktivt möjliggör – en saklig och analyserande diskus- sion med fokus på konsekvenserna för läkar-patientförhållandet och tydligt markerar BGVs status som *konsulta- tionsgrupp* till skillnad från lednings- eller lobbygrupp. Ofta leder detta till att problemen blir klargjorda och att man löser dem i rätt forum. Om så inte sker, förstår man i alla fall bättre sin vanmakt.

I det sammanhanget är det också be- rättigat att fråga sig vilka motiven är att starta en Balintgrupp. Låt mig av pedagogiska skäl ta två extremfall:

När andan är positiv blir BGV en väg att odla den kliniska kompetensen i linje med verksamhetens mål, som man också konstruktivt och kritiskt kan dis- kutera. Exempel: När kommer sam- hallets och patientens krav på sjuk- skrivning i konflikt med läkarens pro- fessionella bedömning av arbetsförmå- gan? Hur ser policyn ut för förskriv- ning av sedativa? Hur samverkar per- sonalen på mottagningen/avdelningen kring svårt sjuka och/eller besvärliga och krävande patienter? Hur fungerar samarbetet med omgivningen, till ex- empel med sjukhus, socialvård, andra specialistmottagningar och försäk- ringskassa?

Detta ska ställas i kontrast till mot- tagningar med stora brister i personal-

och behandlingspolicy. Ett skäl att starta BGV kan vara att få stöd för att utveckla en mer medveten hållning i patientarbetet i opposition mot andra strömningar (eller brist på strömningar) på mottagningen. När medlen för BGV anslås kan man till och med ana att chefläkaren försöker kanalisera en uppdämd frustration. En sådan latent explosiv situation hotar ramarna för BGV.

Det skulle föra för långt att systematiskt diskutera BGVs effekt på organisationen – särskilt på en dysfunktionell mottagning. Gruppledarens uppgift är att trots spända yttre förhållanden värna om BGVs ramar och innehåll. Lyckas detta kan också spridningseffekterna på arbetsmiljön bli positiva.

Referenser

1. Bourne S, Lewis E. Research as an Educational tool: Experience from Balint groups. Medical Education 1978;12:344-50.
2. Bion WR. Gruppterapi. Teorier och erfarenheter. Stockholm: Prisma, 1974.
3. Bourne S. Balint groups: GP-seminars and the doctor-patient relationship. Psykiatria Fennica 1975;339-47.
4. Karlberg L. Rapport från ett Balintmöte. Sollentuna: Nytt från utvecklingsenheten för allmänmedicin 1987:13.

Författarpresentation

Henry Jablonski

Postadress: Krämarvägen 11, 126 58 Hägersten.

I Balints fotspår

– en Balint-grupp reser till London

KRISTIN ECKERLUND · EWA EDSTRÖM · HANNA ITKES-OLOFSSON · JAN MILLNER · FOLKE NIKLASSON · EVA GYLLENHAMMAR

Sedan ett 10-tal år tillbaka har distriktsläkarna i Sollentuna haft möjlighet att delta i Balintgruppverksamhet. En grupp om sju läkare är verksam och vår nuvarande gruppledare (psykiatriker och psykoanalytiker) har vi samarbetat med i fyra år.

Nyckelord: Balint, kongressrapporter.

Gruppverksamheten startades ursprungligen i London i slutet av 1940-talet av Michael Balint, psykiater och psykoanalytiker vid Tavistock-kliniken. Engelska allmänläkare inbjöds till att i mindre grupper diskutera "fall" ur sin praktik, med fokusering på patient-läkarrelationen. Syftet var att, utan att ägna sig åt gruppterapi, få gruppmedlemmarna successivt allt mer medvetna om hur de, var och en för sig, fungerar i patient-läkarrelationen, för att på det viset öka deras möjligheter att förstå hela människan bakom de symtom/problem som patienten presenterar vid besöket hos sin läkare.

Vår grupp i Sollentuna fick, genom ett personalutvecklingsanslag inom Stockholms läns landsting, ett ekonomiskt bidrag, som täckte en väsentlig del av kostnaden för en veckolång studieresa till London våren 1991. Vår avsikt var att besöka platsen "där det hela började", det vill säga Tavistock-kliniken, och träffa nuvarande ledare och medlemmar av engelska Balintgrupper.

Vår resa blev mycket lyckad och gav

oss många intryck och minnen, som stärkt oss i vår ambition att arbeta vidare i "Balint-anda" i våra dagliga patientmöten.

Möte med dr Michael Courtenay

Vår första dag i London präglades helt av mötet med Michael Courtenay (MC), pensionerad GP och lärjunge till M Balint. Sammankomsten ägde rum i bottenplanet på "The Ciba Foundation" där Balint höll sitt första gruppmöte. Vi tillbringade hela dagen tillsammans för att presentera var sitt fall, som på något sätt vållat oss problem. Vår egen gruppledare deltog också.

Det framstod tidigt att MC väl kände igen våra problempatienter. Vi diskuterade exempelvis patienter som genom sitt sätt att agera kan få en hel mottagning i gungning eller som sätter igång och vidmakthåller oändliga utredningskaruseller. Vi diskuterade också frågan att förstå vilket problem patienten har och hur detta inverkar på patient-läkarrelationen. Förslag, idéer och rimliga förhållningssätt ventilerades. Det blev mer och mer uppenbart, att en Balintgrupps arbete starkt präglas av ledarens bakgrund och personlighet.

