

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Den ofärdiga
husläkaren

5
1992

Kropp
och
existens



Seniortabletten

för individualiserad hypertonibehandling.

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

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

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

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

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

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

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

Normaldosering är 5 mg.

Doseringen är individuell och Plendil® ges alltid i endosering.

Förpackningar 28 st eller 98 st.

Plendil®

Felodipin - depottabletter

Hässle Läkemedel AB, 431 83 Mölndal.

Tel 031-776 35 00. Fax 031-776 35 01.

Manus-stopp!

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
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

Foto: Anna Källkvist

Kalendarium

195

Ledare

Den ofärdige husläkaren
Mats Ribacke, Christina Fabian

196

Nytt från SFAM

Leeuwenhortsguppen bildar "The European Academy of Teachers in
General Practice"
Carl Edvard Rudebeck

197

Nytt från institutionerna

Allmänmedicinska institutionen i Uppsala fyller 10 år – en kommentar
Gösta Tibblin

199

Doktorsavhandlingar från primärvården

Inger Enström: Ambulatory blood pressuremeasurement
A tool for more comprehensive blood pressure evaluation
Lars H Lindholm

200

Sömn, diures och peptidhormoner
Ragnar Asplund: Micturition habits in diuresis in relation to sleep and well-being
in elderly subjects with emphasis on antidiuretic hormone and treatment with
desmopressin

203

Kurser & Konferenser

Nordisk forskarsymposium om humanistisk sundhetsforskning Hindsgavl slot, Fyn,
Danmark, 4–6 mars 1992
Bodil Persson, Monica Löfvander

205

Apoteksbolaget

Frågor och svar om läkemedel
Lars-Olof Hensjö

213

Försäljning av receptfria analgetika 1986–1991
Anders Carlsten

215

Läkemedelsförsäljningen första halvåret 1992
Ingrid Nordenstam, Anders Wessling

216

Hälso- och sjukvård för invandrare och flyktingar i Sverige – Psykologiska och
psykiatriska aspekter
Monica Löfvander

217

Vem tar hand om barnen – och vem tar hand om de gamla?
Anders Håkansson, Per André

220

Allmänmedicinska specialisters efterutbildning i Norge
Björn Nilsson

224

Tala är silver och skriva är guld
Lars Grundström, Kristian Pedersen

226

Kropp och existens
Charlotte Hedberg

227

Avfallshantering efter patientnära mikrobiologisk diagnostik
Anna Schwan

230

Det specialiserade sjukhusystemets uppgång, konsolidering, storhetstid och
begynnande nedgång
Bodil Persson

232

Auskultation på ett Stockholmssjukhus
Per Wändell

233

Recensioner

Eitinger L, Retterstol N, Dahl AA, Malt UF. Kriser och nevroser.
Hans Hallberg

235

Lemne C. Liten handbok för kliniska provare.
Håkan Cars

235

Hofgaard Lycke K, Handal G, Lauvås P. Att handleda läkare – en pedagogisk
introduktion
Anna Källkvist

236

Naproxen Astra

(antiflogistikum, analgetikum)

med totalprodukt

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

Naproxen Astra är ett

Tabletter 250 mg, 500 mg och 4 g. Suppositorer 500 mg. Mixtur 25 mg/ml.

Astra Lakemedel AB, SÖDERÅLJE

1992

OKTOBER

□ **21-22 oktober.** Noliämässan: Handikapp och äldreomsorg. Umeå.

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

□ **22-23 oktober.** Internationell omvårdnadskonferens. Kvalitativ forskning inom vårdområdet. Örebro.

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

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

Information: Sekretariatet, Sønder 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.

Information: Anne-Christine Björnsell Ohlson eller Kristina Hansen, Tel 08-24 50 85, fax 08-20 55 11.

□ **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.** 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.

□ **26 november.** Kvalitetssäkring i sjukvården – farmaceutens roll. Marievik Konferenscenter, Stockholm. Deltagaravgift 1300 kronor, efter 27 oktober 1500 kronor (+ moms).

Information: Kristina Hansen, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85, Fax 08-20 55 11.

DECEMBER

□ **1 december.** Invandrades behov av apo-

teksservice. Stockholm. Deltagaravgift (1200 kronor) före 3 november.

Information: Kurssekreteraren Kristina Hansen, Apotekarsocieteten, Box 1136, 11181 Stockholm. Tel 08-24 50 85, Fax 08-20 55 11.

□ **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.

1993

JANUARI

□ **28-29 januari.** DUR-kurs: Kvinnans hälsa i mogen ålder, Stockholm.

Information: Leif Ternander, Kabi Pharmacia, Stockholm. Tel 08-695 71 19.

FEBRUARI

□ **6-10 februari.** 1993 APR-WONCA Conference, Philippine International Convention Center, Manila.

Information: Zorayda E Leopando, MD, Secretary General, Organizing Committee, Philippine Academy of Family Physicians, 2336 Marconi Street, Makati, Metro Manila, Philippines. Tel (632)872135, 5220541 to 48, Fax (632)5212831; 5214884.

PLYMOUTH POSTGRADUATE MEDICAL SCHOOL

Primary Health Care in UK – An Anglo/Swedish GPs Workshop

Inbjudan att delta i ett symposium kring familjeläkaresystemet såsom det utvecklats i England. Samtidigt erbjuds du en unik möjlighet att följa med en erfaren engelsk kollega för att under ett dygn uppleva hur det engelska allmänläkaresystemet fungerar. Maximerat deltagarantal – cirka 20 svenska allmänläkare.

Tidpunkt: 1-2 April 1993

Plats: Plymouth Postgraduate Medical Centre, Derriford Hospital, Plymouth, UK.

För ytterligare information kontakta

Mrs Jackie Masters

Plymouth Postgraduate Medical School
Derriford Hospital, Plymouth PL68DH,
England Tel/Fax +44-752-792711.

Call for Abstracts

WONCA/SIMG Congress 1993

"Quality of Care in Family Medicine/General Practice"

June 13-17, 1993

The Hague, The Netherlands

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

JUNI

□ **6-9 juni.** Reg European Conference of the World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Information: Dutch College of General Practice (DCGP), Drs JPM van der Voort, Exec Dir, PO Box 14006, 3508 SB Utrecht, Netherlands, 932 0046.

□ **13-17 juni.** 1st European Congress on General Practice.

Information: Secr, Netherlands Congress Center (NCC), PO Box 82000, NL-2508 EA, The Hague, Holland. Tel 070-35 12851.

AUGUSTI

□ **11-14 augusti.** Nordisk allmänmedicinsk kongress, Sainäjäki, Finland.

Information: Claes Winell.

CORPORATE MEMBERSHIP IN THE EUROPEAN ACADEMY OF TEACHERS IN GENERAL PRACTICE (EURACT)

EURACT vill ge möjlighet också till organisationer av lärare i allmänmedicin att ansluta sig. Några fasta organisationer av lärare i allmänmedicin finns inte i Sverige, men kontaktnät finns ju mellan de allmänmedicinska institutionerna, bland handledare, studierektorer och examinatorer. "Corporate membership" innebär, att organisationen kommer på EURACTs sändlista och har en röst vid EURACTs beslutande möten.

De enskilda medlemmarna i den organisation som erhåller "corporate membership" kommer att få information om utbildning i allmänmedicin. Avsikten är att EURACT inom en ganska snar framtid skall ha en regelbunden utgivning av ett informationsbrev. EURACTs planer är också att så småningom ge ut en tidning, men den kommer bara att gå till de allmänmedicinska lärare som har individuellt och direkt medlemskap i EURACT.

För mer information, kontakta under-tecknad.

Carl Edvard Rudebeck

Kvartersakuten Tor

Surbrunnsgatan 66

113 27 Stockholm

Den ofärdige husläkaren

MATS RIBACKE · CHRISTINA FABIAN

Aldrig förr har allmänmedicinen i Sverige diskuterats och kommit i centrum som nu. Socialdepartementet har presenterat ett husläkarförslag, som till stora delar sammanfaller med läkarförbundets PIFF. Gemensamt är att allmänläkarspecialisten skall utgöra basen i hälso- och sjukvården. Arbetsuppgifterna definieras i ett grundåtagande och ett begränsat antal patienter sätts upp på husläkarens lista. Detta har vi länge kämpat för både lokalt och centralt inom distriktsläkarkåren.

Socialdepartementets promemoria är inget genomarbetat förslag, där finns luckor och oklarheter. Man kan också ifrågasätta om denna genomgripande sjukvårdsreform inte bort vänta tills utredningen om sjukvårdens framtida finansiering är klar 1993. Det finns risk att reformen måste reformeras innan den trätt i kraft! Remisstiden har varit kort och dessutom infallit under semestertider. Distriktsläkarförningarna ute i landet har dock tagit mycket aktiv del i arbetet och de personliga kontakterna med styrelserna har varit många. Vägledande för förningarnas remissvar har varit uppmaningen under PIFF-diskussionen vid vårmötet i Karlskrona 1991. Där var de flestas mening att detta är primärvårdens stora chans. Förslaget är inte bra i alla delar, men det kan bli bra, om vi tar som vår uppgift att hjälpa till att fylla en bra ram med ett bra innehåll. Både SFAM och DLF har avgivit remissvar direkt till socialdepartementet. SFAMs svar finns publicerat i AllmänMedicin nr 4/92 och distriktsläkarförningens remissvar i tidningen Distriktsläkaren nr 8-9/92.

Husläkarpromemorian sätter läkaren i centrum. Det är viktigt att vi är beredda att ta det ökade ansvar detta innebär. Många av våra kollegor har känt sig styrda av övriga personalkategorier på vårdcentralen. Här kan troligen förändringar ske utan att därför väsentliga delar av teamarbetet störs, till exempel sköterskemottagning med diabetes, astma och hypertoni. Incitament för gruppomfattning måste finnas. De flesta av oss vill inte arbeta som ensamdoktorer och gruppomfattningar medför bättre kvalitet i verksamheten. Genom gruppomfattning kan områdesansvaret bättre bevaras och gemensamma resurser utnyttjas effektivare. Det ger också garanti för möjlighet till ledigheter vid efterutbildning och journalsamverkan.

Stor oro finns bland distriktsläkarna för fri etablering. Vi är ju nästan alla offentliganställda idag och det är ett stort och osäkert steg att ta för många av oss att bli egna företagare. Blir kapitationen för låg blir det inget problem. Ingen har råd att etablera sig och vi blir inte fler husläkare. Därmedot innebär en adekvat per capitaersättning en garanti för att teamarbete kan bevaras och att vi kan fortsätta att utföra de medicinska utredningar och undersökningar, som nu görs på vårdcentralen.

Fri etablering är ett rent politiskt ställningstagande. I Norge har man sedan länge på papperet fri etablering. Man har dock viss etableringskontroll genom att läkarförbundet och kommunen inte beviljar etablering, om patientantalet är för litet. I Norge har man också obligatorisk efterutbildning, som skall godkännas vart femte

år. Läkaren får lägre ersättning, om efterutbildningen ej är fullgjord.

Kvinnliga distriktsläkare i Sverige känner med rätta stor oro för framtiden. Blir reformen en kvinnofälla? Självklart är de arbetsrättsliga frågorna oerhört viktiga att arbeta med inför ett eventuellt husläkarsystem. Socialdepartementet har under sommaren tillsatt arbetsgrupper, som arbetar med ST-läkarens plats i ett framtida husläkarsystem och med kvalitetssäkringsfrågor.

Departementet föreslår en husläkarlag för att garantera individens rätt till en egen allmänläkare över hela Sverige. Efter 15 års ovilja bland landstingen att skapa den bassjukvård som behövs, tror vi att en övergripande lag är nödvändig.

Såväl DLF som SFAM svarar i princip "ja" till förslaget om husläkare. Genom våra remissvar har vi velat bidra till att förslaget under höstens departementsbearbetning kompletteras på viktiga punkter. Förutsättningar måste skapas för att rekryteringen till husläkarbanan skall göras attraktiv. Vi vet att allmänläkararbetet är viktigt och stimulerande men också krävande. Den framtida husläkarens arbetssituation måste göras tillfredsställande och patienten skall kunna erbjudas högsta kvalitet i vården.

Sveriges invånare kommer då äntligen att få en egen doktor att gå till, en specialist i allmänmedicin, som kan ge sin patient kontinuitet, tillgänglighet och kvalitet.

Mats Ribacke, ordförande i SFAM.

Christina Fabian, ordförande i DLF.

Leeuwenhorstgruppen bildar "The European Academy of Teachers in General Practice"

CARL EDVARD RUDEBECK

Den Nya Leeuwenhorstgruppen har varit verksam i tio år. Den ursprungliga gruppen hade dessförinnan verkat nästan lika länge. Tillsammans har de båda grupperna möjliggjort ett långvarigt och kontinuerligt idé- och erfarenhetsutbyte inom europeisk allmänmedicin.

Den Nya Leeuwenhorstgruppen har under sin period publicerat dokument om kvalitetsutveckling i allmänmedicin, om grundutbildningen och en bok om specialistutbildning i allmänmedicin. En översikt över allmänmedicinens roll i den totala medicinutbildningen samt innehållet i de olika utbildningsprogrammen har också publicerats i två omgångar. Gruppens arbete har i tiden sammanfallit med en påtaglig utveckling av allmänmedicinutbildningen i de flesta länder. Antalet lärare i allmänmedicin har ökat kraftigt.

Den Nya Leeuwenhorstgruppen har gjort bedömningen, att den förändrade situationen i utbildningen kräver nya organisationsformer på europeisk nivå. Till detta kommer den mycket snabba omvandlingen av Östeuropa med tillkomsten av nya stater i stort antal.

Den Nya Leeuwenhorstgruppens svar på den nya situationen i Europa är att ta initiativ till bildandet av "The Academy of Teachers in General Practice in Europe". Medlemsskapet i akademien är öppet och den preliminära årsavgiften är satt till cirka 250 kronor.

Den Nya Leeuwenhorstgruppen etablerar sig själv som interimstyrelse och ska inom loppet av tre år ha ersatts av nationellt valda representanter. Utåtriktat arbete, i form av informationsutbyte, etablerandet av ett europeiskt kontaktnät inom allmänmedicinsk utbildning samt anordnandet av konferenser, kommer att bli viktigare än tidigare.

Inbjudan om medlemsskap går till alla personer som är aktivt engagerade i allmänmedicinutbildningen, det vill säga också icke-läkare. En nomineringsgrupp inom interimstyrelsen kommer att bedöma ansökan. Övergångsstadgar är utarbetade. Den som

är intresserad av att bli medlem, kan vända sig till mig med begäran om stadgar och anmälningsformulär. Jag har beslutat lämna engagemanget i den Nya Leeuwenhorstgruppen/the Academy of European Teachers in General Practice, men kommer att stå kvar som kontaktperson till dess ersättare trätt till.

Skrift om efterutbildningen

Den Nya Leeuwenhorstgruppens sista formella möte hölls i Edinburgh i mars 1992. I samband med detta möte lades sista handen vid ett omfattande dokument om efterutbildningen i allmänmedicin under redaktion av Michael Boland från Irland.

I dokumentet beskrivs efterutbildningen som en process som samtidigt identifierar utbildningsbehov och omfattar aktiviteter för att täcka dessa behov. På detta sätt är efterutbildningen nära knuten till kvalitetssäkringsarbetet. De teoretiska modeller som ligger bakom efterutbildningen har därför mycket gemensamt med de modeller som formar kvalitetssäkringen. Olika begrepp tydliggörs. Texten är ganska konkret i sin beskrivning av hur utbildningen kan organiseras. Utnyttjande av teknologi belyses. På samma sätt diskuteras olika metoder för att identifiera utbildningsbehoven. Problemet med att motivera läkare att delta diskuteras. Utbildningens olika nivåer från den enskilda läkarens reflektion till nationella aktiviteter belyses tillsammans med en beskrivning av de strukturer som behövs för att hålla ett sådant system levande. Gruppen menar, att efterutbildningen ej kan vara obligatorisk, däremot måste det ligga ett starkt tryck på enskilda doktorer att redovisa sin kompetens. Tar inte professionen hand om detta själv, kommer med stor sannolikhet sådan kontroll att påläggas utifrån.

Ett viktigt påpekande som görs i dokumentet är, att behoven av kompetensutveckling ändras under yrkeskarriären. En nyutbildad allmänläkare har sannolikt utbildnings- och utvecklingsbehov som skiljer sig från den som har fem år kvar till pension. Med en annan betoning betyder de olika

utbildningsbehoven också olika kompetensprofiler. Den yngre allmänläkaren har friska erfarenheter från utbildningssystemet, medan den äldre framför allt har sin långvariga praktiska erfarenhet. Det är viktigt att kårens samlade kompetens nyttiggörs i efterutbildningen.

Dokumentet avslutas med en redogörelse för initiativ inom efterutbildningen i olika europeiska länder. Här finns element som troligen är möjliga att direkt applicera i Sverige, medan andra kan tjäna som inspiration till eget tänkande och egen utveckling.

Publicering

Skriften kommer troligen i tryck hösten 1992. I AllmänMedicin kommer att göras ett tillkännagivande om publicering samt om var och till vilken kostnad publikationen kan rekvireras.

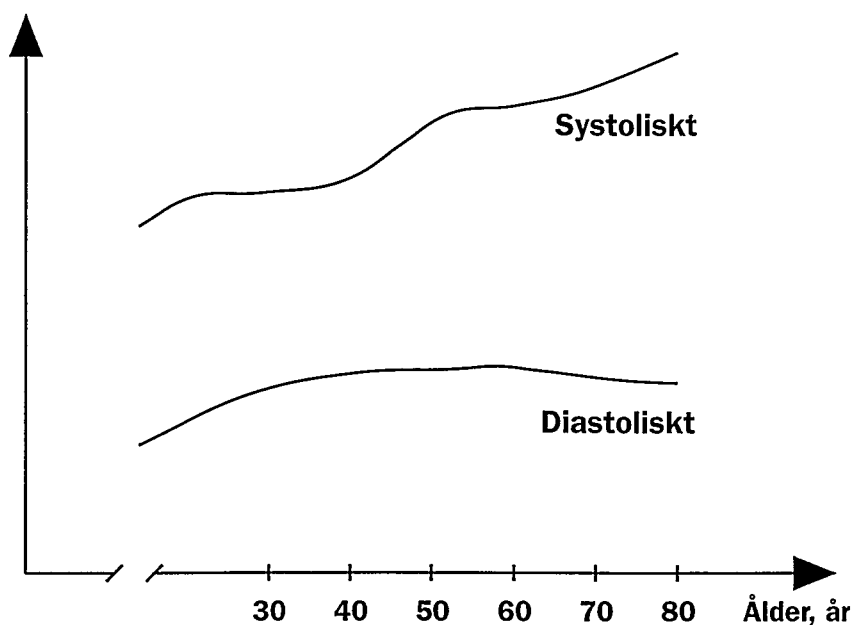
Europeisk allmänläkarkonferens i Gleneagles

Den Nya Leeuwenhorstgruppen avslutade sitt möte i Skottland med att delta i en konferens om allmänmedicins utveckling i Europa. Konferensen hölls i Gleneagles, ett statligt hotell i de skotska högländerna. Vård var den regionala avdelningen (Faculty) av the Royal College of General Practitioners. I föredrag och i diskussionen dryftades frågor om hur allmänläkarens arbetsformer och utbildning står i förhållande till befolkningarnas föränderliga behov. Politiska beslutsystem, finansieringsmodeller, EG-perspektivet och patienternas/konsumenternas rättigheter diskuterades också.

I samband med konferensen avtäckades också en av allmänmedicinens pionjärer, professorn i allmänmedicin i Dundee, Jimmy Knox. Han var med om att bilda den ursprungliga Leeuwenhorstgruppen 1974. Jimmy Knox har publicerat sig flitigt genom åren, hans senaste bok handlar om hembesök.

Vid Gleneagles-konferensen tillkännagavs första gången officiellt bildandet av "the Academy of Teachers in General Practice". Som sig bör fick därmed bildandet av "the Academy" en högtidlig inramning. Samtidigt sat-

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.

Kärlvidgande

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.

Kärlselektiv

Isradipin, i Sverige Lomir® SRO, är en kärlselektiv 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

tes punkt för Leeuwenhorstepoken i europeisk allmänmedicin.

Som en av grundarna av Leeuwenhorstgruppen var Jimmy Knox den förste att önska grundarna av "the Academy" lycka till.

Författarpresentation

Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare.

Centrum för Praktisk Allmänmedicin
Surbrunnsgatan 66
113 27 Stockholm.

Seminarium

Metoder i det

Lokala Folkhälsoarbetet

9-10 november 1992 i Malmö

anordnat av Socialmedicinska avdelningen och Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö.

Priset för seminariet är 1300 kronor och inkluderar lunch dag 1 och dag 2 samt middag dag 1. Deltagarantalet är begränsat.

Information: Ulla-Britt Hedenby, 040-331331 eller Barbro Alm, 040-331150.

Nytt från institutionerna

LB 06677

Allmänmedicinska institutionen i Uppsala fyller 10 år – en kommentar

GÖSTA TIBBLIN

Den Allmänmedicinska institutionen i Uppsala fyller 10 år i september 1992. Detta är en föga imponerande ålder för en institution placerad vid ett universitet som samtidigt fyller 515 år. Inte heller har vår institution under de gångna tio åren utträttat något särskilt märkvärdigt, som är värt extra uppmärksamhet. För att ändå uppmärksamma vår 10-åriga existens, beslöt vi att arrangera en fest på slottet med storbandsjazz och medaljutdelning till trotjänare. För att motivera festen, ordnar vi den 27–28 oktober 1992 en konferens på temat "Allmänmedicin – framtidens medicin", till vilken alla är hjärtligt välkomna (förhandsanmälan till institutionen).

Vår institution är landets första allmänmedicinska institution. Däremot var den kliniskt samhällsmedicinska institutionen i Dalby först med inrättandet av en professur i allmänmedicin, den som innehas av Bengt Scherstén.

Under de första åren presenterade jag gärna institutionens medarbetare, antalet publikationer vi givit ut, vilka som var doktorander och vilka som disputerat. Med tiden har det dock skett en intresseförskjutning. Viktigare har blivit att ifrågasätta hela verksamheten. Varför behöver vi ha en akademisk verksamhet och vilka skall företräda den?

För tio år sedan var entusiasmen för den akademiska allmänmedicinen begränsad. Påskyndare var de centrala maktthavarna. Lokalt i Uppsala var man frågande och placerade professuren i Tierp, långt från studenter och forskningsgemenskap. Bland distriktsläkare och inom SFAM undrade man, vad allmänmedicinska institutioner skulle vara bra för och skulle man ha just de personer som sökte och var

kvalificerade till de utannonserade tjänsterna? Vore det inte bättre med "riktiga" distriktsläkare med minst 20 års erfarenhet från mottagningsgolvet?

SFAM-mötena var i början på 1980-talet ett stålbad för dem som kom utifrån och tagit plats vid köttgrytorna. Professorerna fick försvara sig mot den hårda kritiken som gick ut på att ifrågasätta, inte vad de gjort eller höll på att göra, utan vad de inte gjort – nämligen länge arbetat inom primärvården. Med tiden mojade motvinden.

Den akademiska allmänmedicinen finns idag på alla universitetsorter från Malmö i söder till Umeå i norr. Sammanlagt finns sju professorer i allmänmedicin och ytterligare två är under tillsättning – en i sjukvårdens ekonomi och organisation i Lund och en i kvinnors ställning i samhället och kvinnors hälsa i Linköping. Under de gångna 10 åren har ett fyrtiotal distriktsläkare disputerat. Det finns minst ett 100-tal doktorander i allmänmedicin.

Allmänmedicinen är på alla universitetsorter väl representerad inom medicinarnas grundutbildning. I begränsad utsträckning deltar de också i AT- och specialistutbildningen. Tillsammans med bland annat läkemedelsindustrin har vår institution i Uppsala gjort vissa insatser inom efterutbildningen. Jag tänker då bland annat på Oxfordkurserna i "Konsultation", studiebesöken hos de holländska kollegorna i Amsterdam och Allmänmedicinskt forum i Stockholm, som verkar bli en tradition.

En viktig insats inom efterutbildningen är institutionens videotidning "Medicinskt magasin", som sedan 1986 kommit ut med fyra nummer varje år och som har närmare 200 pre-

numeranter. Ansvarig för den är Christer Blondell.

En verksamhet som kräver en kommentar är läroboken Allmänmedicin med ett 30-tal distriktsläkare som författare och med Gustav Haglund och mig själv som huvudredaktörer. Boken, som kom ut 1989, fick hyggliga recensioner i Sverige, men blev nedgjord i Norge av minst två recenser. En av dem var den norske professorn i allmänmedicin Per Fugelli, som utnämnde boken till världens sämsta lärobok i allmänmedicin i konkurrens med ett knappt tjugotal inom samma ämne. Den har sålts i något tusental exemplar, men blev aldrig någon succé bland våra medicine studerande, som ju var den aktuella målgruppen. Jag blev varnad innan jag startade detta gigantiska arbete, som tog många månader i effektiv arbetstid, med upplysningen: "Skriver en lärobok i medicin gör bara fåfänga professorer, som har en outtömlig arbetskapacitet och som belöning är beredda att skörda otack och i bästa fall kollegornas avund". Hur rätt hade inte min sagesman!

Institutionen hyser den svenska redaktionen för "Scandinavian Journal of Primary Health Care". Under årens lopp har de svenska bidragen till tidningen ökat alltmer till antal men också förbättrats kvalitetsmässigt. I det sammanhanget kan jag nämna, att institutionen är värd för Nordisk allmänmedicinsk kongress 1995.

Institutionen i Uppsala är liten. Förutom de två professorerna (den andre är Kurt Svärdsudd, professor i allmänmedicin speciellt epidemiologi) har vi fyra kliniska assistenter, där inneha-varna roterar i fyramånadersperioder. Till detta skall läggas institutionens ryggrad – det administrativa blocket,

som består av Barbro Rolén, Margaretha Eriksson och Karin Modin. Utan dem faller institutionen samman.

Institutionen i Uppsala må vara liten, men vårt nätverk i mellansverige är omfattande. Till det hör de över 100 vårdcentralerna, vars läkare och övriga personal handleder våra medicine studerande i deras tjänstgöring ute på vårdcentral.

Institutionens kärna är dock dess tjugotal doktorander och ungefär lika många predoktorander. Detta läsår räknar vi med att fyra av de våra kommer att disputera. Doktorandgruppen träffas regelbundet under terminerna, torsdagar jämna veckor. Dessa institu-

tionsdagar omfattar ett förmiddagsprogram och ett eftermiddagsprogram. Karin Modin sänder gärna terminens program till intresserade besökare, som vill veta vilka vi är och vad vi gör. Uppsalainstitutionen har knoppat av en allmänmedicinsk avdelning, som är placerad i Västerås, där en spännande verksamhet bedrivs under ledning av Ivar Ringquist och Jerzy Leppert.

I början av denna artikel finns ett ifrågasättande av den akademiska allmänmedicinen både i stort och som den bedrivits de senaste tio åren i Uppsala. Framtiden får utvisa, om svensk akademisk allmänmedicin kommer att överleva i den hårda aka-

demiska konkurrensen. Men nog ser det lovande ut med den stora grupp disputerade som växt fram och med sådana kandidater till morgondagens allmänmedicinska professorer som Göran Westman, Ingvar Krakau, Robert Eggertsen, Anders Håkansson, Lars Lindholm, Barbro Hagander och Lennart Råstam – alla kommer från den stora gruppen forskningsintresserade allmänläkare.

Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin.

Institutionen för allmänmedicin
Akademiska sjukhuset
750 85 Uppsala

Doktorsavhandlingar från primärvården



Inger Enström LB06678

Ambulatory blood pressure measurement. A tool for more comprehensive blood pressure evaluation

LARS H LINDHOLM

Inger Enström-Granath disputerade den 30 maj 1992 vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby vid Lunds universitet. Opponent var docent Ulf de Faire, Institutionen för medicin vid Karolinska sjukhuset. Huvudhandledare har varit docent Lars H Lindholm, Dalby.

Nyckelord: Hypertoni, ambulatorisk blodtrycksmätning, läkemedelsbehandling.

Diagnostik av hypertoni och utvärdering av behandlingseffekt baseras fortfarande huvudsakligen på mottagningsblodtryck (mott-BT). I vilken utsträckning mottagningsblodtrycket avspeglar individens sanna blodtrycksnivå har varit föremål för diskussion under många år. Att det blodtryck, som en individ går omkring med under sin dagliga verksamhet, har betydelse för utvecklingen av hjärt-kärlkomplikationer hävdades redan 1966 i en studie från USA, där blodtrycket uppmättes under dagtid med så kallad icke-invasiv ambulatorisk teknik. Detta resultat har dock ännu inte bekräftats från annat håll.

Målsättning

Målsättningen för Inger Enströms avhandling var att undersöka värdet av



Opponenten Ulf de Faire, tackar Inger Enström efter avslutad disputation.

mer omfattande blodtrycksmätningar, såväl vid diagnostik av hypertoni, som vid utvärdering av den blodtryckssänkande effekten av olika läkemedel.

Material och metod

Inom Kävlings vårdcentralers upptagningsområde med 13 750 invånare genomfördes en blodtrycksundersökning av medelålders män och kvinnor (40–64 år). Från dessa screeningundersökningar utvaldes patientgrupperna till

delarbete I–V. Patienterna indelades i tre diagnosgrupper: En grupp med normalt screening-blodtryck (NT, diastoliskt blodtryck <90 mm Hg), en grupp med hypertoni (HT, diastoliskt blodtryck ≥95 mm Hg, uppmätt vid minst tre tillfällen förutom screening) samt en tredje grupp patienter, vilka inte kunnat hänförs till någon av de båda övriga grupperna (BHT, borderline hypertoni). På de personer som valt att inte delta i screeningundersök-

ningarna, genomfördes en journalstudie vad avser registrerade blodtrycksvärden och eventuella hypertoni-diagnoser.

Delarbete I

I en dubbel-blind cross-over studie jämfördes behandling med atenolol 50 mg x 1 med enalapril 20 mg x 1 vad avser blodtryckssänkning på mottagningen under 24 timmar samt under dynamiskt och isometriskt arbete. Undersökningen genomfördes för att se om man med en mer omfattande registrering av blodtrycket kunde upptäcka skillnader i behandlingseffekt mellan preparaten, som inte var uppenbara vid undersökning enbart i vila.

Delarbete II och IV

I dessa två studier genomförde medelålders män (studie II) och kvinnor (studie IV) ambulatorisk blodtrycksmätning (amb-BT) under 24 timmar. Alla tidigare obehandlade HT från screening-undersökningen inbjöds att genomgå amb-BT, medan urvalet av NT och BHT gjordes slumpmässigt. Studierna gjordes, dels för att klarlägga kriterierna för normalt amb-BT, dels för att jämföra mott-BT med amb-BT vid diagnostik av hypertoni.

Delarbete III

I denna studie jämfördes mott-BT, självuppmätt blodtryck på arbetsplatsen och i hemmet (själv-BT) och amb-BT under dagtid. Amb-BT användes som "the gold standard" mot vilken övriga metoder utvärderades. Studien genomfördes för att se i vilken grad diagnostiken förbättrades av att patienterna även registrerade blodtrycket själva.

Delarbete V

I denna dubbel-blind studie med parallella grupper jämfördes två ACE-hämmare (enalapril) 20 mg x 1 och lisinopril 20 mg x 1 vad avser effekt på mott-BT, amb-BT under 24 timmar och blodtryck under dynamiskt och isometriskt arbete. Studien genomfördes för att studera om den påstådda skillnaden mellan preparaten i effekt under morgontimmarna kunde verifieras och om blodtryckssänkningen kunde relateras till ACE-aktiviteten i serum.

Resultat

Studie II och IV visade att mott-BT klart motiverar sin plats vid *diagnostik* av hypertoni. Korrelationen mellan mott-BT och amb-BT var mycket god. Den tidigare beskrivna blodtryckstegringen under morgontimmarna hos män visade sig vara betydligt mindre uttalad hos kvinnor. De senare hade sitt högsta blodtryck under sen eftermiddagen, vilket pekar på att

män och kvinnor påverkas av olika typer av stress.

När mott-BT och själv-BT utvärderades mot amb-BT var precisionen lika god för mott-BT enbart som för själv-BT (studie III). En kombination av själv-BT och mott-BT förbättrade diagnostiken endast obetydligt. Detta innebär att det vid *diagnostik* av mild hypertoni inte tillför mycket att även låta patienterna göra egna mätningar. Det prognostiska värdet av de senare mätningarna är också oklart.

När det gäller utvärdering av *behandlingseffekt* är situationen dock en annan och behov föreligger av mer omfattande mätningar än mott-BT. I studie I framkom till exempel skillnader i behandlingseffekt mellan preparaten gällande diastoliskt mott-BT, som ej kunde verifieras med amb-BT. Atenolol visade sig också kunna reducera det systoliska blodtrycket bättre under dynamiskt arbete än enalapril. Vidare framkom, att fastän blodtryckssänkningen över dygnet föreföll god med båda preparaten i denna studie, uppnåddes inte normalt blodtryck på det sätt som senare kunde definieras när studie II utförts. Vidare kvarstod, trots behandling, den typiska blodtryckstegringen under morgontimmarna hos hypertona män.

I studie V kunde ingen skillnad påvisas mellan de två ACE-hämmarna (enalapril och lisinopril), inte ens 18-24 timmar efter tablettintag, trots att studien hade en 80-procentig styrka att kunna påvisa en skillnad på 5 mm Hg, om en sådan förelåg. Det är därför troligt att preparaten ur klinisk synpunkt är likvärdiga.

I studie V visades även att 24 timmar efter tablettintag var ACE-aktiviteten i serum sänkt av lisinopril men ej av enalapril. Detta till trots, förelåg

ingen skillnad i blodtryckssänkande effekt mellan preparaten. Detta fynd styrker tidigare påståenden, att det är andra mekanismer än ACE-aktiviteten i serum, som är ansvariga för ACE-hämmarnas blodtryckssänkande effekt, åtminstone vid kronisk behandling (till exempel ACE-aktiviteten ute i vävnaderna).

Slutsats

Mottagningsblodtryck är fortfarande av betydande värde vid *diagnostik* av hypertoni, medan värdet av mer omfattande blodtrycksundersökningar är begränsat. Vid *utvärdering av behandlingseffekt* kan dock mer utvidgad blodtrycksundersökning vara av värde.

Kommentar

Ulf de Faire genomförde en ganska omfattande granskning av Inger Enströms arbeten och berömde bland annat hennes stora noggrannhet och ambitiösa arbetssätt, som lett till att så gott som samtliga patienter fullföljt de ganska krävande studierna. Inger var tidigt ute med att söka referensvärden för ambulatorisk blodtrycksmätning i en definierad befolkning, något som även det ledde till beröm från opponenter.

Författarpresentation

Lars H Lindholm, docent, distriktsläkare.

Centrum för samhällsmedicin
Lunds universitet
240 10 Dalby

ALLMÄN MEDICINSKT HÖSTMÖTE 1992

Huvudtemat vid SFAMs höstmöte i Östersund 19-20 november blir "Primärvård i utveckling". Programmet är matnyttigt med symposier om **HUSLÄKARREFORMEN, KONSULTATIONEN, FORTBILDNING, DATORJOURNALEN.**

SFAMs höstmöte sker den 20 november, samma dag som **SPECIALIST-EXAMEN I ALLMÄN MEDICIN** har sin final i Östersund.

Ett **RIKSMÖTE FÖR STUDIEREKTORER** avlöper den 18 november. Särskild inbjudan för detta utgår.

För information, ring 0640-300 10.

Hjärtligt välkomna!

SFAM - Jämtland



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 sömnrubbningar. 1-2 tabletter till natten minskar antalet spontana uppvaknanden. Toleransutveckling har ej iakttagits och propiomazin som är en fentiazin är ej beroendeframkallande.

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

PROPAVAN

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

God natt utan beroende.



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia AB Sverige
Telefon 08-695 80 00



LB06679

Sömn, diures och peptidhormoner

Micturition habits and diuresis in relation to sleep and well-being in elderly subjects with emphasis on antidiuretic hormone and treatment with desmopressin

Ragnar Asplund disputerade den 10 april 1992 vid Allmänmedicinska institutionen vid Karolinska Institutet, Huddinge. Fakultetsopponent var docent Thorarinn Gislason, Reykjavik. Handledare har varit professor Hans Åberg, Stockholm.

Nyckelord: Antidiuretiskt hormon (ADH), blodtryck, diures, dygnsrytm, miktion, sömn, törst, äldre.

Sömnstörningar utgör den vanligaste orsaken till minskat välbefinnande hos äldre och stora populationsstudier har visat att sömnstörningar leder till såväl ökad förekomst av olika sjukdomar som ökad mortalitet. Sömnapné syndrom tillhör de sömnstörningar som under senare år väckt störst vetenskapligt intresse. Man har funnit att sömnapné är förenad med nattlig polyuri. Syftet med avhandlingen har varit, att undersöka hur sömnen och det allmänna välbefinnandet påverkas av ökad nattlig diures och ökade miktationer, samt att undersöka orsaken till ökad nattlig diures.

Nattlig diures och hälsa

En enkät utsändes till samtliga 1509 medlemmar i pensionärsföreningen SPF i Jämtland. Svarsfrekvensen var 76 procent varav 41 procent var män. Åldern för männen var 74 ± 6 år och för kvinnorna 73 ± 6 år. Enkäten upptog frågor om allmän hälsa, läkemedel, levnadsvanor, sömn och trötthet, törst, vätskeintag och miktationer. Därvid framkom att ökade nattliga miktationer var förenade med tilltagande insomningssvårigheter, flera nattliga uppvaknanden, oftare återkommande sömnlöshet och ökad dagtrötthet. Olika symtom och sjukdomar ökade på samma sätt liksom läkarbesök och användning av läkemedel. Både män och kvinnor med ökat antal toalettbesök under natten beskrev betydligt ökad frekvens av värk, sendrag och myrkrpningar i benen.

Det är känt att nattliga svettningar förekommer i ökad frekvens hos personer med grava sömnstörningar, framför allt vid sömnapné och narkolepsi, där upp till 2/3 av patienter rap-



Thorarinn Gislason (i mitten) med hustru Brygdís i samspråk med Ragnar Asplund efter disputationen.

porterat sådana symtom. I vår studie ökade nattliga svettningar vid ökade miktationer framför allt bland kvinnorna. Även mardrömmar ökade vid ökat antal miktationer. Hos kvinnorna förelåg en trefaldig ökning vid tre eller flera miktationer. Ökad törst under dygnet förekom hos 17.4 procent av männen utan nattliga miktationer och 46.3 procent hos männen med tre eller flera miktationer. Motsvarande siffror för kvinnorna var 10.5 och 34.5 procent. Både män och kvinnor undvek i tilltagande frekvens att dricka på kvällen vid ökade miktationer men med motsvarande ökning av vätskeintag på natten.

Ökat antal miktationer på natten var förenat med större nattlig andel av dygnsdiuresen. Normalt infaller ungefär 50 procent av dygnsdiuresen på natten hos äldre, men i extrema fall var nattdiuresen 85 procent i den studerade gruppen. Den totala dygnsdiuresen var ej ökad vid ökning av den nattliga diuresen.

Miktionsstörning och ADH-insöndring

I en subgrupp undersöktes sedan ADH-dygnsrytm och resultatet jämfördes med en grupp äldre utan nattliga miktationer. Män utan nattliga miktationer hade därvid en förväntad stegring av ADH på natten, medan män med ökad nattlig diures i 3/4 av fallen uppvisade ej detekterbar ADH-nivå vid midnatt. Även övriga ADH-nivåer under dygnet var låga. Kvinnor hade endast 1/3 så hög ADH-nivå som män och något särskilt mönster, som kunde relateras till nattliga miktionsstörningar, sågs ej. Inget fall av hjärtsvikt påvisades vid klinisk undersökning.

Personer med ökad nattlig diures erbjöds behandling med desmopressin ($20 \mu\text{g}$ till natten under två på varandra följande dygn). Nattdiuresen minskade då hos sex av de sju männen med i genomsnitt $324 \pm 226 \text{ ml}$ ($p < 0.05$) och hos 18 av de 20 kvinnorna med $355 \pm 208 \text{ ml}$ ($p < 0.001$). För männen minskade nattdiuresen med omkring 25 procent oavsett om påvisbar ADH-nivå i plasma förelåg vid midnatt. För kvinnorna minskade diuresen med nio

FLUANXOL®

(flupentixol)

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

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

Tabletter 0,25, 0,5, 1 mg

Se även FASS

PRIMPERAN®

(metoklopramid)

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

Suppositorierna är ett bra alternativ då patientens kräkningar
försvårar antiemetikabehandlingen.

Suppositorier, tabletter, mixtur,
injektionsvätska, infusionskoncentrat

Se även FASS

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

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

procent om ADH påvisades och 37 procent om ADH vid midnatt ej var detekterbart före desmopressintillförel. Nattsömnen förbättrades under behandling i något mer än hälften av fallen.

För uteslutande av hjärtsvikt som orsak till nattlig diuresökning undersöktes även ANP (atrial natriureti peptide). Nivån av detta hormon låg under hela dygnet inom metodens referensområde, vilket tydde på att någon hjärtsvikt ej förelåg. Någon nattlig stegring som skulle kunna förklara en ökad diures sågs ej.

I en följande studie med 40 µg desmopressin under två månader bekräftades de resultat som framkommit i 2-dygnstudien. Blodtrycket förblev

oförändrat under behandling liksom kroppsvikt, osmolalitet, natrium och kalium i serum.

Sammanfattning

En orsak till sömnproblem som föga uppmärksammas är frekventa miktationer. Vi fann att ökade nattliga miktationer gav en uttalad sömnstörning, som framträdde allt starkare ju högre antal nattliga miktationer som rapporterades. Sömnlöshet var dubbelt så vanligt hos både män och kvinnor med tre eller flera miktationer än hos sådana som inte hade några. Ökade nattliga miktationer orsakas av en förskjutning av diuresen från dagen till natten. Denna förskjutning sammanhänger med en störning i ADH-systemet.

Äldre som har en stor andel av dygn-diuresen förlagd till natten har låga, i allmänhet icke detekterbara ADH-nivåer under natten, eller i vissa fall under hela dygnet. Däremot har lokala förändringar i urinorganens funktion begränsad effekt på miktionsmönstret under natten.

Thorarinn Gislason gjorde en mycket noggrann granskning av avhandlingen och tillförde många väsentliga synpunkter utifrån sin erfarenhet som sömnforskare.

Författarpresentation

Ragnar Asplund, distriktsläkare

Strömsunds sjukhus
Box 550
833 00 Strömsund

Kurser &
konferenser

LB 06680

Nordisk forskarsymposium om humanistisk sundhetsforskning Hindsgavl slot, Fyn, Danmark, 4-6 mars 1992

BODIL PERSSON · MONICA LÖFVANDER

Intresset för humanistisk sundhetsforskning är i starkt växande i Norden. (Det danska ordet "sundhetsforskning" motsvaras på svenska av det mer otympliga "hälso- och sjukvårdsforskning".) Vi har valt att i det följande oftast behålla det danska uttrycket. Man studerar olika aspekter på sjukdom och hälsa, behandling och prevention av sjukdom och medicinen som vetenskap. Forskningen är präglad av tvärvetenskap och försiggår inom många spridda forskarmiljöer. Kontakten mellan olika forskare har varit sparsam.

För att i någon mån råda bot på denna isolering bildades i Sverige 1988 ett nätverk för preventionens historia. Detta nätverk har sitt säte vid Tema H vid universitetet i Linköping. I Danmark finns sedan några år ett liknande nätverk för humanistisk sundhetsforskning. Medlemmar i detta var initiativtagare till symposiet på Hindsgavl. Målgruppen var "filosofer, idéhistorikere, antropologer, folklorister, religionshistorikere, psykologer, historikere, litterater og andre" från Norden med intresse inom området.

Ett åttiotal personer, majoriteten från Danmark och Sverige, hade letat sig fram till Hindsgavl. Vi utgjorde en brokig skara, där etnologer och antropologer var i klar majoritet. Av den lilla gruppen läkare hade fyra, fem stycken allmänmedicinsk bakgrund.

Vi upplevde tre både lekamligen

och intellektuellt mycket stimulerande dagar. Kringarrangemangen var perfekta och det danska köket visade sig från sin allra bästa sida. Ett i slottsparken kvarlämnat kanonrör från Karl X Gustafs "tåg över Bälten" visade att svenskar varit på platsen förut, om än i andra avsikter än de nu aktuella.

Programmet var fullspäckat och byggde på aktivt deltagande. Alla hade i förväg uppmanats att skicka in ett "abstract", en kort presentation av det egna intresset och forskningsområdet. Därutöver bidrog en del av oss med skriftliga "oplæg" och andra satsade på muntliga föredragningar.

Varje dag hade sitt tema: "Teori och filosofi", "Metod, empiri och förmedling", "Framtidsperspektiv". Förmiddagarna ägnades åt gemensamma plenumföreläsningar. På eftermiddagarna delades vi upp i parallella gruppssessioner under vilka deltagarnas egna artiklar, föredrag och forskningsresultat diskuterades. Stämningen var mycket avspänd och gemytlig och präglades av kamratlig anda.

I vårt västerländska medicinska system skiljer man på "disease", sjukdom i strikt biomedicinsk mening och "illness", patientens subjektiva upplevelse av sjukdom. Läkarvetenskapen har i stor utsträckning koncentrerat sig på den förra och lämnat "illness" därhän. Genom humanistiska forskningsstrategier försöker man nu vända på detta.

Utmärkande för den humanistiska sundhetsforskningen är, att den ser ett samhälles medicinska system som en del av hela det sociala och kulturella systemet. Man kan då inte, som vi läkare ofta gör, begränsa sina studier av hälsa och sjukdom till det biomedicinskt naturvetenskapliga området eller den skolmedicinska sfären av vårdutbud och behandling. I stället utgår man ofta från ett "underifrånperspektiv". Patientens egen upplevelse av sjukdom och hälsa står i centrum för intresset. Antropologiska teorier ses här som viktiga hjälpmedel.

Medicinsk grammatik

Karin Johannisson, lärdomshistoriker och docent i medicinshistoria i Uppsala, inledde symposiet genom att dra upp riktlinjerna för en "medicinsk grammatik" om sjukdomsbegreppet. Hon konstaterade att alla försök att definiera sjukdomsbegreppet är hala som ålen. Det vi betraktar som sjukdom är något relativt som skiftar i tid och rum. Sjukdomar föds och dör. Det som anses vara sjukt i en kultur kan ses som friskt i en annan. Klass och kön, världsbild och livserfarenhet spelar också en roll för hur vi ser på hälsa och sjukdom.