Michael Courtenay skulle, med sin långa allmänläkarerfarenhet, generositet och förståelse, på längre sikt antagligen föra gruppen i en annan riktning än den hittillsvarande. Vår ledare har, i motsats till MC, kort allmänläkarerfarenhet, är jämnårig med gruppdeltagarna och har det vi sätter särskilt högt – ett psykodynamiskt förhållningssätt till patienten och grup-

pens deltagare. Detta ger oss "aha-upplevelser", sätter igång egna utvecklingsprocesser och ger oss kraft att gå vidare i det ibland tunga allmänläkaryrket.

The Balint Society

Under vår Londonresa fick vi stifta bekanskap med "The Balint Society", vilket är en sammanslutning av engelska allmänläkare med erfarenhet av och intresse för Balintgruppverksamhet. Man anordnar egna Balintgrupper, vars ledare är allmänläkare. Dessa skiljer sig från dem som organiseras av Tavistock-kliniken, där ledaren alltid har psykoanalytisk utbildning.

Vid vårt besök på Tavistock-kliniken kunde man ana en något negativ och nedlåtande attityd hos dess företrädare gentemot "The Balint Society".

Vi blev inbjudna till den årliga sammankomsten i "The Balint Society", som äger rum i mycket vackra och gamla, anrika lokaler i centrala London. Sammankomstens huvudtema är ett traditionellt Balintgruppmöte med falldragning och efterföljande diskussion, med den skillnaden att det också finns ett lyssnande och sedermera även aktivt auditorium. Diskussionen präglades av intresserade och vetgiriga deltagare, som i viss mån ändå undvek att beröra mer ömtåliga spörsmål. Mötet avslutades med supé på stående fot, där vi knöt flera kontakter, som gav oss möjligheter att auskultera hos engelska allmänläkare vid "Health Centres" i London.

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, Mixtur 25 mg/ml

Astra Läkemedel 15185 SÖDERMÄLJE

Besök på en vårdcentral i östra London

I slitna och trånga lokaler arbetade sex distriktsläkare och en FV-läkare. Patienterna var många och påtagligt fattiga, ofta invandrare.

Trots dessa omständigheter fanns det en positiv anda bland personalen och deras yrkesroller verkade trygga och självklara. Doktorn arbetade självständigt och var ensam med patienten på sitt rum.

Sjuksköterskornas kapacitet verkade tas tillvara på ett annat sätt än i Sverige. Exempelvis fanns en "District Nurse", som arbetade med hemsjukvård enbart, en "Health Promotion Nurse", som ägnade sig åt blodtryckskontroller, viktreduktionsprogram, rökavvänjning etc, det vill säga många slags förebyggande hälsovård. Det vi skulle kalla vanlig distriktsköterskemottagning, det vill säga med omläggningar, katetervård etc, sköttes av en mottagningssköterska.

Sekreteraren satt vid en receptionsdisk innanför dörren, visade patienterna till rätta och tog emot telefonsamtal från patienter som ville beställa tid till sin doktor. Patienterna fick komma framför allt på förmiddagarna. På eftermiddagarna hade de flesta läkarna någon annan form av verksamhet, till exempel MVC, BVC, hembesök eller diabetesmottagning. Tre av läkarna åtog sig också att ansvara för hemförlossningar. Sekreterarna behövde inte skriva några journaler, eftersom det sköttes av doktorn själv som skrev för hand på ett litet kort som förvarades i ett skåp inne hos doktorn.

Den läkare jag träffade hade arbetat i över 30 år i samma distrikt och ansåg det viktigt med ett hemligt och ombonat mottagningsrum. Prydnadsaker, blommor, tavlor etc fanns det gott om. Självklart har all personal sina civila kläder på sig. Min kollega hade sin hund under skrivbordet. Patienterna tyckte, enligt uppgift, mycket om det. Hunden deltog ofta i samtalen genom att komma fram och lägga nosen i patientens knä. Detta hände den dag jag var på mottagningen och en deprimerad patient var på besök. Hunden hade varit med i 18 år och säkert hört det mesta.

Patientbesöken var korta och många med snabba fysikaliska undersökningar. De allra flesta uppmanades att komma tillbaka för ny konsultation om 1-2 veckor. Fördelen med kostnadsfria besök måste vara att "allting" inte måste klaras av vid ett och samma 100-kronorsbesök, utan att det går att ta en sak i taget och gradvis lära känna patienten.

Underlaget för distriktsläkarens arbete i London är en patientlista. Man kombinerar också ett geografiskt ansvar med listsystem på så sätt, att vårdcentralens läkare tillsammans har ett geografiskt ansvar, men att patienterna fritt väljer till vilken läkare på vårdcentralen de vill komma.

Reflektioner under hemresan

Balintgruppverksamheten i Sverige har senaste åren ökat påtagligt i omfattning till för närvarande minst ett 50-tal grupper i landet.

Utvecklingen i England synes ha varit den motsatta, i synnerhet vad

gäller de grupper som organiseras av Tavistock-kliniken. Vid vårt besök hade vi ett längre samtal med dr Emanuel Lewis, en av de nuvarande Balintgruppledarna vid kliniken. Vi fick höra att man där fått allt större svårigheter att rekrytera medlemmar till nya grupper.

Tänkbara orsaker till detta kan, vad vi förstod, vara att man från kliniken fordrar att grupperna träffas varje vecka, i klinikens lokaler, utan hänsyn till att många GPs inte rimligen kan sätta av så stor del av en arbetsdag varje vecka som fordras för tidskrävande resor från hela London-området till kliniken. Detta problem har uppenbart accentuerats senare tid, när man infört ett delvis "prestations"-baserat lönesystem för GPs.

Vi kan bara hoppas att framtida läkarlönesystem i Sverige inte ska försvåra möjligheterna till väsentlig fortbildning för distriktsläkare, som exempelvis Balintgruppverksamhet! Det är ju en gammal sanning, att den som inte inser att läkarutbildningen måste vara yrkeslivslångt fortgående för varje läkare, är ute på riskabla vägar, om målet är att sjukvårdens kvalitet ständigt ska förbättras!

Författarpresentation

Kristin Eckerlund, Ewa Edström, Hanna Itkes-Olofsson, *Jan Millner, Folke Niklasson, distriktsläkare, Sollentuna vårdcentral.

Eva Gyllenhammar, distriktsläkare, Edsbergs vårdcentral.

* Postadress: Box 164, 191 23 Sollentuna.

Fortbildning i omsorgsfrågor för personal med olika huvudmän

LB 06673

– en rapport från Nacka

INGRID ECKERMAN · ANNIKA LINDSTRAND · VIVAN GUNNARSSON

"Utvecklingsstörda har samma rättigheter som alla andra medborgare i samhället – men de har också speciella behov."
(FUB) Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar o. Vuxna.

Bland vårdgivarna runt en utvecklingsstörd finns många yrkeskategorier från olika organisationer och det vore olyckligt om inget samarbete förekom. Målet för samarbetet måste vara, att tillsammans skapa

förutsättningar för att de utvecklingsstörda ska få ett så normalt liv som möjligt, men med beaktande av deras särskilda behov. Under 1988-91 genomfördes en fortbildningsserie för dem som på gräsrotsnivå arbetar med utvecklingsstörda i Nacka. Avgörande för vilka som fick delta var inte personals organisatoriska tillhörighet, utan deras beroende av varandra i arbetssituationen. Vår okonventionella uppläggning av fortbildningen visade sig vara

mycket lyckad och den fick en rad oförutsedda effekter. Vi vill därför informera om denna för att inspirera andra att ta tag i denna fråga.

Nyckelord: Omsorg, tvärorganisatoriskt samarbete, utbildning, utvecklingsstörda, vårdplaneringsgrupp.

Under 1980-talet har en hel rad förändringar skett vad gäller omsorgen om de förståndshandikappade. Omsorgslagen har blivit en tilläggslag, som ger de förståndshandikappade extra rättigheter i de fall där socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårds-

FLUANXOL[®]

(flupentixol)

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

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

Tabletter 0,25, 0,5, 1 mg

Se även FASS

PRIMPERAN[®]

(metoklopramid)

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

Suppositorierna är ett bra alternativ då patientens kräkningar
försvårar antiemetikabehandlingen.

Suppositorier, tabletter, mixtur,
injektionsvätska, infusionskoncentrat

Se även FASS

The logo for Lundbeck, featuring the word "Lundbeck" in a stylized, handwritten-style font.

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

lagen inte täcker behoven. Stora institutioner har stängts, medan en rad gruppbofästäder och dagcentra vuxit upp ute i kommunerna. Sjukvårdspersonalen inom omsorgen (sjuksköterska och läkare) har tagits bort och arbetsuppgifterna har överförts till primärvården och psykiatri. Hemtjänstens vårdbiträden och fritidsledare har fått en ny grupp att arbeta med.

På detta sätt blir betydligt fler instanser inblandade i omhändertagandet av de förståndshandikappade. Den yrkeskompetens som tidigare fanns inom omsorgens institutioner ska spridas till ett stort antal personalgrupper inom omsorg, primärvård, hemtjänst, psykiatri och fritidsverksamhet. Flera olika myndigheter är nu inblandade kring varje handikappad och hänsyn måste tas till sekretesslagens intentioner. För att den handikappades speciella behov ska tillgodoses, måste samarbete äga rum och utvecklas mellan de olika personalgrupperna och myndigheterna.

Fortbildningen

Fortbildningsserien i Nacka hade följande syfte:

- att förbättra kunskapsnivån hos dem som är samarbetspartners i arbetet med de förståndshandikappade inom primärvård, kommun och omsorg;
- att förbättra samarbetet och skapa samarbetsvägar mellan ovanstående parter.

Vårdplaneringsgrupperna var en naturlig grupp att utgå från. Här fanns redan ett samarbetsforum för kommun och primärvård. Fortbildningen riktade sig till alla som arbetade med förståndshandikappade ungdomar och vuxna inom ett geografiskt distrikt, oavsett var de hade sin anställning. Deltagarna kom från vårdcentraler, gruppbofästäder, hemtjänst, fritidskontor, dagcenter, distriktskontor och FUB. Sammanlagt har fem olika grupper genomgått den fortbildning som beskrivs här.

Kursens längd varade i tre dagar med en eller två uppföljningsdagar.

- Omsorgsöverläkaren redogjorde för orsaker till förståndshandikapp.
- En vårdlärare berättade om vad det innebär att ha ett förståndshandikapp och om dess inverkan på personlighetens utveckling – ett ämne som var helt nytt för sjukvårds- och hemtjänstpersonal.
- Representer från förvaltningarna fick redogöra dels för de olika lagar och förordningar som styr deras verksamhet, dels för hur organisationerna ser ut och hur man arbetar.
- FUB-representanten berättade om arbetet där och om vilka behov som ännu inte är tillfredsställda.
- Den tredje dagen ägnades åt grupparbeten med falldiskussion.

Uppföljningsdagens innehåll bestämdes av respektive grupp. Det fanns områden där man behövde mer kunskap och diskussion, till exempel när det gällde sekretesslagen och medicinska frågor. Diskussionerna tydliggjorde brist på resurser, dålig organisation etc, och personer i ansvarig ställning inbjöds för att ta del av kursdeltagarnas synpunkter. Ett studiebesök på ett dagcenter och ett korttidshem var mycket uppskattat.