Från 1800-talets andra hälft har det dragits en skarp skiljelinje mellan skolmedicin och folklig medicin, där den förra har representerat rationalitet, beprövad erfarenhet, professiona-

lisering och institutioner, alltmedan den senare har avfärdats som dunkel mysticism. De representerar två olika medicinska sfärer. Det finns också en tredje, den vardagsmedicinska privata sfären inom vilken sjukdomar uppstår och initialt hanteras inom den sjukas närmaste sociala nätverk. Här klarar man av 70–80 procent av alla sjukdomsepisoder. Det är också inom denna sfär som man lägger upp strategierna för besök inom någon av de båda andra sfärerna.

Varje medicinsk kultur har sin egen inre logik. De uppfattningar man har om sjukdomars natur och orsaker är avgörande för hur man ser på den sjuke och vilken behandling man väljer. De föreställningar man har om hälsa och sjukdom är socialt och kulturellt bestämda och tillhör en specifik historisk kontext. Den vetenskapliga medicinen, folkmedicinen och vardagsmedicinen har var och en sina karakteristika.

Funktionshämning

Susan Reynolds White, lektor i antropologi i Köpenhamn, behandlade problemet funktionshämning (handikapp, invaliditet) ur ett tvärkulturellt perspektiv. Det är inte helt lätt, menade hon. Många kulturer har inte ens ord för fenomenet.

Hon utgick från polariteterna mellan likhet och särart, diskurs och upplevelse. Diskurs är latin och betyder "samtalsordning". I en diskursanalys studerar man vad som sägs om ett ämne exempelvis i den vetenskapliga debatten.

Utgångspunkten för diskursanalysen är, att ett fenomen konstrueras genom det sätt varpå man kommunicerar om det. Genom den diskursiva praktiken blir funktionshämningen ett socialt och kulturellt definierat fenomen. Den enskilda människan, föremålet för diskursen, objektiveras. Motpolen till detta är upplevelsen, den individuella erfarenhetsvärlden, människan som subjekt. Avsaknad av diskurs eller till och med av ord för att benämna fenomenet betyder att det inte existerar i folks medvetande. De funktionshämmande särskiljes inte på något vis från de andra individerna i gruppen.

I skildringen av handikappet vill man försöka fånga sociala relationer och samhällsfunktioner. Man vill skapa en syntes av den överordnade *diskursen om* och individens och den iakttagande antropologens *upplevelse av funktionshämningen*. Fokus ligger på individens relationer till omgivningen, inte kliniken.

Den kvalitativa intervjun

Steinar Kvale, professor vid psykologisk institut i Århus, talade om den kvalitativa intervjun i vår postmoder-

na era. Utmärkande för postmodernisten är, att han/hon har förlorat tron på en objektiv verklighet åtskild från den subjektiva upplevelsen. I stället för att leta efter universella lagar studerar man interaktionen i lokala nätverk.

Enligt Kvale ligger postmodernistiska strömningar i samhället bakom den kvalitativa intervjuens ökade popularitet. Intervjun ses som en relation mellan två personer, inbegripna i en dialog. Kunskapen finns i nätet av interrelationer, inte i världen eller inne i en person. Relationen är en maktkamp, där vi bör fråga oss: Vem har rätten att bestämma begreppens innebörd? Här produceras viktig kunskap i narrationen, inte i kvantifierande "ja- och nej"-frågor. För postmodernisten är det språket som äger människan, inte människan som äger språket.

Inom intervjuforskningen är ett postmodernt närmande enligt Steinar Kvale mer empiriskt och konkret än dagens mer omedvetna teknik. Vi kan ge upp jakten på ledande frågor och dolda "egentliga meningar". Vi bör i stället fråga oss vart frågorna leder och konstatera att meningen ligger i relationen. Vi bör också ägna mer uppmärksamhet åt transkriptionen, överförandet av tal till text. Denna process är långtifrån så oproblematisksom tidigare hävdats.

Enligt postmodernismen konstrueras verkligheten gemensamt av deltagarna i intervjun, en ståndpunkt som ligger mycket långt från den tro på möjligheten att iakttaga en objektiv verklighet som vi medicinare en gång i tiden uppföstrats med. Föredraget var mycket intressant och tankeväckande och kan sammanfattas i meningen: "It's not our views that matter, it's the inter". Samtidigt – den "inter view"-situation som Steinar Kvale skisserade, är det inte den vi konfronterats med i vår dagliga praktik i mötet med patienterna?

Folkmedicin

Bente Alver, professor i folkloristik i Bergen, föreläste över temat "Vanskæbne og fuldgod lykke: Folkelig forståelse af sygdom og sundhed". Inspirerade av Arthur Kleinman har hon och Torunn Selberg, en annan folklorist, studerat nutida folkmedicin på Vestlandet i Norge. Man sökte svar på frågan varför intresset för den folkliga sektorn är i stigande trots en starkt utbyggd vetenskaplig sektor. Tjugo procent av befolkningen hade vid något tillfälle sökt sig till en folklig botare – en "klok" eller en naturläkare.

Bland sjukvårdspersonal har man svårt att förklara detta intresse för den folkmedicinska sektorn. Man avfärdar det med myter som "Folk försöker allt!" eller "De som går till folkliga

botare är inte upplysta nog". Bente Alver menade att förklaringen är mer komplicerad än så. Processen fram till beslutet att söka en "klok" är ofta lång. Man måste på ett helt annat sätt än då man går till läkaren för sin familj och sina arbetskamrater kunna motivera sitt val av terapeut. Relationen mellan botare och sjuk är också anorlunda inom folkmedicinen än inom den skolmedicinska sektorn. Kommunikationen sker på ett annat vis och den sjukas relation till auktoriteter förändras.

Den folkliga sektorn uppfyller behov som skolmedicinen inte lyckas med. Den har därför sin egen nisch och är en egen kategori, en outplånlig del av vårt västerländska hälsosystem. Dagens kroniskt sjuka, livshotande sjuka och sjuka med oklara diffusa diagnoser nyttjar både folklig och officiell medicin parallellt. För botaren berättar man om sina besök hos läkaren. Det omvända förhållandet är sällan fallet.

Som representanter för den vetenskapliga medicinen kan vi naturligtvis fortsätta att avfärda denna inofficiella medicin som "dunkel mysticism". Men vi kan också studera dess funktion och genom det lära oss mer om hur våra patienter uppfattar sjukdom och hälsa, lycka och olycka. Därigenom öppnar sig nya rika perspektiv på förståelsen av våra patienter och deras erfarenheter av sjukdom och lidande.

Humanistisk forskning

Uffe Juul Jensen, professor i filosofi i Århus, diskuterade avslutningsvis frågan: "Vad kan humanistisk forskning bidra med i förhållande till sundhetsväsendets arbete?" Han utgick från påståendet "Public health movements cannot change health care" och motfrågan: "Vad ska då kunna ändra det?"

Den biomedicinska traditionen står nu starkare än någonsin tidigare, men sundhetssystemet består inte bara av läkarnas biomedicinska värld. Också alla omgivande service- och omsorgsfunktioner ingår i systemet.

Uffe Juul Jensen resonerade om mål och medel inom sundhetssystemet. Om det inte går att påverka målen, kanske det i stället går att påverka metoderna. Här kan en humanistisk sundhetsforskning erbjuda komplement i form av kvalitativa, humanistiska, etiska metoder. Men genom detta resonemang är vi redan fångade i biomedicinens rationalitetsideal med rötter i upplysningsidealet. Vi strävar efter att utveckla medel för att nå fram till på förhand givna mål. Målen ligger lite diffust i människans natur. Medlen är vetenskapen och tekniken. Vi strävar efter målen men vet inte var på vägen vi befinner oss. I stället för att fråga om vi är på rätt väg, frågar vi om

NYHET!

Enklare att starta tilläggsbehandling vid hjärtsvikt.



A

CE-hämmaren Zestril har kommit i en ny tablettstyrka – 2,5 mg – som är en lämplig startdos för patienter med hjärtsvikt. Behandling med Zestril har i flera undersökningar visats lindra symptomen och öka den fysiska arbetsförmågan hos dessa patienter. (För fullständig information, se FASS.)

ZESTRIL®
FOR LIFE lisinöpril
 Tabl 2,5, 5, 10, 20 mg



ICI Pharma

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

aktörerna följer de rätta procedurerna. Vi vill maximera lyckan för största möjliga antal människor. Men vari består denna lycka?

För rationalisten är målet något givet och medlen formas därefter. En extern teleologi styr utvecklingen. För evolutionisten är tvärtom utvecklingen ändlös och utan mål. Uffe Juul Jensen menade, att vi bör överge resonemanget om mål-medel-rationalitet. Vi bör betrakta relationen mellan mål och medel som mer komplex och i stället utveckla teorier om det medicinska systemets avhängighet av samhället. Inom samhällsutvecklingen utvecklas och artikuleras målen genom historien och dess aktörer. Det finns ingen absolut skillnad mellan mål och medel.

I Västerlandet idag pågår en omdefiniering av samhällsmålen. Från reglering övergår man till decentralisering. Nya målsättningar presenteras men utan innehållsförteckning. Problemet blir: Vilka medel ska vi ta fram? Hur ska sundhetssystemet utvecklas? Det talas om marknadsanpassade system, där utbud och efterfrågan får styra. Men fler alternativ finns. Juul Jensen nämnde här "livsformsanalys". Alla åldringar i Danmark har behandlats lika, men Vestjylland och Köpenhamn är inte desamma. Att analysera livsformen i olika lokalsamhällen och anpassa vårdutbudet efter det kan vara en framkomlig väg, menade han.

Hur ska man kunna ge innehåll åt den abstrakta kategorin "decentralisering"? Systemet är motsägelsefullt och här har humanistiska perspektiv möjlighet att ge värdefulla bidrag. "We are all consumers."

Från gruppssessioner

Så långt de gemensamma plenarföreläsningarna. Även gruppssessionerna innehöll mängder av intressant stoff. Vår framställning blir här med nödvändighet mer rapsodisk. Exempel på oplåg: "Placebo-nocebo: historie og betydning", "Spetälska, det onda och den grekisk-ortodoxa kyrkan", "Galenskap och djävulskap. En jämförelse av tre förklaringar till schizofreni", "Omsorgsbegreber og drømmen om et virkeligt hjem", "De gamle barnen – infantilisering av de äldre", "En lægehistoriografi og hvordan lægerne måske 'virkeligt' har været", "The struggle for cleaner cities. Local health boards in late 19th century Sweden".

En av sessionerna hade rubriken "Menneskesyn, normalitet, autonomi". Den leddes av Jörgen Husted, filosof från Århus och utmynnade i en våldsamt etisk debatt om begreppet "autonomi" och individens möjligheter till fria val.

Inom läkarkåren finns en lång tradi-

tion bakåt i tiden av något som kan kallas "medicinsk paternalism". Behandlarens syn på vad som är bäst för patienten har tillåtits dominera. Som en reaktion mot detta har det med början i USA vuxit fram en rörelse med krav på ökad handlingsfrihet för individen/patienten. Denne ska etiskt och juridiskt ha rätt att själv bestämma över sin kropp och medlen för den egna välfärden. Som en autonom individ ska han också ha makt över den egna tillvaron och möjligheten att forma och utveckla det egna livet.

Allt det där låter nog bra, men det innehåller också problem och konflikter. Var går gränsen mellan självbestämmandet och ansvarstagandet gentemot andra? Finns det inte en risk att man som vårdare i autonomins namn avsäger sig ansvaret för sina medmänniskor? Och hur jämka samman olika individers önsknings och behov? Hur ställer sig autonomi-strävandena till fosterdiagnostiken?

I England pågår just nu "The Human Genome Project", ett stort projekt inom vilket man kartlägger hela den mänskliga arvsmassan. I dess spår stiger utilitaristerna fram. De har en vacker samhällsdröm: att vetenskapen genom genetisk övervakning av våra kroppar ska kunna utrota lidande, sjukdom och för tidig död. Men enligt dem är autonomi en fiktion. Individens samhällsansvar är viktigare än självbestämmanderätten. Våra genuppsättningar betraktas precis som de avlidnas organ som "fælles eje". Det betyder enligt Jörgen Husted, att om jag anser min systers gener vara bättre än mina egna, är det hennes plikt att ställa dem till förfogande den dag jag vill skaffa mig barn.

I stället för att lockas med av dessa samhällsingenjörers rosafärgade framtidsdrömmar bör vi fråga oss: Vilket samhälle vill de skapa? Vilken sorts samhälle vill vi själva leva i? Debatten om detta har varit ovanligt tyst.

Den moderna genteknologins gångaraktiga spöke är nazisternas raspolitik. När nu genprojektet är aktuellt, är det därför ingen tillfällighet att mellankrigstidens rashygien har blivit föremål för flera studier. I Sverige har vi exempelvis Gunnar Brobergs och Matthias Thydén's bok om det svenska rasbiologiska institutet och Hertha Hanssons studier av kvinnan och rasbiologin. På sessionen "Teknologier" redogjorde Lene Koch från Panum-institutet i Köpenhamn för motsvarande utveckling i Danmark.

På trettioalet kände man inte till genernas natur. Man såg bara fenotypen. Oprecisa diagnoser ledde till våldsamma åtgärder. Vagabonder, prostituerade, arbetslösa, homosexuella och andra "asociala element" utsattes för sterilisering, äktenskapsförbud och eugeniska aborter. Sedan

dess har genetiken vetenskapliggjorts. Fokus har skiftat från mentala och psykiska avvikelser till kromosomalt definierade sjukdomar. Man talar om frivillighet, upplysning och individuell prevention. Samtidigt för genetikerna i sina egna skrifter fram sociala utopier om att människan med genteknologins hjälp ska kunna kontrollera sin egen evolution.

Också detta leder till etiska konflikter. Ty hur ska individen på marknadens premisser kunna klara så stora beslut på egen hand? I USA finns det redan försäkringsbolag som tecknar försäkringar endast för individer med en viss genetisk profil. I förlängningen leder detta fram till "det marknadsbestämda fria valet". Och vart tar då autonomi vägen?

Även i denna session utmynnade debatten i att det här handlar om frågor om liv och död och ytterst om vilket samhälle vi vill leva i. Den inomvetenskapliga debatten behöver föras upp också på politiskt nivå!

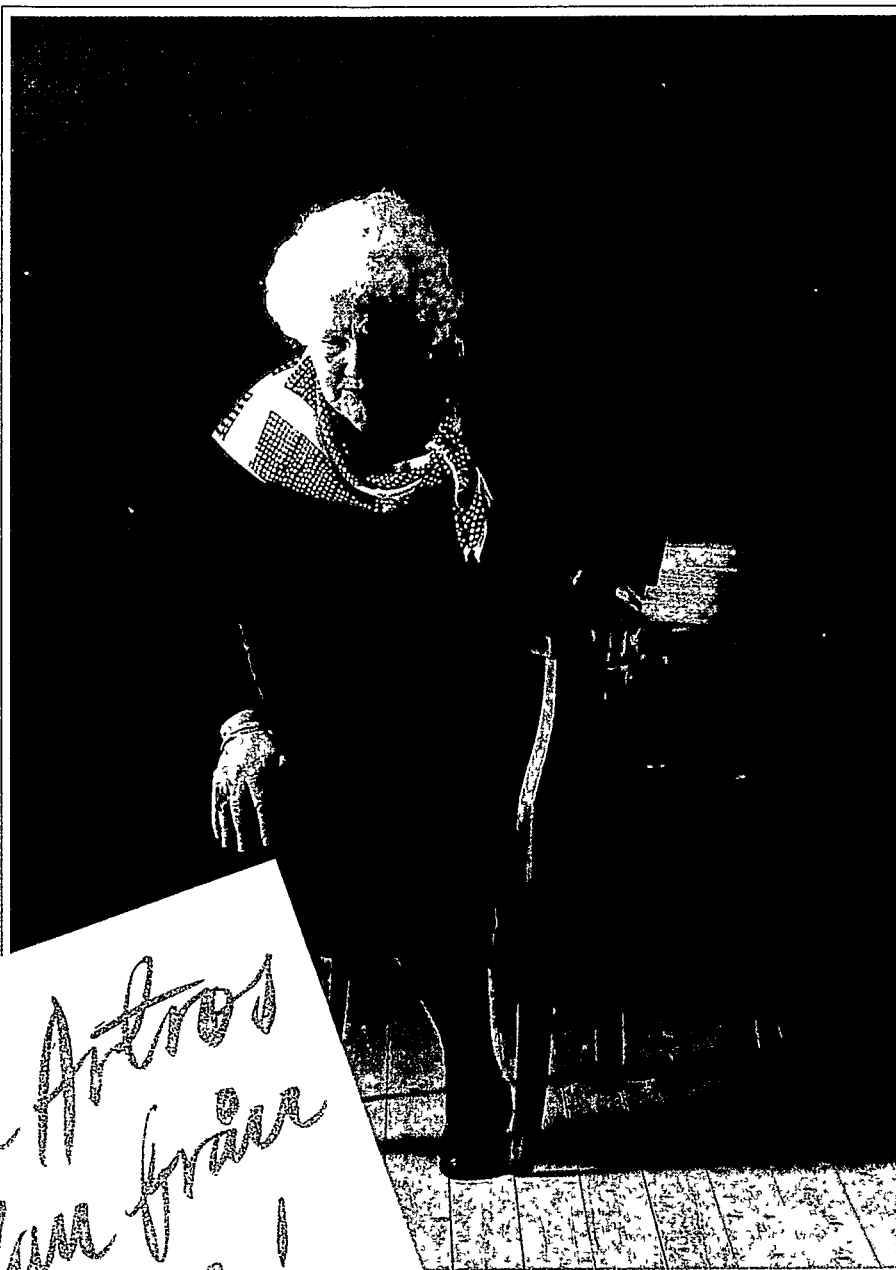
Av skildringen ovan får man lätt intrycket att de olika sessionerna regelmässigt utmynnade i etiska diskussioner. Så var nu inte alltid fallet. Andra ämnen diskuterades i mer stillsamma ordalag. Under temat "*Folkemedicin og alternativ behandling*" redogjorde en finsk kollega för "kotknackarnas" utbredda verksamhet i Österbotten i Finland. Där går befolkningen mer eller mindre regelmässigt i första hand till dessa och inte till läkare. En vetenskapsteoretiker analyserade kunskapsteorin, etiken och världsbilden i den tibetanska medicinen som den har utvecklats i lamaklostren. Förutom läran innehåller den levnadsregler för ett hälsobringande liv. Bland dessa märks träning i att med hjälp av yoga och meditation avlägsna självömkan och självupptagenhet.

Under sessionen "*Analytiske metoder og tolkning*" tog en dansk gynekolog upp olika modeller att värdera längden av en "normalgraviditet". Mycket elegant visade hon hur folkliga föreställningar, den medicinska "vetenskapen" och den islamska kulturen skiljer sig åt. Graviditeten anses således variera mellan nio månader till och med hela amningsperioden. Varifrån kommer förresten vår uppfattning om att en "normalgraviditet" bör vara i fyrtio veckor? Vi kallar den "Naegeles algorithm" efter en tysk 1800-talsobstetriker, men var hade han fått den från? Är det inte en kulturell konstruktion med rötter i Babylon och judendomen, där både fyrtio och sju var heliga tal? Bör vi inte idag starkare betona den biologiska variabiliteten? De kvinnor som inte följer mönstret slipper då känna sig "onormala".

Typiskt för konferensen var kombinationen av historiska och kulturella

NORMALDOSERING 50 MG X 2

S-VT-03/92-J09 - ADMEDIA GBC



Vid Artrors
leden från
bögarna!

VOLTAREN®

DICLOFENAC

SVERIGES MEST ANVÄNDA ANTIFLOGISTIKUM* 10 ÅR I SVERIGE OCH FORTFARANDE I UTVECKLING!

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

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

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

CIBA-GEIGY AB, 031-89 25 00

* Antalet försålda förpackningar 1991.

perspektiv samt aktuella nutida problemställningar. Roger Qvarsell, lärdomshistoriker från Umeå, framförde avslutningsvis deltagarnas tack för "ett alldeles osedvanligt lyckat symposium". Med i bagaget hem fick vi en tjock bunt med artiklar och abstracts. Det värdefullaste var emellertid inte detta tryckta material. Det var alla de nya bekantskaper som stiftats över geografiska och institutionella gränser.

Eventuellt blir det förnyat symposium om två år i Sverige. I väntan på det rekommenderas den som är intresserad av preventionens historia i vid bemärkelse att kontakta Magdalena Ståhling vid Tema H i Linköping. Det finns också ett embryo till ett nordiskt nätverk för forskande allmänläkare med intresse i humanistiska forskningsperspektiv.

Litteraturtips

1. Alver BG, Selberg T. Det er mer mellom himmel og jord. Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling. Bergen: Vett & Viten A/S, 1992.
2. Broberg G, Thyden M. Önskatte i folkhemmet. Stockholm: Gidlund, 1991.
3. Johansson K. Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter. Stockholm: Norstedts, 1990.
4. Juul Jensen U. Sjukdomsbegrepp i praktiken. Solna: Esselte Studium, 1985.
5. Juul Jensen U. Practice and progress: a theory for the modern health care system. Oxford: Blackwell Scientific, 1986.
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California, 1980.
7. Kvale S. Issues of validity in qualitative research. Lund: Studentlitteratur, 1989.
8. Kvale S. Human science between legitimization and application. 1990.
9. Lunde IM. Medicinsk-humanistisk

forskning, genstandsfelt og metoder. Ugeskr Læger, 1991;154:3-7.

10. Svenska Läkarsällskapets 18e Berzelius-symposium "Molecular genetics and human disease". Läkartidningen 1989;86:4614-9.

11. Geest J van der, Reynolds Whyte S. The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht: Kluwer, 1988.

Författarpresentation

Bodil Persson, distriktsläkare

Vårdcentralen
295 35 Bromölla

Monica Löfvander, distriktsläkare

Rinkeby vårdcentral
Skärbygränd 3
163 72 Spånga

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 (methyl. parahydroxybenz., propyl. parahydroxybenz.), aroma, constit. q.s.

Egenskaper. PREPULSID innehåller cisaprid som ökar den peristaltiska aktiviteten i esofagus och kardiasfinkterns 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 maginnehållet återställer cisaprid motiliteten.

Efter peroral tillförelse 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, förlängd ventrikeltömning och intestinal pseudoobstruktion. Underhållsbehandling vid refluxesofagit.