Frågor som kom upp under fortbildningsdagarna var hälsokontrollernas vara eller icke-vara, sekretesslagen kontra den enskildes önskan om integritet, samarbetet med psykiatri och akutsjukvård, behovet av allaktivitetshus och differentierade boendeformer.

Fortbildningens resultat

Utbildningsserien fick flera konkreta följder, även utanför vårdplaneringsgruppens verksamhetsfält:

- Överförmyndaren ordnade en utbildningsdag i legala frågor för personal i kommun och landsting.
- Omsorgschefen fick plats i ledningsgruppen för äldreomsorgen.
- Hälsokontroller erbjuds alla omsorgstagare i åtminstone ett distrikt.
- En rad problem och bristområden kom i dagen. Information om dessa nådde ansvariga tjänstemän inom berörda förvaltningar i kommun och landsting.

Vid utvärderingen var vi på gränsnivå ense om att fortbildningens syfte uppnåtts. Kommentarer var många:

- Utbildningen blev en stimulans i arbetet.
- Vi fick ökad kunskap om samhällets nätverk, om varandra, om tillgängliga resurser och om förståndshandikappets innebörd.
- Samarbetet underlättades då vi genom blandningen av yrkeskategorier knöt kontakter, lärt känna varandra och fått mer realistiska förväntningar.

Vi märker alltså att det praktiska arbetet flyter bättre.

Från omsorgsnämnden hör vi, att Nacka kommun är en av de lättaste att arbeta med. Det är vår övertygelse att den information och de krav som från oss ställts till ansvariga tjänstemän och politiker bidragit till detta.

Fortsatta behov

Men behovet av fortbildning är naturligtvis inte avslutat. Nya enheter inom omsorgen kommer till, personal byts ut, nya erfarenheter och kunskaper tillkommer. För att bibehålla kvaliteten i arbetet måste utbildning ordnas kontinuerligt. Vid utvärderingen har också framkommit att deltagarna önskar fortsatt uppföljning eller träffar regelbundet.

Därför har en grupp bildats som ska fortsätta bevaka omsorgsfrågor i allmänhet och utbildningsfrågor i synnerhet. Planeringen framåt är att årligen ordna en kurs över hela kommunen för dem som arbetar med vuxna, samt eventuellt en motsvarande kurs för dem som arbetar med barn. Överförmyndarens utbildningsdag behöver upprepas. Dessutom kommer vårdplaneringsgrupperna att få förslag om att ordna träffar och bjuda in gäster. Likaså måste samarbetet mellan psykiatri – omsorg – primärvård förbättras.

Eftersom kommunens ansvar för de utvecklingsstörda successivt ökar är det naturligt att ansvaret för fortsatta utbildningsinsatser övergår till kommunen. Att landstinget medverkar är lika naturligt.

Den fullständiga rapporten kan beställas från författarna.

Författarpresentation

*Ingrid Eckerman, distriktsläkare.

Annika Lindstrand, tid. distriktskontorschef.

Vivan Gunnarsson, föräldrarådgivare.

* Postadress: Klintvägen 7, 13241 Saltsjö-Boo.

Allmänmedicinskt Höstmöte

Huvudtemat vid SFAM:s höstmöte i ÖSTERSUND 19–20 november blir "PRIMÄRVÅRD I UTVECKLING". Programmet är matnyttigt med symposier om HUSLÄKARREFORMEN, KONSULTATIONEN, FORTBILDNING, DATORJOURNALEN.

SFAM:s årsmöte går 20/11, samma dag som SPECIALISTEXAMEN I ALLMÄN MEDICIN har sin final i ÖSTERSUND.

Ett riksmöte för STUDIEREKTORER avlöper 18/11, särskild inbjudan för detta utgår.

För information, ring 0640/300 10

Allmän inbjudan till höstmötet utskickas i mitten av september.

Hjärtligt välkomna!

SFAM SVERIGE

SFAM JÄMTLAND

Svangerskapsomsorg i allmennpraksis

PER BERGSJØ
REIDUN FØRDE
SONJA IRENE SJØLI
JO TELJE
JANECKE THESEN

Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
Pris: 250 NOK. 248 sidor.
ISBN 82 00 40404 8

"Allmennpraktikeren er hjørnesteinen i arbeidet med svangerskapsomsorg, enten virksomheten foregår på legens kontor eller i kommunal helsestasjon. ... Jordmoren er en viktig medarbeider de steder der dette er etablert."

"Vi må ha en begrunnet holdning til spørsmålet 'Hvorfor svangerskapskontroll?' I tillegg til den medisinske gevinst, som nøkternt sett er liten i forhold til innsatsen, må vi legge de psykiske og sosiale virkninger. Selv om effekten av disse er vanskelig å måle, må vi revurdere betydningen av de enkelte ledd i programmet, i et slikt lys."

"Men en ensidig fare- og risikofokusering har også åpenbart skadevirkninger: Vi øker angst og hjelpeløshet, og gjør den gravide avhengig av oss og den medisinske teknologi. Før i tiden het det: 'Med smerte skal du føde ditt barn'. Vi må passe oss for å unngå den nye ytterlighet: 'Med angst skal du bære ditt barn'."

"Det er vårt håp at vi i denne boken skal kunne formidle hvordan man både kan redusere sykkelighet og dødelighet for de få med høy risiko, samtidig som man kan støtte det store flertall av gravide som gjennomgår helt normale svangerskap."

Dessa tankvärda citat är hämtade från den nya upplagan av den norska boken om mödrahälsovård. Att boken är ämnad för allmänläkare framgår redan av titeln och det understrykes av att fyra av de sex författarna är allmänläkare. Huvudredaktör är annars professor Per Bergsjø på Kvinneklinikken vid Haukeland sykehus i Bergen och flertalet av de ovan givna citaten härrör från hans penna.

Detta är en bra bok, väl värd att läsa också för den svenske allmänläkaren och den svenska barnmorskan. Förhållandena i de olika nordiska länderna är många gånger väldigt lika. Det som gäller i Norge gäller oftast också i Sverige. I boken finns många matnyttiga kapitel, varav jag särskilt vill nämna 'Risiko - hva og hvorfor?' och 'Diagnostiske rutiner - screening

eller etter behov?', men även 'Møtet med den gravide' och 'Svangerskapet som livsfase'.

Självklart är kapiteln om 'Helsekort for gravide', 'Lover or regler' och 'Kontrollprogrammet' specifikt norska, men icke desto mindre läsvärda. Det är bra att någon gång lyfta ögonen ovan den svenska horisonten och upptäcka, att alla de uppgifter som behöver ifyllas under den normala graviditeten ryms på en enda A4-sida, att det i Norge krävs 'uttalte svangerskapsplager' för att berättiga till sjukskrivning under graviditetens sista tolv veckor, och att föräldrarna har rätt till ett års ledighet efter förlossningen, varav endast maximalt de första arton veckorna berättigar till ersättning.

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

Perinatal medicin

Redaktörer
BENGT PERSSON
MAGNUS WESTGREN

Stockholm: Almqvist & Wiksell,
1991.
Pris: 857 kronor. 460 sidor.
ISBN 91 21 12283 0

Som särskilt intresserad av ämnet har jag läst den nya läroboken i perinatal medicin. Och jag har läst den med behållning. I förordet rekommenderas boken till läsning för läkare under specialistutbildning inom obstetrik och pediatrik, för barnmorskor och neonatalsköterskor. Jag vill också rekommendera boken för de distriktsläkare som arbetar med mödrahälsovård.

Bokens första halva behandlar "Den gravida kvinnan". Där finns många matnyttiga kapitel. Särskilt läsvärda är kapiteln om perinatal statistik, mödrahälsovård, ultraljud, hypertoni, intrauterin tillväxthämning, samt om infektioner överförda från mor till barn respektive om effekter på fostret av alkohol, narkotika och tobak. Kapitel om graviditet och förlossning hos kvinnor med olika framför allt invärtesmedicinska sjukdomar är bra att slå i när man står inför en problempatient. Den första halvan avslutas med några kapitel om själva förlossningen. Att aktivt leda förlossningen innebär, att så lite som möjligt intervenser i den normala processen, men att noggrant övervaka densamma.

Bokens andra halva behandlar "Det nyfödda barnet". Här rör det sig om ganska speciell neonatologi. Mycket är naturligtvis allmänt intressant, men knappast något är praktiskt användbart för distriktsläkaren i gemen. Själv läste jag med behållning framför allt kapitlet om barnets anpassning vid födelsen och det om perinatal sjuklighet och cerebrala funktionsstörningar.

Sammanfattningsvis har vi här en ny god bok på svenska. Första halvan är en utmärkt lärobok i mödrahälsovård. Den rekommenderas till läsning för såväl barnmorskor som läkare på landets mödravårdscentraler.

Vilken bok är då bäst? Den här svenska eller den likaledes nyutkomna norska om perinatal medicin? Ja, det är nog en smaksak. Den norska är mera anpassad till allmänläkaren och den normala graviditeten, medan den svenska är mera inriktad på det sjukliga och avvikande. Enligt min uppfattning bör den som har hand om mödrahälsovård läsa båda.

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

The management of acute pain

GILBERT PARK
BARBARA FULTON

Oxford: Oxford University Press,
1991.
Pris: cirka 300 kronor. 166 sidor.
ISBN 0 19 263003 2

Smärta är en vanlig kontaktorsak i primärvård och smärtbehandling blir därmed ett återkommande inslag i allmänläkarens vardag. Förutom ett flertal akuta smärttillstånd (gall- och njursten, ryggår, skador och ischemisk smärta) möter allmänläkaren kroniska smärttillstånd av varierande genes. Att på ett differentierat sätt kunna analysera och behandla individer med smärtupplevelse är nödvändigt för att nå bra resultat. Förhållningssätt och terapi skiljer sig markant mellan akuta och kroniska smärttillstånd.

Flera stora textböcker behandlar ingående handläggningen av akuta smärtor men ställd inför de dagliga besluten finns det ibland behov av en koncis vägvisare. Den aktuella boken utger sig för att vara en "simple practical guidance for those who prescribe and administer drugs for acute pain relief" och borde således uppfylla sådana krav. Hur väl lyckas författarna med detta?



Enda!

Prepulsid (cisaprid) är det
enda preparatet som är godkänt för
underhållsbehandling
av refluxesofagit.

Vid esofagit grad I-III är hela 72 %
recedivfria efter 1 års
behandling med
Prepulsid 20 mg x 1¹.

1. Blum et al. World Congress of Gastroenterology,
Sydney 1990.

Cisaprid, Prokinetikum. Tabletter 5, 10, och 20 mg.
Mixtur 1 mg/ml.

För fullständig information se katalogtext på sid 191.

Janssen-Pharma AB, Box 5052, 421 05 Västra Frölunda. Tel 031-69 59 00.

*Prepulsid påverkar orsakerna till
gastroesofageal reflux och funktionell dyspepsi.
Det är den röda tråden i behandlingen.*

Prepulsid[®]
(cisaprid)
 **JANSSEN**

Inledningskapitlen behandlar överskådligt och bra smärtläsaologi samt flera motiv (förutom individens upplevelse) till att behandla smärta.