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

Graviditet. Kategori B.I. Se speciellt avsnitt märkt [I]. 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. Extrapiramidala 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 symtom 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 [I]. 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

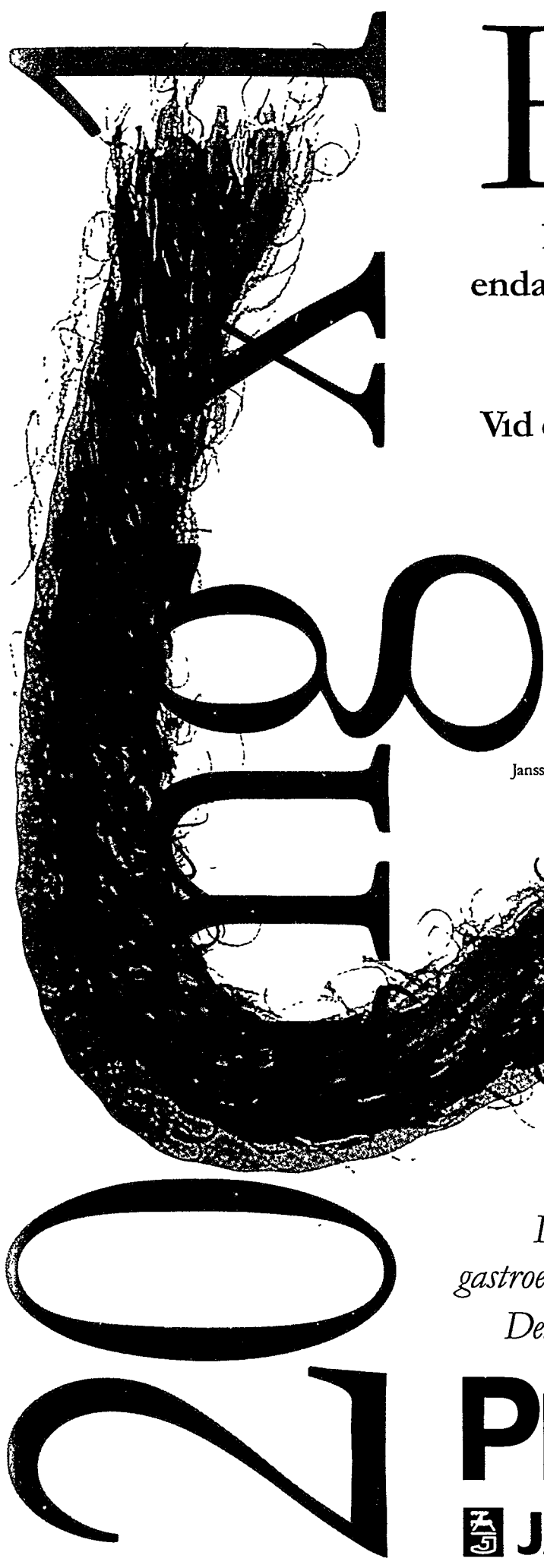
250 tabletter (blister) 1.004:50

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



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

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**

Nyheter från Studentlitteratur

Att möta flyktingbarn och deras familjer

Angel, B – Hjerm, A

Författarna som har skrivit denna bok vill hjälpa andra att hitta förbi eller åtminstone sätta ord på de svårigheter som ibland dyker upp i professionellt arbete med flyktingbarn och deras familjer. I deras respektive yrken som läkare och psykolog har de fått ta del av flyktingars funderingar och tankar. De har försökt sätta sig in i deras villkor, ibland har de lyckats, ibland inte. För att kunna förstå lite mer har de ägnat sig åt forskning och litteraturstudier, korn av detta finns nedplöjda i texten. De har försökt att göra ett urval av det bästa som de hittat i litteraturen i de lästips som följer efter varje kapitel.

ISBN 91-44-35811-3 1992

224 sidor

Ca-pris inkl moms 223:-

Katastrofpsykologi

Dyregrov, Atle

Boken ger många beskrivningar av reaktioner och erfarenheter från praktiskt katastrofarbete. Konkreta interventionsmetoder och åtgärder beskrivs. Två av bokens kapitel ägnas åt barns reaktioner och hjälp till barn. I särskilda kapitel behandlas också hjälparens reaktioner och uppföljning av hjälpare, såväl personalen på katastrofplatsen som den personal som arbetar med uppföljning av drabbade.

ISBN 91-44-35131-3 1992

136 sidor

Utkommer hösten -92

En introduktion till folkhälsovetenskap

Haglund, B – Svanström, L

När man idag nästan ett decennium efter utgivningen av boken "Samhällsmedicin – en introduktion" ser tillbaka är det dags att ge ett annat tillskott till den samhällsmedicinska läroboksfloran. Denna gång redovisar man den vetenskapliga bas som krävs innan man går in i folkhälsoarbetet. Man kommer både in på arbetsmiljö- och omgivningsmiljöaspekter, men utifrån en samhällsstrukturell/socialmedicinsk utgångspunkt. Man talar mera om arbetslivets betingelser än om arbetsmiljön och när vi talar om vår yttre miljö är det "om vår gemensamma framtid".

ISBN 91-44-35801-6 1992

350 sidor

Utkommer hösten -92

Proktologi i öppen vård

Ihre, Thomas

Ur innehållet:

Anatomi och fysiologi – Symtomatologi - anamnes – Undersökning – Om kirurgiska ingrepp inom proktologin – Hemorrojder – Analprolaps – Analfissur – Anahematom – Analabscess – Fistlar – Pilonidalsinus, pilonidalcysta – Rektal invagination – Rektalprolaps – Proktit – Sexuellt framkallade sjukdomstillstånd i anus och rektum – Coccygodyn och proctalgia fugax – Tumörsjukdomar – Maligna sjukdomar.

ISBN 91-44-37291-4 1992

ca 100 sidor

Utkommer hösten -92

Beställ böckerna i bokhandeln.

Att handleda läkare

– en pedagogisk introduktion

Lycke – Handal – Lauvås

Övers.: K Larsson Wentz

Denna bok är tänkt att ge en introduktion i handledningsteori, och att visa vilka praktiska konsekvenser teorin får för genomförandet av handledningen. Boken är inte heltäckande. Medicinsk handledningspedagogik är ett nytt område. Det handlar om att tillämpa pedagogisk teori på handledning inom den medicinska utbildningen. Författarna är norska pedagoger, välkända för en svensk läsekrets, med mångårig erfarenhet av ämnesområdet. Boken har sakgranskats och anpassats till svenska förhållanden av Bengt Zederfeldt, Gunnar Birgegård, Mogens Hey och Margareta Troein.

ISBN 91-44-34701-4 1992

88 sidor

Ca-pris inkl moms 134:-

Teknik i praktisk sjukvård

Jacobson, Bertil

Syftet med tillkomsten av denna bok är att belysa de risker som finns vid användning av tekniska apparater, och att fästa uppmärksamhet på det skrämmande faktum att flertalet olyckor beror på mycket enkla fel i handhavandet. I bokens första kapitel sätts patienten i centrum genom att ge tips om hur olycksfallrisker skall undvikas, och i det sista berörs frågan om ansvar.

Art nr 3592

1992

350 sidor

Ca-pris inkl moms 268:-

Grundläggande statistik

– med tillämpningar inom sjukvården

Ejlertsson, Göran

NY UPPLAGA

Denna nya upplaga av boken har genomgått betydande omarbeting. Förutom en aktualisering av text och exempel finns ett inledande, betydligt utökat, kapitel om undersökningsmetodik. Konfidensintervall behandlas nu separat. Boken avslutas med ett nyskrivet kapitel om datorn i statistiken.

ISBN 91-44-21122-8 2:a uppl 1992

224 sidor

Ca-pris inkl moms 306:-

Delegering Läkemedel Ansvar

En praktisk handbok

Sjölenius, Bengt

NY UPPLAGA

I denna väsentligt utökade upplaga ges en heltäckande bild av Delegering-Läkemedel-Ansvar. Det gäller som i första upplagan hälso- och sjukvård som bedrivs av landstingen och kommunerna som ej ingår i landsting – Gotland, Göteborg och Malmö. Nu har tillkommit kommunernas nya ansvar för hälso- och sjukvård enligt ÅDEL-reformen. Nytt är också redovisningen av folktandvården samt hälso- och sjukvård i omsorgsverksamheten.

ISBN 91-44-32912-1 2:a uppl 1992

304 sidor

Ca-pris inkl moms 312:-

 Studentlitteratur

Box 141, 221 00 LUND. Tel 046-31 20 00



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, distriktsläkare

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

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

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

Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp, skriv eller ring till distriktsläkare Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/385 00, fax 0766/385 06.

Frågan om solskyddsfaktorer har behandlats vid Apoteksbolagets egen informationscentral vid huvudkontoret i Stockholm.

Tiazider och sol

FRÅGA: Tidigare varnades för solexposition i samband med behandling med tiaziddiuretika. Gäller inte detta längre?

SVAR: Hudbiverkningar, alltifrån exfoliativ dermatit och erytema multiforme till ospecifika exanthem samt fotosensibilisering finns rapporterade för tiaziddiuretika. Fotosensibilisering av Moduretic har tidigare påpekats av Läkemedelsverkets biverkningskommitté. De flesta reaktionerna har inträffat under vår och sommar då patienterna efter en varierande lång behandlingstid utsatts för tillräckligt intensiv bestrålning.

Under åren 1972–1983 rapporterades sammanlagt 30 fall av fotosensibilitet för Moduretic. För övriga tiaziddiuretika rapporterades endast två fall för bendroflumetiazid (Salures) och två fall för preparat som enbart innehåller hydroklortiazid i kombinationspreparatet. Den genomsnittligt förskrivna dygnsdosen var 2.8 mg för bendroflumetiazid, 15 mg för hydroklortiazid och 53 mg för hydroklortiazid i kombinationen Moduretic. Amilorid som utgör den kaliumsparande komponenten i Moduretic har ej rapporterats orsaka ljusreaktioner.

Uppgifter om att tiazider kan ge upphov till fotosensibilisering finns även i andra källor inklusive FASS. För Esidrex har fotosensibilisering placerats under rubriken mindre vanliga och för Moduretic under rubriken sällsynta biverkningar.

Fotosensibilisering är alltså fortfarande en biverkning som man bör vara observant på vid behandling med tiazider. Denna biverkning är emellertid sällsynt. Risken ökar med ökad dos och behandlingstid av läkemedlet samt intensiv solexposition.

Solskyddsfaktorer – hur verkar de?

FRÅGA: Vilken solskyddseffekt kan påräknas för de solskyddsprodukter som tillverkas inom Apoteksbolaget och vad innebär det att en produkt har en viss solskyddsfaktor?

SVAR: Solstrålning som når jorden består av infrarött ljus (våglängder längre än 770 nm), synligt ljus (våglängder 400–770 nm) och ultraviolett ljus (våglängder 200–400 nm). Det ultravioletta ljuset indelas i UVC (200–290 nm), som huvudsakligen absorberas av ozonlagret, UVB (290–320 nm) och UVA (320–400 nm).

Vid solbestrålning ger det långvågiga UVA-ljuset en brunfärgning av huden genom att tidigare bildat pigment (melanin) mörknar. UVA-ljuset ger låg frekvens av erytem men kan ge upphov till solexem och rynkor. Det kortvågiga UVB-ljuset ökar produktionen av melanin och ger en brunfärgning av huden genom en indirekt, fördröjd pigmentering. UVB anses vara ca 1000 gånger mer potent än UVA med avseende på den erytemframkallande effekten och kan ge upphov till brännskador.

Solskyddsmedel indelas efter sin förmåga att filtrera bort ultraviolett ljus och på detta sätt skydda huden från skadlig bestrålning. Solskyddsmedlets effekt anges med en faktor. Denna erhålles som en kvot vid jämförelse av skyddad hud (med ett visst medel) och oskyddad hud med avseende på minsta märkbara erytem vid bestrålning med en specifik våglängd. Solskyddsfaktorn anger därmed hur många gånger längre tid man kan vistas i solen utan att bränna sig. Vanligen varierar solskyddsfaktorn mellan 2 och 15.

Hudreaktioner av enbart solljus orsakas oftast av UVB-ljus medan hudreaktioner av sensibiliserande substanser i kombination med solljus oftast är associerade med UVA-ljus. Patienter som behandlas med fotosensibiliserande läkemedel eller patienter med sjukdomar som lupus erythematosus eller polymorf ljusdermatit behöver därför ett solskyddsmedel som ger skydd mot både UVA och UVB.

De flesta idag förekommande solskyddsmedlen ger skydd mot UVB-ljus i den grad som solskyddsfaktorn anger men även ett visst skydd mot UVA-ljus erhålles. Solskyddsmedlen är av två typer, *filtrerande solskyddsmedel* som absorberar UV-ljus och *täckande solskyddsmedel* som reflekterar UV-ljus genom att fungera som en barriär. Exempel på filtrerande solskyddsmedel är paba-derivat som absorberar ljus i våglängdsområdet 290–320 nm och bensofenoner i våglängdsområdet 250–360 nm. Exempel på täckande solskyddsmedel är titandioxid, zinkoxid och talk, som reflekterar det mesta av UV-strålningen.

De apotekstillverkade, lagerhållna solskyddsprodukterna *Paba 5% i sprit liniment* ATL och *Solskyddspuderkräm* ATL har genomgått vissa undersökningar av preparatens solskyddande förmåga, dock saknas mer omfattande klinisk dokumentation.

Paba 5% i sprit liniment absorberar ljus i våglängdsområdet under 320 nm, dvs UVB-området, och har ingen effekt mot UVA-strålning. Preparatet tvättas snabbt bort i vatten, varför upprepad applikation behövs för att upprätthålla den solskyddande effekten. *Solskyddsfaktorn* bedöms ligga omkring 6.

Solskyddspuderkräm (Cremor antisolaris) innehåller förutom paba (filtereffekt) även titandioxid och talk, vilka är täckande och reflekterar strålning inom UVA- och UVB-området. *Solskyddsfaktorn* har bedömts ligga omkring 8–10. Detta kan jämföras med effekten av att bära en bomullsskjorta.

På grund av ofullständig dokumentation, speciellt för beredningens effekt inom UVA-området (320–400 nm), anses *Solskyddspuderkräm* inte kunna rekommenderas vid indikationer som kräver ett "absolut heltäckande solskydd".



Ranitidin och interaktion

FRÅGA: Vilka av ranitidins interaktioner i FASS 1990 är kliniskt relevanta?

SVAR: Enheten för läkemedelsinformation i Lund (ELIS) har tidigare utrett de interaktioner hos cimetidin som är av klinisk betydelse. För ranitidin är interaktioner sällsynta, detta framför allt beroende på att ranitidin har en betydligt lägre affinitet till cytokrom P-450 (*in vitro*) och enzymet inhiberas inte vid rekommenderade doser av ranitidin. Denna låga interaktionsbenägenhet har också bekräftats i flertalet studier med ranitidin och läkemedel som kan interagera med cimetidin, det vill säga teofyllin, propranolol, nifedipin, tolbutamid, glibenklamid, fenytoin, karbamazepin, diazepam, imipramin, paracetamol och warfarin.

Dock har enstaka fall rapporterats där interaktion har uppkommit mellan ranitidin och bland annat fenytoin, teofyllin respektive prokainamid med stigande plasmakoncentrationer som följd. Eftersom det terapeutiska fönstret är smalt för dessa läkemedel, kan interaktionen i dessa fall vara av klinisk betydelse. Vid sökning i databasen Medline påträffades bland annat följande rapporter: Steady-state serumkoncentrationen av fenytoin ökade med 40 procent hos en 66-årig man som under en månads tid behandlats med ranitidin. Vid utsättandet av ranitidin gick fenytoinkoncentrationen tillbaka till det normala.

Hos tre äldre patienter, långtidsbehandlade med teofyllin, fick samtliga förhöjda serumkoncentrationer av teofyllin och fick biverkningar som följd, vid samtidig ranitidinbehandling.

Interaktionsmekanismerna för ranitidin i de här båda fallen är ännu inte kända, men man kan misstänka att ranitidin, i vissa fall, kan hämma metabolismen för dessa substanser. I FASS har man föreslagit försiktighet vid behandling av patienter vars cytokrom P-450 har inducerats av andra läkemedel.

Ranitidin har också rapporterats interagera med prokainamid. Båda substanserna är katjoner vid blodets pH och de konkurrerar om samma tubulära sekretionsväg. I en studie med sex friska personer fick man ökad plasmakoncentration på grund av minskat renalt clearance för prokainamid och dess aktiva metabolit, N-acetyl-prokainamid, vid samtidigt intag av ranitidin. Denna interaktion var dosberoende, ökande ranitidindoser gav minskad sekretion av prokainamid och interaktionen är framför allt betydelsefull vid höga halter av ranitidin och hos vissa personer med nedsatt njurfunktion.

Interaktionerna mellan teofyllin, fenytoin och prokainamid är dock ytterst sällsynta, och på läkemedelsföretaget Glaxo har man gjort den bedömningen att de saknar klinisk betydelse. Sverige är för övrigt det enda land som tagit upp dessa interaktioner i FASS.

Val av NSAID-preparat

FRÅGA: En läkemedelskommitté väljer mellan två mer långverkande NSAID-alternativ, tenoxicam (Alganex) och ketoprofen (Orudis Retard). Är något av preparaten att föredra?

SVAR: Orudis Retard (ketoprofen) och Alganex (tenoxicam) är två välbeprövade NSAID. Vanliga indikationer för dessa läkemedel är reumatoid artrit, osteoartrit/osteoartros och spondyliter. Inom detta terapiområde finns ett flertal alternativa farmaka med äldre och nyare NSAID, och många experter anser att likheten mellan substanserna är större än skillnaderna. Det finns ofta en påtaglig skillnad i preferens mellan olika individer när det gäller valet av NSAID. Många patienter föredrar en substans framför en annan utan att man kan ge någon vetenskapligt acceptabel förklaring för detta. Det finns därför ofta skilda åsikter bland fackfolk vilket läkemedel som prefereras på indikationen kroniska, reumatiska sjukdomar.

Ketoprofen (Orudis) registrerades 1983 och under 1991 var förbrukningen av ketoprofen 9,7 milj DDD. Ketoprofen hämmar prostaglandinsyntesen och även trombocyttaggregationen.

Biotillgängligheten är hög och halveringstiden i plasma är cirka 2 timmar. Huvudsaklig metabolism sker i levern. Renal utsöndring föreligger huvudsakligen av glukuronidkonjugat. Eftersom preparatet har en relativt kort halveringstid har en retardberedning (Orudis Retard) utvecklats. Med denna retardberedning kan maximal serumkoncentration upprätthållas under 5–8 timmar, vilket tillåter dosering en gång om dagen. Biverkningspanoramat omfattar framför allt gastro-intestinala biverkningar men i övrigt är det kvalitativa biverkningsmönstret likt det för övriga NSAID.

Tenoxicam (Alganex) registrerades i Sverige 1989, och 1991 var användningen 3,6 milj DDD. Tenoxicam har också en nära 100%-ig biotillgänglighet men är ett så kallade låg-clearanceläkemedel, vilket medför en lång halveringstid, cirka 72 timmar, dock med stor interindividuell variation. Metabolism sker i levern och renal utsöndring av substansen sker som hydroxymetaboliter. På grund av den långa halveringstiden kan tenoxicam ges en gång om dagen. Innebörden av en lång halveringstid för effekt och biverkningsprofil har diskuterats. Lång halveringstid innebär att ett läkemedel försvinner långsammare från kroppen när ogynnsam biverkan inträffat. Dock finns idag inga hållbara data som visar att ett NSAID med lång halveringstid är mer biverkningsbelastat än ett NSAID med kortare halveringstid. Biverkningsmönstret omfattar framför allt gastrointestinala biverkningar, och i övrigt föreligger ett likartat biverkningsmönster som för övriga NSAID.

Vid val av rekommenderade läkemedel på läkemedelslistor är det ju självfallet framför allt medicinsk ändamålsenlighet som avgör valet, men även andra faktorer som till exempel terapitradition, läkemedelskostnader, sortiment, leveranssäkerhet osv. Vad gäller den medicinska dokumentationen torde erfarenheten för närvarande vara större av ketoprofen. Den stora skillnaden mellan ketoprofen och tenoxicam är deras olika kinetik. Emellertid finns det ju inget enkelt samband mellan farmakokinetik och kliniska effekter utan som ovan nämnts finns en stor interindividuell farmakodynamisk skillnad som är svår att förklara.

I Sverige föreligger följande rapporter till biverkningsregistret: totalt har för Orudis (samtliga beredningsformer) inrapporterats 56 biverkningar sedan 1979 med troligt samband. Huvudsakligen utgörs biverkningspanoramat av mag-tarmbiverkningar, hudbiverkningar och psykiska biverkningar. Ett dödsfall har rapporterats. För Alganex har 34 biverkningar rapporterats sedan 1989; huvudsakligen mag-tarmbiverkningar och hudbiverkningar.

Mot denna bakgrund föreligger inte några avgörande skillnader i indikationsområde, basdokumentation och sannolikt inte heller i effektbiverkningsprofil. Den totala erfarenheten och användningen av ketoprofen är för närvarande större än den för tenoxicam, vilket är en fördel. I övrigt får regionala synpunkter väga relativt starkt i valet mellan ketoprofen (Orudis Retard) och tenoxicam (Alganex) på läkemedelslista.

Dygnskostnaden för Orudis Retard är 5:66 SEK och för Alganex 4:92 SEK vid underhållsbehandlingen en tablett per dygn.

Försäljning av receptfria analgetika 1986–1991

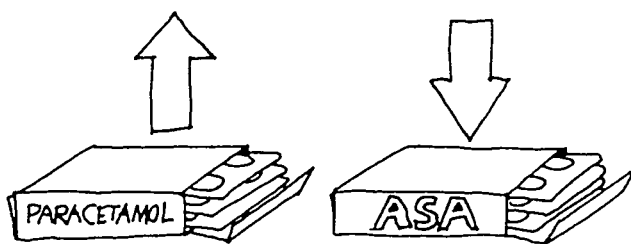
ANDERS CARLSTEN

Användningen av receptfria analgetika har diskuterats intensivt de senaste åren. Detta inte minst ur ett biverkningsperspektiv. Många anser att salicylaterna inte skulle registreras som läkemedel idag främst på grund av att det finns bättre preparat med en något mer gynnsam biverkningsprofil. Acetylsalicylsyra har dock fått en renässans de senaste åren som trombolytikum i samband med förebyggande av reinfarkt samt behandling av akut hjärtinfarkt.

Salicylaterna har en antiinflammatorisk effekt som paracetamol sannolikt saknar. I övrigt är preparaten likvärda vad gäller analgetisk och antipyretisk effekt. Salicylaternas potentiella biverkningar är många och välkända. De biverkningar som sannolikt har störst betydelse i ett folkhälsoperspektiv är skador på och blödningar från magslemhinnan. Alla personer som använder salicylater får en "tyst" blödning redan vid normaldosering och hos riskgrupper kan massiva magblödningar utlösas.

Paracetamol har, under de senaste åren, fått en allt större användning kanske mest på grund av en låg biverkningsfrekvens vid användning i normaldosering. Intoxikationsriskerna med främst leverskador som följd är väldokumenterade. Det finns idag inga hållpunkter för att paracetamol skulle orsaka njurskador vid normal användning.

För att skapa ett alternativ till acetylsalicylsyra (ASA) beslutar Läkemedelsverket om receptfrihet för ibuprofen i 20 och 30 förpackningar i styrkan 200 mg från och med oktober 1988. Ibuprofen ansågs jämfört med ASA ha en mer gynnsam biverkningsprofil speciellt med avseende på magbiverkningar och samtidigt ha en likvärdig analgetisk, antiinflammatorisk och antipyretisk effekt. Dessutom ansågs ibuprofen vara ett förstahandsmedel bland de receptfria analgetika vid indikationen dysmenorré.

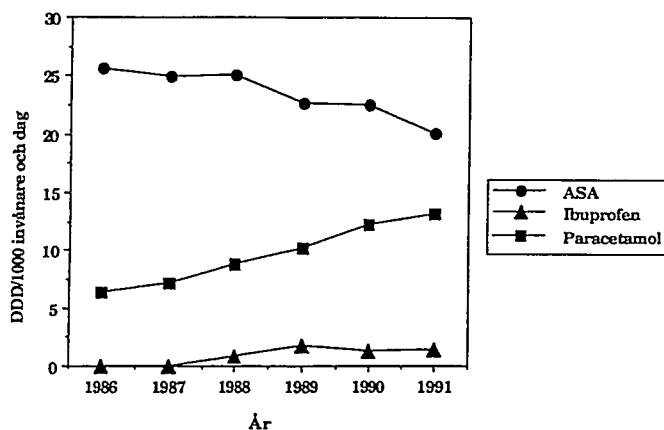


Försäljningsutveckling i definierade dygnsdoser

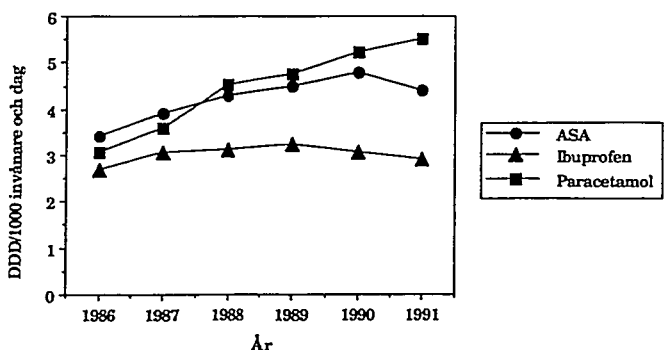
Hur ser då försäljningen ut de senaste åren vad gäller dessa läkemedel? Om man enbart ser till försäljning utan recept har ibuprofen inte fått något genombrott och bara tagit en liten del av marknaden. Under 1989 var försäljningen av ibuprofen i handköp som störst men utgjorde ändå bara knappt 5 procent. Förra året var andelen ännu mindre och uppgick till 4 procent (Figur 1).

Försäljningen av ASA utan recept har minskat de senaste åren helt enligt Läkemedelsverkets intentioner. Mellan åren 1986–1991 minskade försäljningen av ASA i handköp med 20 procent. Denna minskning kan möjligtvis under 1989 ha påverkats av att ibuprofen blivit receptfritt men det mest sannolika är att ASAs minskning de senaste åren beror på andra faktorer.

Försäljningen av paracetamol är dock i ständig ökning. Mellan åren 1986–1991 har försäljningen av paracetamol mer än fördubblats. Ibuprofen verkar inte ha tagit några marknadsandelar från paracetamol. Snarare kan det vara så att receptbefrielsen av ibuprofen har fokuserat intresset på biverkningar av både ASA och ibuprofen och att många kunder väljer just paracetamol som analgetikum.



Figur 1. Försäljning av ASA, ibuprofen och paracetamol utan recept 1986–1991.



Figur 2. Försäljning av ASA, ibuprofen och paracetamol på recept 1986–1991.

Om de senaste årens försäljningsmönster håller i sig kommer paracetamolförsäljningen att passera försäljningen av ASA någon gång under 90-talet. Övergången från ASA till paracetamol borde minska frekvensen magbiverkningar i form av till exempel magblödningar. Vad den ökande användningen av paracetamol för med sig ur biverkningssynpunkt återstår att se.

Förskrivningen av ASA och paracetamol på recept visar en ökning för båda substanserna. Förskrivningen av ibuprofen har varit i stort sett oförändrad mellan 1986 och 1991 (Figur 2).

Sammanfattningsvis kan konstateras, att försäljningen i handköp av ibuprofen, sedan det blev receptfritt, stabiliserats på cirka fyra procent av försäljningen av receptfria analgetika. Introduktionen av ibuprofen visar hur svårt det är att bryta sig in på ett område där det tidigare finns preparat med starka terapitraditioner. Försäljningen av ASA minskar stadigt, medan paracetamol ökar och om tendenserna håller i sig, kommer paracetamol att passera ASA någon gång under 90-talet.



Läkemedelsförsäljningen första halvåret 1992

INGRID NORDENSTAM · ANDERS WESSLING

Inför höjningen av patienternas egenavgifter för receptförskrivna läkemedel har landets apotek haft en aldrig tidigare noterad ökning av läkemedelsförsäljningen. Under juni månad var antalet receptexpeditioner 40 procent högre än samma månad året innan. Antalet recept ökade för patienter i alla åldrar men mest för de äldsta – för patienter över 70 år med omkring 60 procent. Antalet recept ökade också för flertalet läkemedelsgrupper, mer för läkemedel som används i behandlingen av kroniska åkommor än för andra läkemedel. Den största ökningen, 70 procent, visade gruppen hjärt/kärlmedel. Bland akutläkemedlen ökade gruppen antibiotika med 16 procent.

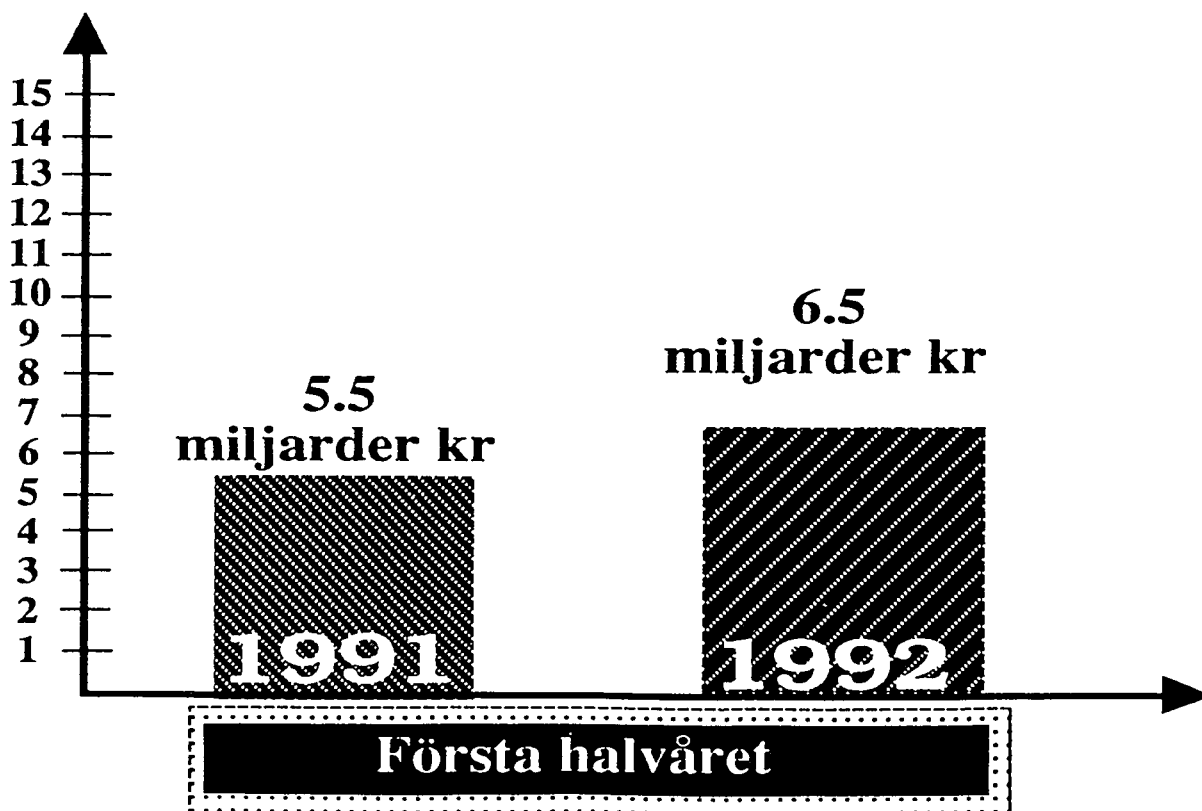
Under hela första halvåret 1992 låg läkemedelsförsäljningen högt. Antalet receptexpeditioner låg 13 procent över motsvarande period 1991. En jämförelse månad för månad visar, att under årets tre första månader låg försäljningen tio procent högre och under de två därpå följande månaderna i nivå med föregående år.

Andelen recept på frikort visar påtagliga förändringar över tiden. Den låg tidigare på drygt 10 procent, men ökade kontinuerligt under senare delen av 1991 och uppgick under januari 1992 till 20 procent. Andelen frikortsexpeditioner har därefter minskat.

Medan ökningen under juni månad var störst bland de äldre, noterades under årets tre första månader den största ökningen för den lägsta åldersgruppen. För barn upp till 10 år ökade antalet recept totalt med drygt 25 procent och antalet recept på antibiotika med 40 procent. Antalet recept till patienter äldre än 70 år ökade totalt med 15 procent. Recept avseende hjärt/kärlmedel ökade lika mycket medan antibiotikarecept ökade med omkring 25 procent.

Receptförsäljningen under det första halvåret har således undergått många påtagliga förändringar. Orsakerna till dessa är delvis kända – ändrad läkemedelsförmån, ökad effektivitet inom sjukvården med fler omhändertagna patienter – men vi vet exempelvis inte i vilken utsträckning den ökade antibiotikaförsäljningen förklaras av ökad effektivitet och/eller ökad sjuklighet. Underlag för sådana analyser saknas.

Som ett komplement till ovan redovisade volymförändringar kan nämnas, att totalstatistiken visar att försäljningsvolymen mätt i definierade dygnsdoser ökade med nio procent mellan halvåren 1991 och 1992. Antalet förpackningar ökade med fem miljoner eller åtta procent och kostnadsökningen uppgick till drygt en miljard – 19 procent.



Hälso- och sjukvård för invandrare och flyktingar i Sverige (del 2)

Psykologiska och psykiatriska aspekter

MONICA LÖFVANDER

Idag finns enligt FNs beräkning mellan 15-20 miljoner människor på flykt från sina hemländer. Ytterligare 15-25 miljoner finns på flykt i sitt eget land. Endast cirka 5 procent tas om hand av västvärlden. Resten finns i 3:e världens fattiga länder. Många av de hundratusentals flyktingar som kommit till Sverige sedan andra världskriget har varit utsatta för svår tortyr, misshandel eller annan organiserad våldshandling. Vid ankomsten till Sverige har flyktingen inte bara bakom sig traumatiska upplevelser, svårigheter under flykten och kanske förflyttningar från land till land, utan har också framför sig en i regel lång väntan på uppehållstillstånd, ovisshet om framtiden och en påfrestande integrationsprocess. Medan mycket stora ekonomiska resurser har satsats på somatiska hälsoundersökningar med oftast sparsamt utbyte, hotas den lilla och nödvändiga psykologiska stödverksamheten ständigt av nedskärningar.

Nyckelord: Invandrare, migrationsprocess, flyktingar, psykologiska aspekter.

Migrationsprocessens psykologi

Denna kan bäst sammanfattas som ett i tiden utdraget krisförlopp. Kris i sig betecknar en dramatisk, livsavgörande upplevelse eller inre förändring, vilken leder till nya ställningstagande och omorientering i livet. Kriser är mestadels nyttiga och nödvändiga och berikar personlighetsutvecklingen (1). När det gäller migrationsprocessen inbegriper denna också återkommande perioder av hemlängtan (Figur 1). Flyktingkrisen är komplex, eftersom den innehåller många utlösande moment som ställer stora krav på individen (2). Dessa moment är:

- Traumatiska upplevelser som hot, tortyr, förluster, krigshandlingar med mera, vilket hos vissa kan leda till ett långvarigt insufficienstillstånd karaktäriserat av irritabilitet och uppfattnings- och minnesrubbingar. Ett långvarigt tillstånd av stress kan leda till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD = post-traumatic stress-disorder).
- Uppbrottet, dvs att man lämnar det man känt, familj och vänner, personliga tillhörigheter, status och social roll, kultur och natur, färg, lukt och känsla innebär en rad viktiga sociala, kulturella och psykologiska objektsförluster. Det kan ge upphov till mer eller mindre starka sorgereaktioner, långvariga eller återkommande, och accentuerade i samband med andra utvecklingskriser. Denna kulturella objektsförlust sammanfattas på engelska i begreppet "cultural bereavement".
- Integrationsprocessen kan vara mer eller mindre utdragen. Är den kulturella skillnaden mellan hemlandet och värdlandet stor kan denna process ta lång tid. Många flyktingar besvärar sig av en känsla av alienation, degradering och diskvalificering av modersmål, kultur och social bakgrund blandad med skuld- och skamkänslor över att ha lämnat sin uppväxtmiljö och vänner och familj. Detta kan medföra glorifiering av hemlandet och förakt för värdlandet och till och med omvänd rasism.

Dessa moment kan alternera under en och samma tidsrymd till exempel under en dag eller till och med under kortare perioder under den första tiden. En sammanblandning eller förväxling av dessa kan orsaka allvarliga förvirringstillstånd eller svåra konflikter för flyktingen. Vid sådana tillstånd förekommer splittringsmekanismer, projektioner, förskjutningar, förnekanden och utagerande beteenden.

Flyktingkrisen

Denna innehåller många moment varav det är viktigt att hålla i minnet att själva flykten som sådan är en aktiv handling som fordrar psykisk energi, initiativ och handlingskraft. En serie negativa händelser föregår alltid uppbrottet. De psykologiska försvarsmekanismerna med förträngning och förnekande av starka obehagliga känslor



Enheten skall verka för att

- samla och stimulera till forsknings- och utvecklingsverksamhet inom transkulturell primärvård inom Stockholms Västra sjukvårdsområde (avser stadsdelarna Ekerö, Bromma, Hässelby, Vällingby, Spånga, Rinkeby, Tensta, Akalla, Kista och Husby med ungefärligt invånarantal på 150.000 invånare).

- genom anordnande av föreläsningar, diskussioner och debatter öka och utvidga förståelsen för transkulturellt förhållningssätt inom vården.

- organisera de studiebesök som kommer till främst Rinkeby PVO för att studera organisation och vårdgivning inom primärvården där.

kan medföra att vissa flyktingar får svårt med situationer, som omedvetet kan påminna om separationen från hemlandet. Att bli tvungen att flytta inom landet medför ny bostad och byte av kontaktnät, vilket kan aktualisera tidigare bortträngd separationsångest och skuldkänslor. Flyktingen kan vägra, göra motstånd eller hitta på olika rationella eller irrationella förklaringar för att undvika att bli utsatt för sådana handlingar. Distansfasen karaktäriseras av förhöjt stämningsläge med euforiska reaktioner, storslagna planer och överskattning av den egna förmågan. Konfrontationsfasen är stormig. Det är den fas där flyktingen konfronteras med verkligheten, dvs han möter svårigheterna i den nya omgivningen. Detta orsakar oro, ångest och stress. Regressiva beteenden och psykosomatiska symtom är tecken på denna inre oro och förvirring. Små detaljer kan i denna fas ge upphov till konflikter på grund av oförmåga att koncentrera sig på de stora problemen.

I början av stabiliseringsfasen kan depression och apati uppträda när känslor och klarsyn kommer upp till

ytan. Den senare delen av denna fas karaktäriseras av ett psykologiskt jämviktsläge. Dessa faser kan beskrivas grafiskt (Figur 1).

De flesta av flyktingarna klarar dessa omställningar utan större problem. Undantaget är svåra tortyroffer, krigsskadade med neurotiska symtom och PTSD-tillstånd som behöver kvalificerad hjälp i form av psykoterapi eller långa rehabiliteringsinsatser.

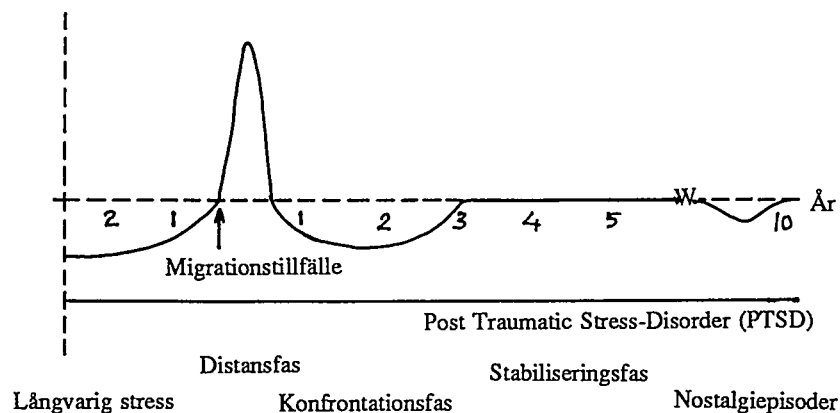
Barnens situation

Den psykiska hälsan hos flyktingbarnen har varit föremål för ökande intresse de senaste åren. Många barn hamnar i psykisk kris efter ankomsten till värdlandet eftersom familjen sviktar socialt och föräldraauktoriteten är svår att hävda i den nya situationen. Till detta kommer sysselloshet under den långa väntan på uppehållstillstånd. Sistlidna året har också allt fler barn tagits i förvar i avvaktan på att utvisning av familjen skall ske. Barnen blir en slags gisslan för att förhindra familjen att gömma sig för att undvika utvisning. Denna inhumana behandling av flyktingbarnen har också väckt berättigad internationell uppmärksamhet. För de barn som varit utsatta för våld, separationer och förluster kan ett posttraumatiskt stressyndrom utvecklas. Detta yttrar sig framförallt genom mardrömmar, "startle reactions" och fobier hos barn ända upp i tonåren. Hos de mindre kan man se traumarelaterade lekar, separationsångest samt tecken på utvecklingsmässig regression. För de äldre barnens del bör man vara uppmärksam på koncentrationssvårigheter och negativ framtidsvision. Utvecklingsförsening är däremot en ovanlig klinisk bild hos barn (3).

Familjen

Familjen i asyl sviktar ofta på grund av att invanda familjemönster förändras. Föräldrarollen försvagas bland annat beroende på nedsatt självkänsla hos föräldrarna. Detta får ofta negativa återverkningar på barnen. På några förläggningssorter har man därför startat föräldragrupper, eftersom de flesta har liknande svårigheter i föräldra/barnrelationen i den nya och osäkra situationen. Ett vanligt problem är att föräldragrupperna kan störas av redan etablerade komplicerade relationer mellan föräldrarna, där slitningarna och påfrestningarna kan bli stora mellan makarna. Man bör emellertid inte låta sig förskräckas av detta, eftersom det innebär en god investering i förbyggande vård av barnens hälsa. Man behöver inte alls i dessa fall ha tillgång till utbildade psykoterapeuter, utan i de flesta fall räcker det med engagerad barnavårdspersonal. Man får heller inte glömma, att många flykting/invandrarfamiljer har svåra upplevelser bakom sig och att dessa inte

Stämningsläge



Figur 1. Migrationsprocessens psykologiska förlopp.

går att sudda ut. Inte heller kan man hejda den nödvändiga anpassningsprocessens krisreaktioner.

För att ytterligare förbättra arbetet kring nyanlända flyktingfamiljer har man i många av Sveriges kommuner inrättat samverkansgrupper mellan BVC, socialtjänsten, skolan och barnomsorgen.

Medicinska intyg

En asylsökande kan stärka sin ansökan om uppehållstillstånd i Sverige om det finns starka humanitära skäl för det (4). Där vägs till exempel medicinska omständigheter in. Ofta kontaktas psykiatriker och distriktsläkare för att ta ställning till intygsskrivande till vederbörande myndighet. Vad man skall ta hänsyn till är om den asylsökande lider av en sjukdom som skulle ha mycket allvarligt försämrade prognos efter ett återvändande. Det skall vara fråga om allvarliga hälsorisker eller obotlig skada. Det är alltså tillståndets prognos man skall bedöma i intyget. Vad som komplicerar bilden särskilt i ett ärendes slutskede, är att patienten kan tvingas in i en sjukdomsroll med betydande sjukdomsvinst. En särskild svårighet gäller bedömningen av suicidrisk. Dock är fullbordade suicid utomordentligt sällsynta i dessa sammanhang. Suicidhot och självdestruktiva beteenden är däremot vanliga. Eftersom bedömningen i dessa ärenden är mycket svår är det av yttersta vikt att göra en noggrann beskrivning av tillståndet istället för att göra tvärsäkra uttalanden i den ena eller andra riktningen.

Sena effekter av tortyr

Tortyrcentrum finns vid Röda Korsets sjukhus i Stockholm. Enheten är avsedd för vård och hjälp till de svårast skadade tortyroffren och deras familjer. Handläggningen har dock fått utstå en del kritik på grund av långa vänte- och behandlingstider vilket ibland lett till en försämring av de ska-

dades tillstånd. Möjligtvis kan situationen förbättras i och med att det nyligen har inrättats en Enhet för Dokumentation av Tortyrskador vid Karolinska sjukhuset i Stockholm. Denna är en tvärvetenskaplig enhet med rättsmedicinare, allmänläkare, barnläkare och psykiatriker. Röda Korset har också nyligen öppnat ett rehabiliteringscenter för tortyrskadade i Malmö.

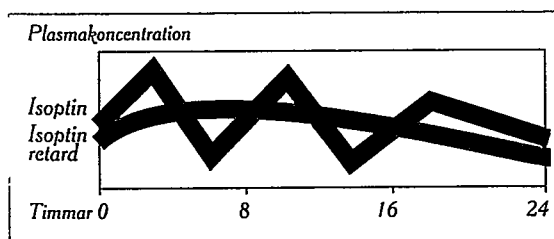
Resurserna är således begränsade till de som är svårast drabbade av följd effekter av somatiska och psykologiska övergrepp. Det kan därför inte nog betonas att all personal som kommer i kontakt med dessa offer, lär sig att känna igen och också våga bejaka seneffekter av tortyr samt lär sig att handskas med dessa på ett medmänskligt sätt.

Liksom på det danska centret OASIS, är det på Röda Korsets Tortyrcentrum endast en mindre del som erhåller avancerad psykoterapi. Fördelen med ett centrum av detta slag är snarast att det kan samordna verksamheten för att skapa en helhetssyn. Personalen har också en vana att arbeta transkulturellt. Vården som ges på ett sådant centrum är dock speciell och avsedd för en begränsad grupp vårdbehövande. Den avgörande delen av hjälpen till tortyrskadade utgöres av praktiska åtgärder. Det innebär således att det mesta av denna vård skall ske inom primärvården, den psykiatriska öppna vården eller socialtjänsten. Som nämnts tidigare finns emellertid brister i det psykologiska omhändertagandet av flyktingar i Sverige. Viljan finns nog med tillräckliga grundkunskaper saknas ofta, liksom ekonomiska resurser och handledning.

Det finns dessvärre inte något som tyder på att prognosen skulle vara särskilt god för de psykiska och sociala symtomen som orsakas av tortyr. Förloppet är individuellt från total läkning (30 procent) till kroniskt förlopp (5).

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

Posttraumatiskt stressyndrom

Tortyr skadar kroppen, det skapar ett långvarigt psykiskt lidande och påverkar starkt relationerna till andra människor. De som varit utsatta för extrema händelser kan få senreaktioner karakteriserade som posttraumatiskt stressyndrom. De psykologiska reaktionerna associerade med PTSD är anhedoni, somatiseringstendens, hypokondri, depressioner, missbruk, psykos, dissociation och aggressivitet. Det är viktigt att hålla i minnet att oförmågan till känslöengagemang och splitt-ringstendens gör att anpassningssvårigheter uppstår liksom svårigheter med inläring, till exempel av ett nytt språk (6).

Transkulturell vård

Erfarenhetsmässigt tar det längre tid att arbeta med invandrare/flyktingar än svenskar. Orsaken är både språk- och kulturskillnader. Eftersom det dessutom innebär en stor belastning på den personal som arbetar med flyktingar, invandrare och deras familjer, bör man inte arbeta ensam med denna

form av problematik, utan man bör ha tillgång till stöd i form av handledning av mer erfaren personal. Tyvärr har detta faktum uppmärksamats otillräckligt i vårdrutiner eller vid fördelning av resurser till sjuk- och hälsovårdens basorganisationer.

I huvudsak finns det två betydelsefulla faktorer i den transkulturella vården: Den ena är vikten av att ha goda, helst specialutbildade tolkar inom sjukvården och den andra är att läkare och vårdpersonal har en beredskap för kulturell förståelse.