Ett par andra välskrivna kapitel berör psykologiska aspekter samt allmänna farmakologiska principer för smärtbehandling. Resten av boken består av praktiska synpunkter på smärtbehandling för olika tillstånd. Här finns dock en slagsida mot behandling med opiat för infusion och lokal-anestetika, vilket kanske begränsar värdet för allmänläkaren. Samtidigt är framställningen sannolikt för elementär för de flesta anestesiloger. Infusionsbehandling med opiat har i samband med ökad hemsjukvård blivit mer aktuell i primärvård och boken ger här en basal introduktion, även om en sådan behandlingsform måste bedrivas i nära samarbete med lokal smärt- eller anestesiklinik.

Tyvärr diskuteras perorala analgetika (inklusive NSAID) ganska svepande och översiktligt. Strategier för upp-trappning och kombination av analgetika, samt synen på fasta kombinationspreparat diskuteras inte. På den positiva sidan finns praktiska råd om lokalanestesi och blockader som delvis kan användas i öppenvård. Likaså ett viktigt kapitel om antiemetika i samband med smärtbehandling. Samman-

fattningsvis upplever jag boken ur primärvårdssynpunkt som ojämn. Vissa delar är utmärkta, andra är ytliga eller har andra målgrupper. De allmänläkare som ofta sysslar med opiatbehandling och blockader torde ha störst glädje av boken. För övriga tycker jag att kapitlet smärta i Läke-medelsboken 91-92 ger en välavvägd och väl så bra introduktion till behandling av akut smärta.

Ingemar Andersson, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Bromölla, 295 35 Bromölla.

Handbook of Blood Pressure Measurement

GEDDES LA

The Humana Press Inc, Crescent Manor, P.O. Box 2148, Clifton, NJ 07015

Pris: ca 700 kronor. 168 sidor.

ISBN 0 89603 194 2

Författaren har med sin nya handbok om blodtrycksmätning gjort en omarbetning av den tidigare boken "The Direct and Indirect Measurement of Blood Pressure" som han publicerade

1970. Den första boken, som är drygt 20 år gammal och slutsåld sedan länge, fick ett mycket entusiastiskt mottagande av såväl medicinsk press som läkarkår. Geddes gav i boken en intressant historisk återblick över blodtrycket och utvecklingen av blodtrycksmätningen jämte detaljerade beskrivningar av olika tekniker för direkt och indirekt blodtrycksdiagnostik. Varje kapitel följdes av många och väl valda referenser. Boken blev därför mycket fort något av en klassiker för alla med intresse för blodtryck och blodtrycksmätning.

Det var därför både roligt och spännande att få ta del av den nya boken. Äntligen en välkommen modernisering av den tidigare så uppskattade läroboken! Tyvärr innehåller den nya boken inte så mycket nytt. Innehållsmässigt är den således mycket lik den tidigare upplagan. Denna, som var något annorlunda disponerad, rymde faktiskt mer bland annat en hel del intressant läsning om blodtryck hos olika djurarter.

Den nya boken omfattar tre delar där den första tar upp den direkta blodtrycksmätningen, den andra behandlar indirekt blodtrycksmätning medan den sista delen ger läsaren en historisk återblick i ämnet. Liksom i den föregående upplagan beskriver

Prepulsid®

Janssen

Tabletter 5 mg, 10 mg och 20 mg, mixtur 1 mg/ml

Motilitetsstimulerande medel.

R
A03F A02

Deklaration. 1 tablett 5 mg innehåller: Cisaprid, monohydr. respond. cisaprid. 5 mg, lactos.

75 mg, constit. q.s.

1 tablett 10 mg innehåller: Cisaprid, monohydr. respond. cisaprid. 10 mg, lactos. 110 mg, constit. q.s.

1 tablett 20 mg innehåller: Cisaprid, monohydr. respond. cisaprid. 20 mg, lactos. 100 mg, constit. q.s.

1 ml mixtur innehåller: Cisaprid, monohydr. respond. cisaprid. 1 mg, sacchar. 200 mg, conservans (methy. parahydroxybenz., propyl. parahydroxybenz.), aroma, constit. q.s.

Egenskaper. PREPULSID innehåller cisaprid som ökar den peristaltiska aktiviteten i esofagus och kardia-sfinkterns tonus hos patienter med gastroesofagal reflux. Cisaprid ökar både kontraktiliteten och antroduodenal koordination och förbättrar härigenom tömning av ventrikeln. Vid funktionella tillstånd som resulterar i stas eller otillräcklig propulsjon av magingnehållet återställer cisaprid motiliteten.

Efter peroral tillförsel absorberas cisaprid snabbt och nästan fullständigt. PREPULSID bör intas 15 minuter före måltid för att nå optimal absorption och biotillgänglighet. På grund av första passagemetabolism är biotillgängligheten 40-50%. Den farmakologiska effekten sätter in 30-60 minuter efter tablettintag. Maximal plasmanivå nås inom 1-2 timmar och steady state uppnås inom 2-3 dagar. Den terminala halveringstiden är ca 10 timmar. Plasmaproteinbindningsgraden är ca 98%.

Cisaprid metaboliseras i stor utsträckning i levern. Metaboliterna utsöndras till lika delar via faeces och urin. Oförändrad cisaprid utsöndras renalt i mindre än 1% och i 4-6% via faeces. Vid nedsatt lever- eller njurfunktion bör initialt halva den normala dosen ges. Därefter anpassas dosen med avseende på effekt och eventuella biverkningar.

Indikationer. Tillstånd relaterade till motilitetsstörningar i mag-tarmkanalen såsom gastroesofagal reflux, förlängsamad ventrikeltömning och intestinal pseudoobstruktion. Underhållsbehandling vid refluxesofagit.