Grunden för en god vård och omvårdnad är förutom goda medicinska och psykologiska kunskaper en humanitär livssyn. Med detta vill jag betona att vi som läkare och vårdpersonal i vårt arbete inte bara ser till det rent biomedicinska utan att vi även tar hänsyn till psykosociala och kulturella faktorer vid bedömning av en patients hälsotillstånd. Humanismen – med respekten och förståelsen för den enskilda människan – måste vara en betydelsefull del i vårt medicinska vardagsarbete.

Referenser

1. Sluzki C. Migration and Family Conflict. Family Process 1979;4:379-90.
2. el Hissi M. Flykting- och invandringsprocessen. Ur: Flyktingar och invandrare i sjukvården. Stockholm: Spri 1991:35-44.Ö
3. Hjern A. Är invandrabarn sjukare än svenska barn? Ur: Flyktingar och invandrare i sjukvården. Stockholm: Spri 1991:186-201.
4. Socialstyrelsens författningssamling 1990:27.
5. Dahl CI. När historien hinner ifatt – sena psykiska effekter av trauma. Ur: Flyktingar och invandrare i sjukvården. Stockholm: Spri 1991:262-70.
6. Söndergaard HP. Följdillstånd efter extrem stress; en aspekt på flyktingpsykiatri. Läkartidningen 1988;85:539-42.

Författarpresentation

Monica Löfvander, distriktsläkare.

Västra Stockholms sjukvårdsområde
Rinkeby vårdcentral
Enheten för transkulturell primärvård
Skårbygränd 3
163 72 Spånga

Vem tar hand om barnen – och vem tar hand om de gamla?

En receptstudie

ANDERS HÅKANSSON · PER ANDRÉN

Vilka läkare tar hand om barnen och vilka tar hand om de gamla? Hur ser privatläkarnas patientsammansättning ut jämfört med distriktsläkarnas? Det är frågor som inte är helt lätta att besvara. Landstingens statistik är oftast mycket ofullständig vad beträffar de polikliniska besöken. Eftersom flertalet försäkringskassor bearbetar privatläkarnas kvitton för hand, är det ännu svårare att få fram adekvata uppgifter för dessa. Vi har därför valt att i denna artikel belysa patientfördelningen mellan olika läkarkategorier i en kommun utifrån de recept som expedierades på de lokala apoteken under en tvåmånadersperiod.

Nyckelord: Receptstudie, patientfördelning, förskrivning, läkarkategorier.

Studieområde

Växjö kommun har ungefär 69.000 invånare. Där finns nio vårdcentraler, varav fem i staden och fyra på landet. Distriktsläkaren i staden har i genomsnitt hand om knappt 3.000 människor, medan motsvarande siffra på landet är knappt 2.000. I staden finns ett centrallasarett med flertalet somatiska huvudspecialiteter representerade samt ett psykiatriskt sjukhus med ett par öppenvårdsmottagningar. Under senare år har allt fler privatpraktiker etablerat sig, varav endast ett par är allmänmedicinare. Det finns också ett rikligt utbud av företagshälsovård i alla de former.

Metoder

Under mars månad, såväl 1990 som 1991, ADB-registrerades samtliga recept som expedierades på något av kommunens apotek. Förutom preparat, styrka och mängd, registrerades också förskrivande läkare och patientens bostadsadress. De olika läkarkategorierna var: distriktsläkare, lasarettsläkare (inklusive psykiatriker), privatläkare och företagsläkare. Databearbetningen av materialet gjordes av Apoteksbolaget. Resultaten för

mars 1990 och mars 1991 var i det närmaste identiska, varför i analyserna de båda månaderna kunde slås samman. Befolkningssiffror togs från Demopak.

Resultat

Under de båda månaderna expedierades sammanlagt 51.455 recepten till invånarna i Växjö kommun, 26.756 under mars 1990 och 24.699 under mars 1991.

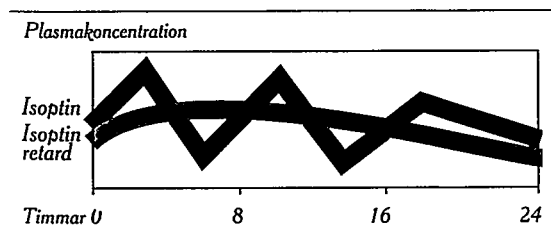
Distriktsläkarna stod för den högsta totalandelen recepten (45 procent) (Tabell I). De förskrev majoriteten (51 procent) av recepten till barnen och pensionärerna. Lasarettsläkarnas andel av den totala förskrivningen låg relativt jämnt mellan 32 och 40 procent i de fyra åldersgrupperna. Privatläkarna hade totalt knappt hälften av distriktsläkarnas förskrivning (19 procent). De låg förhållandevis högt i de arbetsföra åldersgrupperna. Företagsläkarnas andel av den totala förskrivningen var bara ett par procent.

Bryt!



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

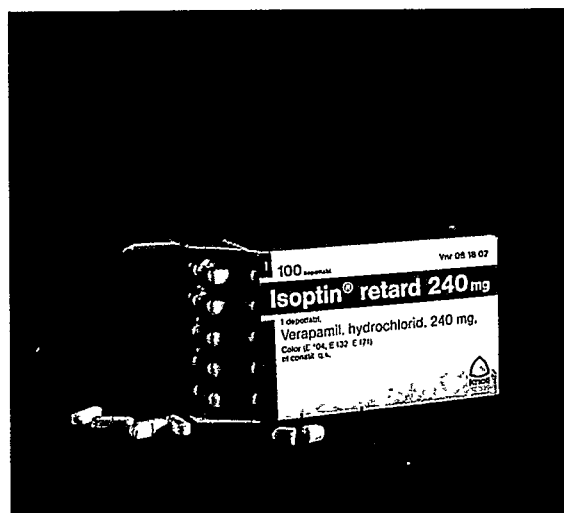
Isoptin® retard är nämligen en 240 mg depottablett som är mycket lätt att bryta i två delar. Kinetiken förblir oföränd-



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

Meda AB,
031-17 68 40

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.

Tabell I. Procentuell fördelning av recipen på olika läkarkategorier för de fyra åldersgrupperna.

Läkarkategori	Åldersgrupp (år)				Totalt
	0-14	15-44	45-64	65-	
Distriktsläkare	51	37	33	51	45%
Lasarettsläkare	40	33	35	32	34%
Privatläkare	9	27	25	16	19%
Företagsläkare	0	3	7	1	2%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%

Tabell II. Procentuell fördelning av recipen på olika åldersgrupper för de fyra läkarkategorierna.

Åldersgrupp (år)	Läkarkategori				Totalt
	Distriktsläkare	Lasarettsläkare	Privatläkare	Företagsläkare	
0-14	11	11	4	0	9%
15-44	22	26	35	31	26%
45-64	19	27	32	62	26%
65-	48	36	29	7	39%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%

Till de minsta barnen i åldrarna 0-4 år skrev distriktsläkarna 51 procent av recipena, lasarettsläkarna 44 procent och privatläkarna 5 procent. Motsvarande siffror för de allra äldsta (75 år och äldre) var 57 procent, 30 procent respektive 13 procent.

Distriktsläkarna skrev knappt hälften av sina recipen till den äldsta åldersgruppen (Tabell II). Andelen barnrecept var densamma för distriktsläkarna och lasarettsläkarna. I övrigt var lasarettsläkarnas förskrivning relativt jämnt fördelad över de olika åldersgrupperna. Privatläkarna hade tyngdpunkten för sin förskrivning bland de yngre och medelålders vuxna. En tydlig koncentration av förskrivningen till de äldre bland den förvärvsarbetande befolkningen noterades för företagsläkarna.

Diskussion

I Växjö kommun är det distriktsläkarna och lasarettsläkarna som sköter läkemedelsförskrivningen till barnen, medan det främst är distriktsläkarna som skriver recepten till pensionärerna, följda av lasarettsläkarna (Tabell I). Privatläkarna skriver sina recept i första hand till människor i arbetsför ålder, liksom i ännu högre grad företagsläkarna (Tabell II).

Att företagsläkarna står för en väldigt liten andel av recepten och att de förskriver främst till medelålders människor förefaller adekvat. Företagshälsovården ska ju syssla framför allt med prevention och rehabilitering och i allt mindre grad med vanlig sjukvård. Inom gruppen lasarettsläkare finns alla möjliga specialiteter från kirurger till psykiatriker. De har hand om också allvarligt sjuka människor. Det är

naturligtvis helt omöjligt att säga vilken åldersprofil på läkemedelsförskrivningen som är adekvat för dem.

Vad gäller distriktsläkarna och privatläkarna, så arbetar de åtminstone delvis på lika villkor. De sköter sina patienter polikliniskt och har ingen möjlighet att själva lägga in dem. Det brukar också vara populärt att jämföra den så kallade "effektiviteten" mellan dessa båda läkarkategorier. Man tittar då på det gamla hederliga måttet "antalet läkarbesök" och det man då mäter är i bästa fall "produktiviteten". Vid sådana jämförelser är det viktigt att ha klart för sig, att distriktsläkarnas patientsammansättning skiljer sig markant från privatläkarnas. Medan distriktsläkarna i denna studie förskriver 48 procent av sina recipen till pensionärerna och 11

procent till barnen, så är 67 procent av privatläkarnas förskrivning koncentrerad till åldersgruppen 15-64 år. Om det är några åldersgrupper som är särskilt krävande, så bör det vara de allra yngsta och de allra äldsta.

Självklart finns också många olikheter mellan distriktsläkarna och privatläkarna och mellan deras arbetssätt och arbetsförhållanden. De förstnämnda är anställda och arbetar på "timlön", medan de sistnämnda är egna företagare och arbetar på "ackord". Distriktsläkarna har den breda allmänmedicinska specialiteten, medan privatläkarna oftast har en betydligt smalare specialistkompetens.

Vi har inte kunnat hitta någon annan studie som jämför åldersammansättningen för distriktsläkarnas och privatläkarnas patienter. Därför kan vi naturligtvis inte veta om våra resultat är generaliserbara utanför Växjö's gränser. Dock tycker vi att mycket talar för att så är fallet. Rimligen är det också så, att läkemedelsförskrivningens ålderspanorama någorlunda väl speglar de besökandes åldersfördelning. Inte heller detta kan vi säkert veta.

Sammanfattningsvis vill vi hävda, att patienternas åldersammansättning skiljer sig klart mellan olika läkarkategorier, och då inte bara mellan pediatriker och geriatriker, och att stor hänsyn bör tas till detta då man jämför olika läkarkategoriernas prestationer. Vi tycker oss också ha visat, att en enkel receptstudie kan vara utgångspunkten för olika typer av fördjupningar.

Författarpresentation

Anders Håkansson, docent, distriktsläkare.

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Per Andrén, distriktsläkare, vårdcentralen Birka, Växjö.

Bli medlem i SFAM

Allmänläkarnas specialistförening

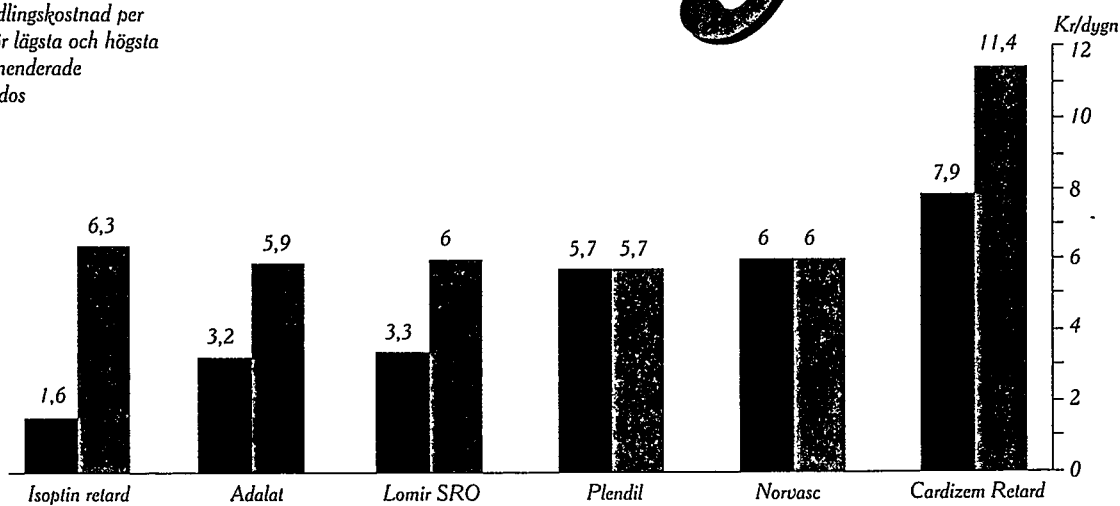
Svensk Förening för Allmänmedicin

Anmälan om medlemsskap sker till:

Margareta Lindborg
AllmänMedicin
172 83 Sundbyberg

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® 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

Allmänmedicinska specialisters efterutbildning i Norge

BJÖRN NILSSON

1984 kom i Norge en ny kommunhelsolag, som stadgade att kommunerna ska sköta första linjens hälso- och sjukvård – prevention, mödra-, barn- och skolhälsovård samt kurativ vård, hemsjukvård, sjukhemsvård och så kallat miljöinriktat hälsoskydd. Distriktsläkarna i statlig tjänst blev då anställda i kommunerna; antingen direkt anställda eller som privatpraktiserande med avtal (idag ungefär 50/50).

I och med lagens genomförande instiftades en särskild utbildningsfond tillgänglig för specialister i öppen vård.

Nyckelord: Allmänmedicin, efterutbildning, Norge.

I Norge finns cirka 10.000 läkare, varav 2.600 är allmänpraktiker. Majoriteten av dessa är specialister i allmänmedicin. Den Norske Legeforening (DNLf) ansvarar både för specialist- och efterutbildning (det vill säga den kontinuerliga utbildning som varje allmänmedicinsk specialist måste följa). Man ansvarar för detta på delegation från socialdepartementet. DNLfs filosofi är, att allmänmedicin läres i öppenvård och att läkarna sköter sin utbildning bäst själva – kvalitetsmässigt bäst och mest kostnadseffektivt.

Fonder

DNLf disponerar tre utbildningsfonder med styrelserepresentanter från socialdepartementet och fylke.

Fond 1: Utbildningsfond som förhandlades fram som alternativ till lönepåslag för läkarna och alltså egentligen är läkarnas egna pengar, som man valt att använda på detta sätt.

Fond 2: Stiftades när kommunhelsolagen genomfördes 1984. Tillgänglig för allmänmedicinska och andra specialister i öppenvård.

Fond 3: Sjukhusläkarnas kurser.

Fonderna ger vardera en avkastning om cirka 30 miljoner kronor. Detta är den ekonomiska basen för DNLfs verksamhet.

Kurser

Kursverksamheten är omfattande och organiseras av DNLf, som står för

kostnader (resa, uppehålle, föreläsare och reglering av eventuellt påförd skatt). I varje fylke finns en kurskommitté för allmänmedicin, som kan ta initiativ till och, på delegation från DNLf, godkänna kurser (se Faktaruta 1).

Kursinnehåll: Dels finns olika ämneskurser, dels lokala läkargrupper (ursprungligen kvalitetssäkringscirklar) som visat sig värdefulla som sociala nätverksgrupper (ett viktigt motmedel mot "burnt out syndrome"). Sjukhuskurser godkänns, men omfattningen minskar och trenden går mot allt fler lokala ämneskurser. DNLf satsar också på en omfattande ledarskapsutbildning.

Kurslängden är vanligen cirka tre dagar, upp till en vecka (15–30 timmar). Antalet deltagare är oftast 10–12; ibland färre på "strukturerad sjukhustjänstgöring", mer sällan upp till 50–60 deltagare på kortare kurs inom ett smalt område.

Föreläsare är i regel läkare, som i princip ersätts för förlorad arbetsförtjänst (cirka 800 kronor/timme). Industrisponsrade kurser godkänns inte längre i utbildningssystemet. Detta var ursprungligen ett krav från industrin – läkarna blev för krävande!

Specialistkompetensen uppdateras

En norsk specialist i allmänmedicin

måste uppdatera sin specialistkompetens vart femte år genom att dokumentera deltagande i 300 timmar på godkänd kurs, där viss del är utbytbar mot sjukhustjänstgöring eller FOU-arbete. Obligatoriskt är också arbete i allmänmedicinsk praktik under 5-årsperioden (jämför specialistregler i allmänmedicin, Faktaruta 2). Ansökan om specialistförnyelse och intyg från genomgångna kurser skickas till DNLf, som sänder intyg om förnyad specialistkompetens till den försäkringskassa som läkaren har avtal med. Om någon inte uppdaterar sin kompetens, går meddelande till försäkringskassa och riksförsäkringsverk.

Konsekvens

I stort sett alla följer detta system, dels av arbetsmarknadsmässiga, dels av ekonomiska skäl. En specialistkompetent allmänpraktiker får en betydligt högre inkomst (cirka 100.000 NOK/år) än den som saknar denna kompetens. Det fåtal som inte förnyar kompetensen kan i princip fortsätta att arbeta som förut, men med lägre ersättning. Som regel har man inte råd att avvara erbjödandet. Målsättningen är inte i första hand att berika läkarna, utan är en av flera strategier för att skaffa bra läkare till hela landet. Detta har man också i stor utsträckning lyckats med.

FAKTARUTA 1

Generella kriterier för godkännande av norsk kurs i Allmänmedicin

For å kunne godkjennes i henhold til allmennpraktikerreglene skal kurs m.v. oppfylle følgende kriterier:

1. Kursene skal arrangeres for leger og rette seg mot allmennleger.
2. Kursene skal være forhåndsgodkjent av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.
3. Kursene skal være åpne for alle allmennpraktiserende leger.
4. Det skal være ansvarlig kursleder tilstede som fører presenslister. Kursbevis utstedes på grunnlag av presenslistene.
5. En undervisningstime er lik +5 minutter.

Kurs – møter o.l. må være på minst 6 undervisningstimer à +5 minutter for å kunne godkjennes.

Planlagte møteserier kan godkjennes når summen av enkeltmøter er mer enn 6 undervisningstimer og maksimalt 50. Jfr. regelverket for spesialiteten.

6. Firmakurs med kommersielle interesser kan ikke godkjennes.
7. Nordiske og internasjonale kongresser i allmennmedisin kan godkjennes etter søknad.

Spesialitetskomiteen kan delegere godkjenningmyndighet til de lokale kurskomiteer. Ved tvil skal alltid søknader forelegges spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

Alla parter nöjda

Efterutbildningen fungerar mycket bra enligt DNLF. Berörda parter är nöjda. Man har ett utbyggt system med bra kurser, anpassade efter allmänpraktikerns verksamhet. Kursernas organisation med DNLF som kvalitetsgarant och lokala grupper som motor i systemet möjliggör både lokal specialisering och flexibilitet. Grundläggande är ett allmänmedicinarna själva håller i kursverksamheten. Det ekonomiska incitamentet gör att man lyfter kvaliteten över hela fältet och inte bara hos den som är särskilt intresserad och har störst förmåga att komma loss från den dagliga verksamheten. Ett bevis på kvalitet i primärvården är, att klagomål på enskilda läkare i stort sett aldrig drabbar allmänpraktikerna.

Svensk jämförelse

är mycket varierande. En del landsting har gemensamma kursdagar för all personal i primärvård, vilket begränsar ämnesvalet. På många håll är enskilda läkare utbildningsansvariga inom ett speciellt ämnesområde och engagerar ofta slutenvårdskollegor som föreläsare. Detta kan göra att primärvårdsperspektivet missas. En sjukhusläkare ser ju ofta ett helt annat sjukdomspanorama än en distriktsläkare.

Läkemedelsindustrin står för ett stort kursutbud med eget urval av föreläsare, vilket ur många synvinklar kan vara tveksamt. Provinsialläkarfondens kurser är av hög kvalitet och ofta svåra att komma med på, vilket visar på behovet av strukturerade primärvårdsanpassade kurser. Balintgrupper, där distriktsläkare i mindre grupper utifrån praktisk erfarenhet diskuterar patient-läkarrelationen, är vanliga och fyller ett stort behov.

Sammanfattningsvis kan sägas att i Sverige går mycken efterutbildning på lösa boliner och att behovet av bra och primärvårdsinriktade kurser är stort. Detta kommer inte att minska, när vi står inför genomförandet av ett husläkarsystem. Det vore då naturligt att huvudmannen inrättade en funktion motsvarande den norska *lokala kurskommittén* (jämför centra för allmänmedicin). Det vore naturligt att SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin) tog ett *centralt ansvar* för samordning.

Förslag enligt ovan framlades på SFAMs höstmöte i Kiruna 1991. Ett "Institut för Allmänläkarnas Efterutbildning" tänktes verka genom lokala och regionala nätverk (AllmänMedicin nr 6, 1991).

Författarpresentation

Björn Nilsson, distriktsläkare.

Vårdcentralen Herrhagen
Herrhagsgatan 68
652 21 Karlstad

FAKTARUTA 2

Specialistregler i allmennmedisin

Etterutdannelse

1. Fornyelse hvert 5:e år.
 2. 1 års allmennmedisinsk tjeneste tjennomsnittlig i 5-års perioden.
 - a. Heltidsstilling teller ned til 1 mud.
 - b. Deltidsstilling forholdsvis lengre.
 - c. Tjeneste under halv tid ned til minimum 1/5 stilling teller bare kurativ allmennmedisinsk praksis.
 - d. Tjeneste i andre legestillinger i primærhelsetjenesten teller bare i samtidig kombinasjon med allmennmedisin ned til halvtidsstilling.
 3. 200 undervisningstimer i perioden hvorav halvparten kan være innen et fagområde. De øvrige timer skal være fordelt på minst 6 fagområder hvorav 4 skal være i kliniske emner og med minimum 15 timer på hvert.
 4. I tillegg kreves en av følgende aktiviteter:
 - a. Minimum 3 måneders sykehustjeneste.
 - b. Strukturert sykehustjeneste av minst 1 måneds varighet.
 - c. 100 timer undervisningsvirksomhet, f.eks. møteserier, kurstimer, sensorvirksomhet, foredrag/undervisning av kolleger/studenter beregnet time for time.
 - d. Forskning i allmennmedisin ved institutt for allmennmedisin eller samfunnsmedisin av minst 3 måneders varighet. Annen forskningsvirksomhet vurderes etter søknad.
 5. Etter fylte 60 år reduseres kravene under pkt. 3 og 4 til 150 timer. Ved neste fornyelse faller kravene bort og spesialiteten beholdes.
- Ell virksomhet skal på forhånd være godkjent av Den norske lægeforening.

INBJUDAN ATT LÄMNA ANBUD ATT ANORDNA SPECIALISTKOMPETENSKURSER (SK-kurser) för läkare

SK-kurser vänder sig till läkare med svensk legitimation under specialiseringsutbildning (s k FV-utbildning eller specialiseringstjänstgöring).

Socialstyrelsen har statsmakternas uppdrag att upphandla kurser som skall utgöra ett led i den enskilde läkarens specialiseringsutbildning. För budgetåret 1993/94 beräknas kursvolymen uppgå till ca 260 kurser.

Kurserna kan variera i längd (3 - ca 10 dgr), skall vara upplagda på heltidsbasis och normalt omfatta ca 25 deltagare. Socialstyrelsen finansierar kurskostnaderna - lärare, ledning, expenser mm - men ej deltagarnas kostnader i samband med kursen.

Socialstyrelsen önskar anbud på kurser av följande slag:

* **Allmänna** kurser med innehåll som är värdefullt för blivande specialister inom flertalet specialiteter, t ex kurser inom hälsoekonomi, medicinsk etik, administration, ledarskap, rehabilitering mm.

* **Breda kliniskt inriktade** kurser med innehåll som är värdefullt för blivande specialister inom en vidare grupp av specialiteter, t ex kurser med fördjupad genomgång av viss diagnostik/terapi inom ett eller flera sjukdomsområden.

* **Specialitetsspecifika** kliniskt inriktade kurser som riktar sig till blivande specialister inom en viss specialitet.

Intresserade kursanordnare kan rekvidrera utförligare information och anbudsformulär från Socialstyrelsen, RT-S/SK-kurser, 106 30 Stockholm fax 08/783 31 62.

Anbud lämnas till Socialstyrelsen senast den 1 december 1992.

Tala är silver – skriva är guld

LARS GRUNDSTRÖM · KRISTIAN PEDERSEN

Posten anordnar sedan 1988 en riks-omfattande årlig tävling – Postens Guldbrev – som 1991 stod öppen för företag, organisationer och myndigheter. De bidrag som bäst tog tillvara "brevets kundvårdande egenskaper" skulle premieras. Deltagarna inbjöds att sända in exempel på kundkorrespondens som tävlingsbidrag. En namnkunnig jury med Bodil Malmsten, Bertil Törekull med flera, bedömde de cirka 300 tävlingsbidragen.

Vi nappade på denna inbjudan, utlagd på Posten i Luleå – formuleringen "kundvårdande egenskaper" var svår att motstå.

Som finalister inbjöds vi senare till Postens Guldbrevsdag, ett stort arrangemang som 1991 hölls i annexet till Globen. En hel dag med föreläsningar, seminarier och flera hundra deltagare. Bland föreläsarna märktes bland andra Marc H McCormack (känd i Sverige främst som Björn Borgs manager).

Ämnet för dagen var naturligtvis kundvård och kundkontakt i olika former. Under dagen berördes såväl ofentlig ekonomi, som mer näringslivsriktade förhållanden. Vikten att värna om och behålla gamla kunder poängterades. McCormack påpekade, att brev, som ju kan läsas i lugn och ro, ofta kan få ett annat eftertryck än muntligt besked.

När det digra programmet var över, vidtog prisutdelning vid 17-tiden, där Vägverket Östergötland fick tredje pris, Josefssons postorder fick andra pris och Luleå vårdcentral fick första pris. Vi fick ett ståtligt diplom, mycket blommor samt den berömda Guldpennan, ett imponerande (och fungerande) skrivdon av märket Mont Blanc att skryta med.

Sedan hölls en festbankett i mexikansk stil.

Vad var det då för ytterligt poetiska och litterära skapelser som kunde segra i en så stor tävling?

Det märkliga, tycker vi, är att vårt halvdussin insända brev är nästan lakoniskt kortfattade, enkla och raka.

Vanligen rör det sig om provsvar. Alla brev är dock personligt formulerade. Våra brev är (tydligen!) bra, men de är långt ifrån unika. I Luleåtrakten är det vanligt med meddelanden om undersökningsresultat, röntgensvar med mera per brev.

Flera sörilänningar vi talade med verkade förvånade över att doktorer skriver brev till patienterna, ja nästan avundsjuka på Luleåborna. Är brevskrivning till patienter mindre vanligt söderut?

Att döma av reaktionerna vi fick på Guldbrevsdagen i Globen, skulle många uppskatta brev från sin doktor.

Författarpresentation

Lars Grundström, distriktsläkare.

Kristian Pedersen, chefsöverläkare.

Postadress: Luleå vårdcentral, Timmermansgatan 31, 951 36 Luleå.

Hej,
Jag såg att blodtrycket låg på 165/100. Det är ju lite i överkant. Jag såg att Du hade funderat på att beställa en tid och det tycker jag verkar lämpligt, så kan vi då diskutera blodtrycksmedicineringen. Hör av Dig till mottagningen för en tid.
Vänliga hälsningar
LULEÅ VÅRDCENTRAL
Lars Grundström
Distriktsläkare

Hej,
Vi har fått svar på proverna som Du lämnade. Blodvärdet var 146, sänkan 14, fasteblodsockret 5,0. Utmärkta värden allihopa. Urinprovet var bra. Kolesterolvärdet var 6,67. Neutralfetter 1,66, det vill säga fullt acceptabla värden.
Vänliga hälsningar
LULEÅ VÅRDCENTRAL
Lars Grundström

Hej,
Ditt blodtryck låg nu utmärkt bra. Jag hoppas att Du mår bra på medicinen. Jag planerar att kalla Dig för ett återbesök om ett halvt år. Hör av Dig dessförinnan vid behov.
Vänliga hälsningar
LULEÅ VÅRDCENTRAL
Lars Grundström

Hej
Blodtrycket låg ju fint. Jag föreslår att Du kommer på ett mottagningsbesök om cirka 3–4 månader. Du kommer att få kallelse för detta. Hör av Dig dessförinnan vid behov.
Vänliga hälsningar
LULEÅ VÅRDCENTRAL
Lars Grundström

Hej,
Vi har nu fått svar på proverna som Du lämnade. Blodvärdet är normalt, sänkan är normal. Du har normalt antal vita blodkroppar i blodet. Kolesterolvärdet är 7.70, dvs något i överkant. Triglyceriderna (neutralfetterna) var 1.39, dvs helt normalt.

Allmänna råd för att sänka kolesterolvärdet brukar vara att undvika att äta mättat fett (smör, mjölkprodukter, fett kött) och hellre välja omättat eller fleromättat fett (matolja, lättmargarin, fisk, även fet fisk). Man skall gärna äta mycket grönsaker och rotsaker och se till att man får i sig ordentligt med fibrer. Man bör inte vara överviktig. Motion är också gynnsamt. Alltnog så vill jag än en gång poängtera att kolesterolvärdet bara var lätt förhöjt.

Jag planerar att kalla Dig för återbesök om 1/2 år, men Du får förstås gärna höra av Dig dessförinnan om det är något Du undrar över.

Med vänliga hälsningar
Lars Grundström
Distriktsläkare

Hej,
Har nu fått svar på röntgen av njurarna och detta visade normalstora och normalfungerande njurar. Samtliga prover, härunder blodsocker och njurfunktionsprov, var normala.
Med vänliga hälsningar
Luleå vårdcentral
Kristian Pedersen
Distriktsläkare

Kropp och existens

CHARLOTTE HEDBERG

Denna artikel försöker, med utgångspunkt från existentiell filosofi och fallbeskrivningar hämtade ur allmänläkarens kliniska vardag, ge ett komplement till det naturvetenskapliga paradigmet, som annars präglar medicinen som vetenskap.

Artikeln grundtanke är att vi vanligen inom medicinen genom vår uppdelning i kropp och själ, fysiskt och psykiskt (och kallar det som faller däremellan för psykosomatiskt) inte ser den sjuka människans upplevelse av sig själv och sin sjukdom och existens som en helhet. Sjukdomen har med de perspektiv som här anlägges en meningsskapande potential, med både destruktiva och positiva konsekvenser, som direkt kan tänkas påverka patientens förmåga att hantera sin livssituation och därmed också själva sjukdomsprocessen.

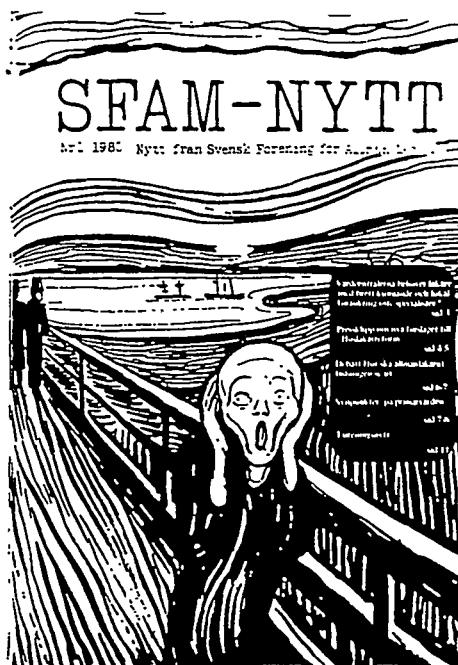
Den förståelseaspekt som här ges får på så sätt praktiska konsekvenser för diagnos och behandling i klinisk medicin, speciellt allmänmedicin.

Nyckelord: Kroppssymtom, kropp och själ, psykosomatik, existentiell filosofi.

Låt mig beskriva en tavla av Edvard Munch. Den är i sin originalversion 253 cm lång och 152 cm hög och väger 3,5 kg. Fotoinnehållet är cirka 5000 partiklar – 2000 av dem reflekterar 20 procent av ljuset och de återstående har en reflektionsgrad av mellan 20–100 procent. Färgpigmentet har som bas oljeblandad kamfärg, vilket tillåter en suddig kontur och blandbarhet. Dess mått är uppdelad i 93 fält, vilket möjliggör djupverkan och tavlans balans är framför allt koncentrerad till den nedre tredjedelen, men det finns även ett centrum för balans strax ovanför, varför ett intryck av disharmoni stör ögat. (Detta är lögn alltså – dock kan man analysera och beskriva konst på detta sätt, vilket i vissa sammanhang kan vara av intresse) (1).

Denna beskrivning säger dock inget om denna målningens speciella karaktär.

Reduktionismen kan vara en bra infallsvinkel för att lösa väl avgränsade



och väldefinierade problem. Den naturvetenskapliga metoden som är reduktiv har, genom att ställa vissa problem i fokus och tillämpa denna metod, uppnått stora framgångar inom vår disciplin medicinen. Men det, att vara i stånd till att in i minsta detalj beskriva det fysiskt mätbara hos kroppsliga fenomen och deras fysiska och kemiska förutsättningar, är inte desamma som att förstå deras innebörd. Den moderna medicinen har mycket litet att säga om den existentiella meningen av fysiskt – kroppsligt illabefinnande – ja, i stort sett kan man säga att de betraktas som irrelevanta. Med existentiell menar jag då sådant som för individen själv har en livsavgörande karaktär.

För att förstå kroppsliga symtom och sjukdomsyttningar mot bakgrund av individens, den hjälpsökande människans livssituation, då måste reduktionismen överges för en hermeneutisk fenomenologisk metod.

Konsultationen

Det att i konsultationen tillämpa fenomenologi i en filosofisk metod (2) handlar om att beskriva symtom och sjukdomskänsla såsom den upplevs av den sjuke – att beskriva det subjektiva som det "visar sig". Här handlar det inte om vad som är sant eller falskt, utan vad som är meningsbärande för patienten.

Hermeneutik, det är tolkningslära. Läkarens kapacitet handlar här om förmågan till uttolkning av patientens symtombild. Där ingår som en del,

kunskaper om orsaken till symtomen, men bara som en del. Ett exempel på förståelse är att läkarens tolkning av patientens eventuella ångest inför döden i hög grad präglas av dennes egen syn på döden. Ett annat exempel är att läkarens tolkning av patientens kroppsliga symtom baseras på läkarens upplevelse av den egna kroppen, dennes egen kroppsmedvetenhet (3).

Reduktionism

Reduktionismen kan tydligast ses i behaviorismen. Vi har alla sett schemat

$S \Rightarrow O \Rightarrow R$

O är människan som utsätts för stimuli och stimulus effekt avläses i responsen R. Stimuli och respons är iakttagbara och kan mätas. O i mitten, den levande organismen – vare sig det är en hund eller människa – är ett objekt vars inre man endast kan avläsa i R. Här blir människan som en slags marsmänniska. Man utrensar här alla mentala processer som O kan innehålla. Fenomenologin och den existentiella filosofin löser problemet på ett helt nytt sätt och applicerat på vår modell blir det som följer: pilen går från O till S i stället för tvärtom och resultatet blir något helt revolutionärt, bilden blir nu en helt annan.

Vi tar klivet in i ett helt nytt paradigm (2).

$S \Leftarrow O \Rightarrow R$

Här är O det centrala och det aktiva. Här är det till O vi måste vända oss för att få kunskap om denne. O har ett medvetande – O är en tänkande, kännande och symbolskapande individ vars medvetande är riktat mot S. O väljer sin perception av S. Visserligen är världen ett naturgivet fenomen och visserligen är människan en av andra levande organismer, men hon är så mycket mer än det. Människan är subjekt och inte i bemärkelse subjektivitet godtycklighet. Subjektiviteten är hennes mänsklighet. Människan lyder inte under en lagbunden orsak verka-modell där hennes kropp är ett objekt för den här lagbundenheten. Människan äger inte sin kropp som ett slags verktyg –hon *existerar* sin kropp.

Handen är sammansatt av muskler, senor, nerver och blodkärl – men en handrörelse, en klapp på axeln som nästan blir till en smekning kan ej till fullo förstås om man bara ser den som ett fysiskt instrument. Kroppen är vårt fenomenologiska fundament – är förutsättningen för vår tillvaro. Läkaren möter individen då dennes kropp ger signaler som förknippas med möjlig sjukdom. Här ses kroppslighet ur



Klådan är värst.

I många fall av urtikaria är det svårt att påvisa en tydlig orsak. Symtomen är däremot uppenbara: hudrodnad, värmekänsla och en ofta plågsam klåda. Också den patient som vet vad han är allergisk mot, kan råka ut för obehagliga överraskningar – där urtikariaklådan ofta är det värsta symtomet.

(Beliach S o a: Comparative effects of loratadine and terfenadine in the treatment of cronic idiopathic urticaria. Ann All 64 (part 2); 191-194: 1990. Kobza Black A. H₁ Antagonists in the Management of the Itch of Urticarias. Skin Pharmacol 5;21-24:1992). Katalogtext se sid 235.

**Clarityn® (loratadin) 10 mg x 1 alternativt
10 ml x 1 ger effektiv lindring
vid histaminmedierad urtikaria.**



Schering-Plough

Box 27 190 S 102 52 Stockholm Tel 08 6610950

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

Det effektiva icke-sederande antihistaminet.

en annan aspekt. Kroppslighet som villkor för människans existens. Att då se på kroppen som något som bara rymmer själen, är att bortse från allt som är speciellt mänskligt i människo-kroppen (4).

Tid och rum

Människan lever, hon existerar sin kropp i tid och rum, i medvetenhet om sin ofrånkomliga död. Att bli påmind om sin kropp via symtom – kan vara detsamma som att påminnas om sin ändlighet.

Människan lever på ett sådant sätt att vår nuvarande tid alltid är förankrad och engagerad i vårt förflutna. Kierkegaard (5) beskriver människans tidsuppfattning utifrån sitt religiösa perspektiv. Den historiske Kristus dog för 1900 år sedan, men i existentiell mening lever han integrerad i den troendes livssituation här och nu. Ju starkare emotionellt involverad man är – då är nuet levande liksom änkemannens, som ständigt känner saknaden efter sin döda hustru och vid läkarbesöket ständigt återkommer till detta. Där passerar inte tiden vidare, utan det förflutna är ständigt närvarande.

De symtom som patienter söker för, påverkas av patientens förflutna, hennes livshistoria och också påverkas symtomet av hennes hopp, önskan och rädslan för framtiden. Naturvetenskapen placerar vidare kroppen i rummet, men mänskliga avstånd får mätas med andra måttstockar än med hjälp av standardiserad meter. En vän i Oslo kan vara mig närmare än den bekant jag äter lunch med i Stockholm. En svensk författare uttryckte sig så här: "jag är inte där mina skor är, utan där mina drömmar är". Livsrummet är stort för en människa i full hälsa – hennes tankar och önskningar sträcker sig långt utöver den situation där hon befinner sig, men även ett mindre fysiskt trauma kan krympa detta rum, både påtagligt men även i hennes tankar och önskningar till ett minimum.

"Ett vara till döds"

Djur och växter, de andra levande organismer i naturen dör inte på samma vis som människan – de försvinner. Människan vet från tidig ålder att hon ska dö. Döden är den mänskliga existensens gräns. Hennes liv är enligt filosofen Martin Heidegger ett "vara till döds" (6,7).

I medicinen är döden en så viktig del att man kan säga att den vetenskapen ständigt är orienterad mot döden, antingen för att avvärja den eller för att skjuta upp den så länge som möjligt. Barn är vanligtvis inte rädda för döden – deras jag är i samhörighet med omvärlden och de ser inte att de kan skiljas från denna självklarhet. Men efterhand som upplevelsen *jag är*

utvecklas kommer också rädslan för döden. Den där ångestfyllda 19-åringen med banal influensa som insisterar "jag måste få träffa läkaren" – känner så påtagligt sin kropps svaghet och kanske för första gången känt döden som en realitet.

Den gamle mannen som trots sin hjärtinkompensation inte "stör" läkaren förrän på min telefontid – accepterar fridfullt sin sjukdom och sin påtagliga påminnelse om sin möjliga bortgång "jag vet ju att jag har ett svagt hjärta". Han har levt ett fullt liv och tycker att han fullföljt sin uppgift i livet. Däremot, den jämnåriga damen kräver ständiga återbesök för att kontrollera sitt hjärta och sin sänka – hon har inte levt sitt liv som hon velat och har på något sätt skuld till sin egen existens. Hon är som 85-åring ständigt skrämmd för döden som något som kan komma "alldeles för tidigt".

Kroppen som villkor för vårt vara. Döden som kroppens undergång – detta det allra konstigaste i en människas liv.

Människan är underkastad tillvarons nödvändighet, men har samtidigt en paradoxal frihet – en frihet att leva ut sina möjligheter – med sin kropp och det är kroppsligheten som en del av människans självförverkligande.

"Vara-i-världen"

En lösning på kropp/själ-problemet, var att återge människan hennes hela mänsklighet är begreppet tillvaro eller "vara-i-världen" en term från filosofen Martin Heidegger (7). Detta begrepp applicerat på medicinens och psykiatriens verklighet har utvecklats av Medard Boss (8) – en psykiater som jag har läst många gånger och fått hjälp att formulera mina erfarenheter in i min praktiska vardag. Utgångspunkten för begreppet "vara-i-världen" är att det som utmärker människans tillvaro är att hon alltid befinner sig någonstans i världen och att världen primärt är en omvärld och att hennes tillvaro aldrig kan separeras från denna omvärld.

I stället för uppdelning i kropp och själ eller soma och psyke och se det som faller däremellan som psykosomatiskt, kan man i stället enligt Boss fråga sig det mest fundamentala – hur relaterar dessa symtom till denna människas väsen, hur upplever patienten sina symtom och sin sjukdom? Den första frågan man då ställer sig är *på vilket sätt är den kroppsliga delen av tillvaron störd* och den andra frågan *på vilket sätt är relationen till världen störd*? Visst är det så att en somatisk orsak/verkan-modell ofta kan räcka – när man har tagit bort orsaken, störningen, så är också inskränkningen av "vara i världen" försvunnet. Men detta räcker ju inte alltid. När begränsningen "tillknycklingen" av "varat i vär-

den" finns kvar långt över vad den kroppsliga skadan ger, då är läkarens reparerande bara ett preludium till tillfrisknande. Människan är "inte botad" förrän hon har återvunnit fullt bruk av sitt "vara-i-världen".

Exempel: *Mannen som under uppträdande vid en fiolkonsert fick sitt förmaksflimmer som framgångsrikt konverterades. Han är inte botad förrän han vägar spela fiol igen.*

Hur upplever då patienten sina symtom eller sin sjukdom? Accepterar hon dem? Förnekar hon dem? Revolverar hon mot dem? Fallor hon undan för dem eller står de för något helt annat än en upplevd sjukdomskänsla i en trängd livssituation? Vi vet ju alla att ett kroppsligt illabefinnande eller sjukdomskänsla kan följa utifrån en meningslöshetskänsla i en trängd livssituation. Vad man som läkare behandlar är den människa som är sjuk på det eller det viset, aldrig sjukdomen i sig.

Jag har i mitt distrikt två patienter med reumatoid artrit, båda har ett relativt förlopp skovvis med stelhet och svullnad i lederna. Jag har följt dem under nästan tio år och ledsjukdomen har varit stillsam och efterlämnat enbart lättare stelhet. Den ena patienten har blivit total vegetarian och kräver sjukskrivning även för mindre besvär, kan inte åka bort på semester utan stannar i stan för att regelbundet kunna besöka sjukgymnast för ledbehandling. Den andra däremot skaffade sig ett extraarbete när hon fick sin sjukdom för att kunna sammanfatta en del av det som hon inte har kunnat eller hunnit med tidigare, erfarenheter från sitt liv som socialsekreterare. Hon såg även till att hon fick färdtjänst att utnyttja under de perioder när hon är sämre, för att på det viset snabbare kunna ta sig mellan arbetsplatserna. Så lika och ändå så olika. Den ena har krympt sitt livsrum så påtagligt och den andra paradoxalt nog vidgat det.

Människan som meningsskapande individ

Det är människan som producerar de meningssammanhang i vilka de olika symtomen ska tolkas. Människans hela "vara-i-världen" avgör hur hon förhåller sig till sina symtom och sin sjukdom. Det är människan som bestämmer vilken mening det har för henne att ha det eller det symtomet. Sjukdom är aldrig något mekaniskt kroppsligt utan påverkar vår livssituation i stort.

När vi som läkare tycker att diskrepansen är stor mellan patientens laddande hjälpsökande och det i vårt tycke triviala fysiska trauma, då är det ofta något i detta trauma som berört hela denna individs "vara-i-världen". I stället då för att bli frustrerad över

patientens irrationalitet, kan man fråga sig varför inte? Den unga flickan som kom till mig med en banal urinvägsinfektion och insisterade på upprepade återbesök, visade sig redan ha dialysapparaten i sin föreställningsvärld placerad i hemmet.

Kroppen – vårt upplevelsemässiga fundament

Bienswanger (9), en annan läkare inspirerad av Heideggers filosofi, föreslår att en noggrann fenomenologisk undersökning av eventuella samband mellan den existentiella betydelsen av de kroppsområden som skadats och kvaliteten av själva smärtupplevelsen. Till exempel patienten jag hade med värken i tåleden – en artrit – smärtan beskrivs som outhärdlig och inga analgetika räcker – patienten har till och med fått remiss till en så kallad smärtklinik av en annan läkare och denne har föreslagit morfin. Vi har några samtal och jag kommer fram till att patienten tror att det ändå trots allt är kallbrand hon har i foten och att hon ska förlora sitt ben. När hon äntligen lyckats se att denna smärta inte är symtom på kallbrand blir smärtan beskedlig. När en sjukdom drabbar en människa, transformerar naturvetenskapen omedelbart till orsaken till sjukdomen, *punkt och slut*, men detta är ju bara början. Detta gäller speciellt vid kroniska sjukdomar eller bestående handikapp. När min patient på Riddarsporrens servicehus, en äldre högst kraftig man som varit hantverkare i hela sitt liv drabbas av

sin cerebrala insult, som infarkten kliniskt och vid datortomografi bekräftats, drabbas en speciell del av hjärnan och är av viss omfattning. Hjärnskadorna är här lika med den organiska hjärnsubstansens skada. Men hur relaterar detta till hennes "vara-i-världen"? För denna människas väsen innebär det minskad förmåga att relatera på ett essentiellt sätt till omvärlden. Skadad är hans förmåga att ge det hjärtliga och kraftfulla handslag som jag uppskattat vid mina tidigare möten med patienten. Hur ska nu denne man göra för att förmedla sin värme och öppenhet gentemot omvärlden? Som allmänläkare där man ser patienten i verkligheten och vardagen i ett långt tidsperspektiv blir det klassiska diagnosförfarandet än mer haltande och ofullständigt än på sjukhuset. Till diagnosen måste läggas en existentiell dimension.