Försiktighet. Vid behandling av prematurt födda barn med en fostermognad understigande 34 veckor, då leverfunktionen hos dessa barn är oviss.

Graviditet. Kategori B.I. Se speciellt avsnitt märkt [9]. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. Djurexperimentella data talar ej för ökad risk för fosterskada.

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

Biverkningar. De vanligaste biverkningarna är diarré och buksmärtor som förekommer hos cirka 9% respektive 3% av behandlade patienter. Dessa gastrointestinala reaktioner betingas av cisaprids farmakologiska aktivitet och är vanligtvis övergående.

Vanliga
(>1/100)

GI: Diarré, buksmärtor, flatulens/meteorism.

Mindre
vanliga

Allmänna: Huvudvärk, yrsel.
GI: Illamående.

Sällsynta
(<1/1000)

CNS: Krampanfall. Extrapyramidala symtom.
Lever: Leverfunktionsstörningar.

Vid diarré hos små barn bör dosen reduceras. I händelse av påtagliga buksmärtor med dosen 20 mg/intag rekommenderas att dosen per intag halveras. Illamående kan även vara symptom på sjukdomen. Sambandet mellan leverfunktionsstörningar och cisaprid är inte säkerställt.

Dosering. Vuxna: Normal dygnsdos är 15-40 mg, givet som 5-10 mg 3-4 gånger dagligen eller vid refluxesofagit 20 mg 2 gånger dagligen. Behandlingstiden är vanligen 4-8 veckor. Vid underhållsbehandling av refluxesofagit ges 10 mg 2 gånger dagligen, före frukost och vid sänggående, eller 20 mg 1 gång dagligen, vid sänggående. I särskilt svåra fall kan dosen dubblas till 20 mg 2 gånger dagligen.

Barn: Normaldosering är 0,2 mg/kg 3-4 gånger dagligen.

PREPULSID bör intas 15 minuter före måltid.

Interaktion. Cisaprids stimulerande effekt på ventrikeltömning kan påverka absorptionen av andra perorala läkemedel. Patienter som behandlas med antikoagulantia bör kontrolleras med avseende på koagulationstid en vecka efter in- och utsättning av PREPULSID. Även för andra individuellt titrerade läkemedel kan dosen behöva kontrolleras i samband med PREPULSID-behandling.

Antikolinergika motverkar till stor del cisaprids stimulerande effekt på gastrointestinal motilitet.

Cisaprid interagerar även med cimetidin.

Se speciellt avsnitt märkt [1] A03F A02 Cisaprid.

Förpackningar och priser.

Tabletter 5 mg (vita, runda, något välvda, Ø 7 mm, ena sidan med skåra märkt CIS/5, andra sidan märkt JANSSEN)

50 tabletter (blister) 121:50

100 tabletter (blister) 223:50

250 tabletter (blister) 531:50

Tabletter 10 mg (vita, runda, något välvda, Ø 8 mm, ena sidan med skåra märkt CIS/10, andra sidan märkt JANSSEN)

50 tabletter (blister) 222:-

100 tabletter (blister) 426:50

250 tabletter (blister) 1.004:50

Tabletter 20 mg (vita, runda, något välvda, Ø 8 mm, ena sidan med skåra märkt CIS/20, andra sidan märkt JANSSEN)

100 tabletter (blister) 790:50

Mixtur 1 mg/ml (vit mixtur med körsbärssmak)

200 ml (flaska med dosmått) 111:50

och illustrerar författaren på ett för läsaren trevligt och tillgängligt sätt apparatur, fysiologi och mättekniker i de olika avsnitten. De flesta delarna i den nya upplagan är emellertid, både till innehåll och uppläggning, tämligen oförändrade jämfört med den gamla boken. I den nya läroboken finns som tidigare rikligt med referenser. Dessa är framför allt av äldre datum. Det är således något sparsamt med modernare litteraturangivelser. På något sätt saknas förnyelse i den nyutkomna boken. Denna borde ha tagit upp och behandlat mer av allt nytt som tillförts blodtrycksmätningen under de senaste 20 åren. Undertecknad tänker då speciellt på framstegen inom ambulatörsk blodtrycksmätning men också på den övriga tekniska utvecklingen som under denna tid tillförts diagnostiken av blodtryck.

Därför blir slutomdömet om den nya läroboken "Handbok om blodtrycksmätning" att den inte riktigt är så ny som man hade hoppats att den skulle vara. Boken försvarar emellertid mer än väl sin plats som uppslagsbok och bör därför självklart finnas med bland läroböckerna i biblioteken på vårdcentraler och sjukhus eftersom den är tämligen ensam i sitt slag bland läroböcker i detta viktiga ämne.

Thomas Thulin, docent.

Postadress: Institutionen för medicin, Lunds universitet, 221 85 Lund.

Hälsans mysterium

AARON ANTONOVSKY

Stockholm: Natur & Kultur, 1991.
ISBN 91 27 02193 9

Hösten 1991 läste jag en tidningsartikel om ett par bröder som är ursprung till Per Olov Enquists senaste roman "Kapten Nemos bibliotek". De stora rubrikerna löd: "Bortbytingarna blev bröder" och "Allt har en mening här i livet".

Vilken perfekt illustration när man vill introducera Aaron Antonovskys bok "Hälsans mysterium", som nu översatts till svenska! Det visade sig nämligen, att den av bröderna som var klen, byttes på BB till en mor som orkade ta sig an honom, medan den kraftigare klarade att överleva hos en kvinna som på grund av sjukdom inte orkade sköta honom.

Detta, att när svårigheter tornar upp sig och stor smärta tillfogats samtliga inblandade, ändå försöka se att det går att spåra en mening i det som inträffat, är det som Antonovsky inbegriper i KASAM, känsla av sammanhang (Sense of coherence). KASAM omfattar tre centrala komponenter nämligen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Vändpunkten för Antonovsky i hans forskning blev, när han undersökte en grupp judiska kvinnor som överlevt tyska koncentrationsläger. Han ville veta hur en förhållandevis hög andel av dem kunde må så bra, med hänsyn till allt de genomlevt. Detta blev upptakten till att Antonovsky började undersöka vad som är hälsobefrämjande. Han kallar detta synsätt för salutogenetiskt (Salus är hälsans och välfärdens gudinna i den romerska mytologin). Vilka är de svarta som inte får högt blodtryck? Vilka är de typ A-personer som inte får hjärtsjukdomar? Vilka är de rökare som inte får lungcancer?

Antonovsky förordar, att vi gör en tankeomorientering från den medicinskt sjukdomsorienterade ståndpunkten, som bygger på föreställningen om en grundläggande dikotomi mellan sjuka och friska människor. Vi kommer alla att dö, menar han och vi är alla, så länge det finns det minsta liv i oss, i någon bemärkelse friska. Vad den salutogenetiska infallsvinkeln betyder är, att vi undersöker varje person vid en viss tidpunkt, som befinner sig på ett multidimensionellt kontinuum mellan hälsa och ohälsa (ease och dis-ease).

Det patogenetiska synsättet får forskare, behandlare och beslutsfattare att koncentrera sig på den specifika sjukdomsdiagnosen eller på förebyggandet av viss sjukdom, i synnerhet hos högriskindivider eller högriskgrupper. Det salutogenetiska synsättet däremot vill få oss att fokusera på det övergripande problemet, att aktivt anpassa oss till en omgivning som ofrånkomligen är rik på stressorer. Detta sätt att se, hindrar oss också från att gå i fällan att uteslutande ägna oss åt en given sjukdoms etiologi i stället för att alltid söka efter människans totala historia, inklusive hans eller hennes sjukdom. Vår uppgift i sjukvården är att försöka bidra till att de enskilda individer vi möter och ansvarar för, rör sig mot den friska polen, att vi undersöker vad som betingar en rörelse mot hälsa för just den här individen.

Antonovsky har konstruerat ett test där man kan mäta en individs KASAM. Testet omfattar 29 frågor, och han anser att det kan användas tvärkulturellt.

De tre komponenter som ingår i KASAM och som han menar är oupplösligt förenade är:

Begriplighet. I vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara och inte som kaos. Även överraskningar går att ordna och förklara för en person med känsla för hög begriplighet. Död, krig och misslyckanden kan förekomma, men de blir gripbara.

Hanterbarhet. Resurser står till ens förfogande för att möta de krav som

ställs av de stimuli som man bombarderas av. Dessa resurser kan bestå av make, maka, Gud, partiledare, läkare – någon man känner att man kan räkna med och som man litar på. Man känner sig inte som ett offer för omständigheterna eller att livet behandlar en orättvist. När olyckliga saker händer i livet, kommer man att kunna reda sig och inte sörja för alltid.

Meningsfullhet. Detta är motivationskomponenten i KASAM. Händelsen blir för en person, som har något som är viktigt i livet och som betyder mycket för honom – en utmaning som är värd känslomässig investering och engagemang och inte bördor som lagts på honom. Det betyder ju inte att någon blir glad när en anhörig dör eller när man blir avskedad från sitt arbete. Det handlar om att vara inställd på att söka en mening i den svåra upplevelsen och göra sitt bästa för att med värdigheten i behåll komma igenom den.

I sitt förord till den svenska upplagan skriver professor Lennart Levi, att målgrupp för den här skriften borde vara en bildad allmänhet, men även läkare, sköterskor, psykologer, sociologer och socionomer. Jag kan bara instämma i detta.

Aaron Antonovsky är Kunin-Lunenfeld-professor i medicinsk sociologi och prefekt vid Institutionen för hälsosociologi vid Hälsovetenskapliga fakulteten, Ben Gurion University of the Negev, Beersheba, Israel.

Berit Nilsson

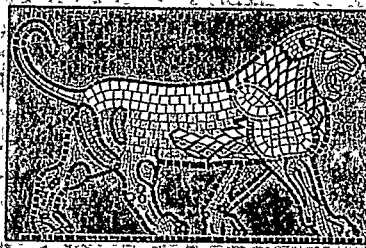
Postadress: Institutionen för Allmänmedicin, Umeå Universitet, 901 85 Umeå.

American Academy of Family Physicians Annual Scientific Meetings

1992 oktober 15–18. San Diego.
1993 oktober 7–10, Orlando.
1994 september 22–25. Boston.
1995 september 21–24. Anaheim.
1996 oktober 3–6. New Orleans.
1997 september 25–28. Kansas City.
1998 september 17–20. San Francisco.

Information: AAFP
8880 Ward Parkway
Kansas City, MO 64114-2797
USA
Fax +1 816 8220580

7–10 oktober. (AAFP) The American Academy of Family Physicians' 45. Annual Scientific Assembly, Orlando, Fl.
Information: Læge Allan Pelch, Vognporten 6, DK-2620 Albertslund.
Tel +45 42 641144, Fax +45 42 644230.



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[®] pivampicillin + 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 040-756 30 • Box 404 • 201 24 Malmö

LARS JOHAN BERG

GASTGIVAREV 16
543 35 TIBRO

734004

I sitt öppningsanförande pekade nämnde-

lycads. 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

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