Allmänmedicinens kärna

Kanske kan man komma en bit på väg efter att ha ställt en haltande ofullständig och begränsad diagnos på traditionellt sätt genom att också relatera till denna människans "vara-i-världen", hennes livsrum (10). Denna ansats tror jag framför allt kan vara av betydelse när det gäller våra så kallade livsstilssjukdomar samt när det gäller att lära sig att leva med vad sjukdom är, kronisk sjukdom och att därvid utveckla egna personliga strategier.

De egna personliga strategierna, det är de som kan bära och de är individuella. Det finns inget vårdprogram som

kan täcka det. Återigen är vi tillbaka till allmänmedicinens kärna, nu med begreppet "vara-i-världen" som bas. Det finns inga sjukdomar, det finns enbart sjuka människor.

Artikeln är baserad på ett föredrag vid 7. Nordiske kongress i allmänmedisin i Oslo, juni 1991.

Referenser

1. Arnheim R. Art and visual perception. London: Faber and Faber, 1954.
2. Husserl E. Fenomenologins idé. Göteborg: Daidalos, 1989.
3. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. Scand J Prim Health Care 1992;Suppl 1.
4. Ryle G. The concept of mind. London: Penguin Books, 1949.
5. Kierkegaard S. Philosophiske smuler. Samlede værker, Bind 6. København: Gyldendal, 1963.
6. Sjöstrand L. Ängestbegreppet hos Marin Heidegger. Nord Psyk Tidskrift 1981;35:5-10.
7. Heidegger M. Varat och tiden. Lund: Doxa, 1981.
8. Boss M. Existential foundations of medicine and psychology. New York: Jason Aronson, 1979.
9. Bienswanger L. Being-in-the-world. London: Basic Books, 1975.
10. Hallquist T. Daseinanalysen. Uppsala: Doktorsavhandling vid Filosofisk fakultet, Uppsala universitet, 1977.

Författarpresentation

Charlotte Hedberg, distriktsläkare.

Kvartersakuten
Surbrunnsgatan 66
11327 Stockholm.

LB06686

Avfallshantering efter patientnära mikrobiologisk diagnostik

ANNA SCHWAN

Våren 1989 bildades inom Svenska Läkaresällskapets sektion för medicinsk mikrobiologi en projektgrupp för decentraliserad diagnostik. Gruppens mål är att utarbeta riktlinjer för olika former av patientnära mikrobiologisk diagnostik som stöd för såväl läkare inom öppen vård som för laboratoriespecialister.

Gruppens medlemmar är: Anna Schwan (koordinator), bakteriolog, Uppsala; Elisabeth Ek, bakteriolog, Göteborg; Göran Falck, distriktsläkare, Grängesberg; Monica Grandien, virolog, Stockholm; Claes Henning, bakteriolog, Stockholm; Birgitta Hovelius, distriktsläkare, Lund; och Sture Löfgren, bakteriolog, Jönköping.

Projektgruppen har i en enkätundersökning kartlagt användning och handläggning av decentraliserad diagnostik vid vårdcentraler (1). Vidare har rekommendation för diagnostik av

hemolytiska streptokocker grupp A i svalgprov utarbetats (2).

Nedan följer gruppens uppfattning om hur avfallshantering kan ske vid patientnära mikrobiologisk diagnostik. Förslaget är förankrat hos Svensk Förening för Sterilisering och Sjukhushygien samt hos Referensgruppen för bakteriologi inom Läkaresällskapets sektion för medicinsk mikrobiologi.

Urinodling. Platta från bakteriologiskt laboratorium eller dip-slide. Kan läggas i konventionellt avfall.

Svalgodling för detektion av betahemolytiska streptokocker. **Platta** från bakteriologiskt laboratorium eller **rör (Streptocult)** läggs i plastpåse som försluts säkert. Denna kan därefter läggas i konventionellt avfall.

Dermatofytodling med mikrokulturmetoden. Agarytan flödas med sprit. Röret kan därefter läggas i konventio-

nellt avfall. Alternativt läggs röret utan desinfektion i riskavfall.

Jästodling. Kan läggas i konventionellt avfall utan någon desinfektion.

Antigendetektionstest, "snabbtest" (t ex streptokocktest). Vid extraktionsförfarandet dödas mikroorganismerna, varför testmaterialet kan läggas i konventionellt avfall.

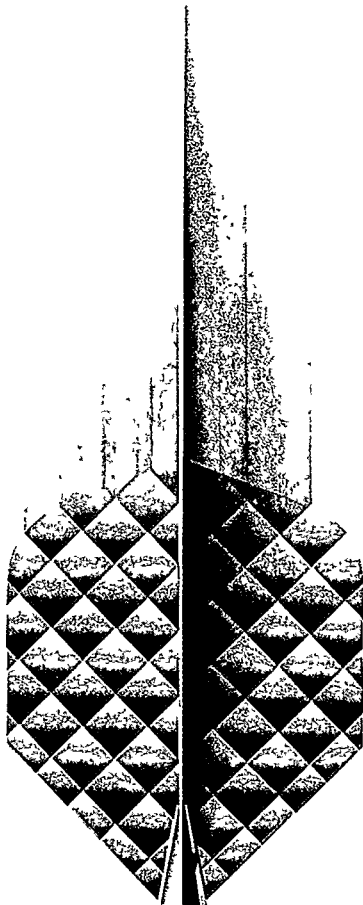
Referenser

1. Extern kontroll nödvändig för att garantera kvaliteten på mikrobiologiska test vid vårdcentral. Läkartidningen 1991;88:3925-7.
2. Aktuell rekommendation för decentraliserad diagnostik av streptokocker grupp A i svalgprov. Läkartidningen 1991;88:1378.

Författarpresentation

Anna Schwan, bakteriolog.

Postadress: Avdelningen för klinisk mikrobiologi, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.



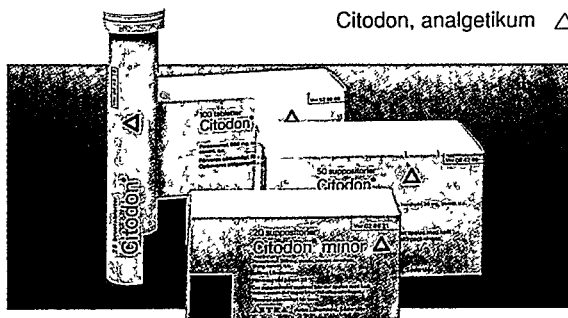
Citodon

Citodon[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

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

Citodon, analgetikum △



Tabletter – brustabletter – suppositorier

Snabbt tillslag* Effektivt

** vanligen inom 30 minuter*



Astra Läkemedel AB

151 85 Sodertälje

Det specialiserade sjukhusystemets uppgång, konsolidering, storhetstid och begynnande nedgång

BODIL PERSSON

Carl Edvard Rudebeck skriver i sin avhandling hur det i slutet av sjuttio-talet sågs som helt naturligt att erfarna allmänläkare samlades för att undervisas av sjukhusspecialister men aldrig av andra allmänläkare. Samtidigt kände sig allmänläkaren osäker i sin yrkesroll och den allmänna meningen var att han för att bli accepterad av sjukhusspecialisterna borde få sin huvudsakliga utbildning på sjukhus.

Idag kan vi fråga oss: Varför blev det på det viset? Vilken var vägen som ledde fram till detta allmänläkarens "lillebrorskomplex" i förhållande till sjukhusspecialisterna? Fanns det andra alternativa utvecklingsvägar?

ETT svar ges i den svensk-danska historikern Signild Vallgårdas nyligen ventilerade avhandling "Sygehus og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987". Fokus ligger visserligen på sjukhusystemets utveckling och det gick inte till exakt likadant i Danmark som i Sverige, men tenderna var likartade och därför tror jag att även en svensk allmänläkare har mycket att hämta ur denna bok! Även hos oss dominerar ju sjukhusen både ekonomiskt och ideologiskt – men så har det inte alltid varit.

Ideologianalys

Avhandlingen kan närmast placeras in i en bland historiker och etnologer vanlig idé- och mentalitetshistorisk forskningstradition. En viktig utgångspunkt är, att vi inte kan uppfatta världen bara "som den är". Vi tolkar alltid de sinnesintryck vi får. Ideologin är de tankesystem med vars hjälp vi sorterar intrycken och tolkar omvärlden. Tidigare erfarenhet påverkar ideologin, men samtidigt påverkar ideologin det sätt på vilket vi tolkar nya erfarenheter och därmed våra handlingar.

Ideologin är endast delvis medveten. Den omfattar också outtalade, ofta undermedvetna föreställningar, som inte explicit formuleras i ord. Ett av målen med en ideologianalys är att finna just dessa outtalade föreställningar, att sätta fingret på det som förtigs, det som är så självklart att det inte behöver nämnas. Signild Vallgård gör detta genom att analysera de retoriska medel som debattörerna i den danska sjukhusdebatten använde sig av.

Specialiseringens framväxt

Författaren vill rekonstruera de beslutande politikernas, ämbetsmännens och läkarnas ideologi eller föreställningsvärld, undersöka vad de ansåg vara sjukt och friskt, vad som var normalt och vad som var behandlingskrävande, hur de ansåg att man bäst organiserar behandlingen av de sjuka och vad som i olika perioder har ansetts möjligt och riktigt. Föreställningarnas innehåll blir då viktigare än intresse- och maktstrukturer, vem som har sagt vad.

I ett bakgrundskapitel beskrivs med hjälp av omfattande statistiska data den faktiska utvecklingen, medelvårdstid, antal sjukhus och avdelningar, antal anställda av olika kategorier, kostnadsutveckling och så vidare. Härfter vidtar den egentliga analysen uppdelad kronologiskt och tematiskt på fyra olika kapitel.

Författaren tar sitt avstamp i trettiotalet, då specialiseringen för första gången blev formulerad som ett uttalat politiskt mål för sjukhusväsendet. Denna första period kännetecknades av stor tillväxt på snart sagt alla områden. Efter kriget inträdde en något lugnare fas. Vård dagarnas antal steg inte så mycket, men i gengäld inrättades ett stort antal specialavdelningar. Sextiotalet och första halvan av sjuttio-talet var det specialiserade sjukhusväsendets verkliga storhetstid. Antal vård dagar, anställda, avdelningar, utgifter, allt, rasade i höjden. Från mitten av sjuttio-talet började så uppbromsningen föranledd dels av kärvare ekonomiska tider men också av ett begynnande tvivel på superspecialiseringens välsignelser.

Resultatet har blivit en strålende berättelse om "en institutionsforms, et ideals eller paradigmes, etablering, konsolidering, storhetstid og begynnande nedgang. Denne institutionsform er det specialiserede, centraliserede, biologisk-teknisk behandlingsorienterede og bestandigt voksende sygehusvæsen". Sjukhusen prioriterades över andra delar av vårdsystemet, diagnos och behandling över omvårdnad, handling över avvaktan. Sjukdomens biologiska sida stod i fokus. Specialisering, arbetsdelning, centralisering, stordrift och ständig tillväxt var ord för dagen.

Trettiotalet ser författaren som en

tid då många möjligheter fortfarande tycktes stå öppna. Sjukvårdspolitikens riktning var ännu inte fastlagd och det fanns olika åsikter om sjukdomsbegreppet. De som ville specialisera menade att delar av människan och hennes sjukdomar kunde ses som självständiga entiteter och därför kunde behandlingen delas upp mellan olika specialister. Motståndarna betonade en mer psykologisk helhetsorienterad syn. Människan var en helhet och behandlades därför bäst av en och samma läkare.

Läkarna ledde utvecklingen

Trettiotalet blev det organ- eller sjukdomsfokuserade sjukdomsbegreppets genombrottstid i Danmark. Det fick konsekvenser i form av allt längre driven specialisering av sjukhusystemet. Det skulle dröja ända till slutet av sjuttio-talet innan denna uppfattning på allvar började ifrågasättas och innebörden i sjukdomsbegreppet ånyo togs upp till debatt.

Fram till sjuttio-talet var det läkarna som ledde utvecklingen. Sjukhus-systemets utbyggnad beskrevs som nödvändig till följd av "medicinens utveckling", "de teknologiska framstegen", "läkarvetenskapens krav", och så vidare. Politikerna teg och samtyckte. Något alternativ tycktes inte finnas. En i grunden politisk fråga gjordes till enbart teknisk och administrativ och tilltron till experterna, läkarna, uttolkarna av utvecklingen var stor och orubbad. Man hänvisade till "den samlade erfarenheten", vad som ansågs vara "rationellt" och "sakligt" men frågade sällan efter dokumentation på vad som egentligen åstadkoms. Metaforer hämtades från industrins värld, där arbetsdelning och stordrift sågs som något positivt och eftersträfvansvärt.

Superspecialiseringen ifrågasatt

Under de senaste 15-20 åren har vinden svängt. Superspecialiseringens välsignelser började ifrågasättas. Politikerna ville ha ett ord med i laget och läkarna tappade sin tidigare självklara expertroll. Den ständiga tillväxten bromsades upp. Man började ånyo debattera sjukdomsbegreppet och den teknologiska determinismens era var över. Medvetenheten ökade om att det fanns alternativ och att någon måste välja.

Sjukhusen betraktas av många idag närmast som fabriker. I vårdekonomiska analyser koncentrerar man sig på det som kan mätas i kronor och ören. Det innebär, menar författaren, att den människosyn som råder inom sjukvårdspolitiken förskjutes i riktning mot allt mer obeslajat nyttotänkande.

Vad är behandlingskrävande och vad är normalt? Det är naturligtvis beroende av vilka behandlingsmöjligheter man har. Med ny teknologi kan mer behandlas. Men också andra faktorer spelar in. Författaren exemplifierar med förlossningsvården. 1962 betraktades två tredjedelar av alla födselar som normala. Sex år senare gällde detta bara en tredjedel.

Denna förskjutning i vad som betraktas som normalt hänger delvis samman med en ökande fokusering på risktänkande. Ser man möjliga komplikationer överallt blir naturligtvis området för det normala mindre och mindre. Förlossningarna flyttades till obstetriska specialavdelningar och de små sjukhusens operationsavdelningar lades ner. Denna strävan efter att förhindra alla upptänkliga komplikationer och risker kan vara ett sätt att i vår kultur hantera ångesten för sjukdom och död. För att hålla denna ångest på avstånd ska sjukdom aktivt bekämpas och specialiseringen drivs allt längre.

Uppfattningen av sjukdom som något isolerat i individen har inte bara lett till det alltmer specialiserade sjukhusystemet. Den gör att man lätt ser bort från människan som del också i

ett yttre sammanhang, exempelvis familj och arbetsplats. Samtidigt har specialiteter som går "på tvären" över organgränserna, exempelvis geriatriken, haft svårt att vinna gehör.

Utvecklingen inom sjukhusväsendet har således länge betraktats som opåverkbart och naturgiven. Det gällde att inrätta sig efter utvecklingen. Dokumentation för de åsikter man förde fram började efterfrågas först då enigheten om sjukhuspolitiken bröts. Nu dök föreställningen upp att om man bara hade tillräckligt med kunskap skulle man kunna fatta de objektiva riktiga besluten. Naturligtvis är det bättre att forma sina beslut med kunskap i bagaget än utan, men till sist är det ändå politiska och moraliska val det handlar om, menar författaren.

Engagerande läsning

Jag har alltid betraktat sjukvårdspolitik och alla promemorior och förslag som produceras av politiker och ämbetsmän som torr och tråkig läsning. Samtidigt är dess innehåll naturligtvis viktigt för hur makthavarna tänker sig att vården ska utformas och i förlängningen också för min egen yrkesroll.

Ämnet för Signild Vallgårdas avhandling lät först i mina öron som erbarmligt tråkigt. Efter att ha läst den har jag dock ändrat uppfattning helt. Det är en engagerande och mycket trevligt skriven bok. Den tar upp angelägna ämnen på ett professionellt och vetenskapsteoretiskt mycket kunigt sätt. Författaren sätter fingret på väsentliga punkter, exempelvis risk-

tänkandets och det dominerande sjukdomsbegreppets betydelse för sjukvårdens organisation.

Hon avslöjar debattörernas retoriska grepp och pekar på det som förtegs, kanske för att alla då uppfattade det som något helt självklart. Hon ger exempel på hur vetenskapliga studier läses och tolkas med färgade glas, ty ett sätt att se på är samtidigt ett sätt att inte se på. Även vetenskapliga resultat tolkas med hjälp av våra ideologier och föreställningar om hur världen är beskaffad.

Boken är väl värd att uppmärksammas också utanför Danmarks gränser. Dess största fel är naturligtvis att det är Danmark och inte Sverige det handlar om! Historisk kunskap kan användas på många sätt. Att känna rötterna till den egna professionen och utvecklingen fram till idag ger identitet och trygghet i vardagen. Här är Signild Vallgårdas avhandling definitivt till stor hjälp. Läs boken!

Författarpresentation

Bodil Persson, distriktsläkare.

Vårdcentralen
295 35 Bromölla

Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930–1987.

SIGNILD VALLGÅRDA

Köpenhamn: Jurist- og økonomiforbundets forlag, 1992.

Pris: Cirka 300 kronor. 399 sidor.

Auskultation på ett Stockholmssjukhus

PER WÄNDELL

Sedan hösten 1990 har distriktsläkare auskulterat på olika kliniker på Danderyds sjukhus. Formerna kring detta beskrives, som en modell att praktiskt iscensätta auskultation på sjukhuskliniker. Erfarenheterna har varit mycket positiva, det största värdet tycks vara kontakten med sjukhuskollegor och att se de olika klinikernas arbetssätt.

Nyckelord: Auskultation på sjukhusklinik, distriktsläkare, primärvård.

Distriktsläkare har i olika omfattning i olika delar av landet auskulterat på sjukhuskliniker. I Stockholms läns landsting har detta skett i enbart ringa omfattning. På hösten 1989 tog Björn Meder, ordförande i Danderyds läkarförening, initiativ till en auskultationsverksamhet. Förfrågan till sjukvårdsområdesledning och klinik-

chefer gav positivt gensvar. "Utbildningsrådet för distriktsläkare i NÖSO" (NÖSO = nordöstra sjukvårdsområdet inom Stockholms läns landsting) som arrangerar efterutbildningsmöten för distriktsläkare tog på sig uppgiften att organisera denna verksamhet, och medlemmarna i gruppen pro auskulterade vid olika kliniker innan den egentliga auskultationsverksamheten kom igång. En enkät till distriktsläkarna i området gav stort positivt gensvar (41 av 44 svar) för den modell vi föreslagit, två enveckorsperioder per år och distriktsläkare.

Metod

För varje klinik som tagits med i auskultationsverksamheten har först en av medlemmarna i utbildningsgruppen provauskulterat innan den egentliga auskultationen kommit igång. Provauskultationerna inleddes hösten 1990 och den allmänna auskultationen våren 1991. Vi har bedömt att det är

lämpligt med 2–3 auskultationsveckor per klinik och termin, detta för att motverka att klinikerna tröttnar på auskultanter.

Vi hade innan starten kartlagt önskemålen om lämpliga kliniker via en enkät. I Tabell I framgår svarsfre-

Tabell I. Föreslagna auskultationskliniker vid enkät (44 svar).

Klinik	Antal svar
Öron	28
Kirurg	27
Hud	25
Kvinnokliniken	20
Medicin	19
Ortoped	12
Infektion	11
Reumatolog	11
Ögon	11
Barn	8
Neurolog	4
Röntgen	2
Klinisk fysiologi	1
Plastikkirurg	1
Rehabilitering	1

kvensen för olika kliniker. Vi kunde grovt dela in angelägenhetsgraden i tre grupper (markerat i tabellen med kursiv stil).

Under våren 1991 hade auskultationen kommit igång vid hud-, kirurg- och öronkliniker och under hösten 1991 därtill vid barn-, infektions-, rehabiliterings-, och ögonkliniker. Under våren 1992 tillkommer reumatologkliniken och förhoppningsvis till hösten 1992 även kvinnokliniken, medicinkliniken och klinisk fysiologiska laboratoriet.

För att fördela de tillgängliga platserna per klinik och termin utsänds en enkät där alla som har önskemål och möjlighet att auskultera får ge sina prioriteringar. Under våren 1991 kunde endast sex auskultanter beredas plats av de 16 som anmält intresse, under hösten 1991 hade 14 av 26 intresserade beretts plats och till våren 1992 har alla 19 intresserade antagits.

Varje auskultant har själv fått göra upp med klinikchef eller annan ansvarig för auskultation vid kliniken om lämplig vecka och planering. Vi har fått lägga uppgiften på den enskilde att se till att få en bra planering av veckan och försäkra sig om en god handledning. Vi har inte haft möjlighet annat än att ge allmänna rekommendationer från utbildningsgruppens sida.

Erfarenheter

För att kunna systematisera erfarenheterna av auskultationen har vi bett att få en enkät besvarad efter respektive auskultationsvecka. Under 1991 förekom 25 auskultationstillfällen och av dessa har vi fått in 21 svar.

Vad gäller den anslagna tiden, en vecka, tyckte de flesta (2/3) att den var lagom lång, några att den var för lång och endast en att den var för kort.

Det allmänna intrycket av auskultationsveckan och bemötandet på kliniken bedömdes som bra till mycket bra och det medicinska värdet som stort (men ej mycket stort).

På frågan vad som allmänt varit bäst med veckan (öppna svar) angav de allra flesta att det var att träffa kollegor och knyta nya kontakter, några tyckte att avbrottet i rutinarbetet var bäst. Därtill kom enstaka svar som att bestämma sin egen arbetsdag, det positiva bemötandet och kontakten med sjukhus igen.

På frågan om vad som varit bäst medicinskt angav drygt hälften av svaren av typ att se klinikens arbetssätt med dess rutiner, resurser och medicinska möjligheter, något färre svarade att se kliniska metoder och teknik, framför allt nyheter (varav tre nämnde nya operationsmetoder, framför allt på öronkliniken). Några angav praktiska tips, nya kunskaper/färdigheter, att se andra typer av patienter, att dis-

kutera och se lämpliga remisspatienter och den personliga handledningen. Därtill kom enstaka svar som att få diskutera egna frågor, att diskutera samarbete och att få sjukhuskollegors synsätt på patienterna och deras information till dem.

Alla ansåg vidare att auskultationen bör vara kvar i denna form.

Vi bad om en gradering av värdet mellan tre alternativ: nya medicinska kunskaper/färdigheter, förbättrat samarbete allmänt primärvård-sjukhus och personkontakter. Personkontakterna och förbättrat samarbete allmänt primärvård-sjukhus bedömdes som i stort sett lika viktiga medan inhämtande av nya medicinska kunskaper och färdigheter bedömdes något mindre viktigt.

Allmänt noterade man också det mycket goda bemötandet på kliniker, men vissa noterade tyvärr också en okunnighet om och ointresse för primärvård. Möjligheten för sjukhuskollegor att auskultera på en distriktsläkarmottagning tycks endast ha diskuterats med en sjukhuskollega.

Väsentligt för en lyckad auskultation är att själv vara aktiv och klar över vad man vill se, att kunna planera veckan med någon på kliniken, att få en bra introduktion, bra handledning (med egen personlig handledare) och gärna även en avslutande diskussion och sammanfattning med handledaren.

Sammanfattningsvis har auskultationsverksamheten utfallit mycket po-

sitivt och mottagandet på sjukhuset har varit mycket bra. Värdet tycks ligga i den direkta personkontakten med sjukhuskollegorna och att allmänt se klinikernas arbetssätt mer än i nya medicinska kunskaper och färdigheter. Ett aber är givetvis avbräcket i arbetet på den ordinarie distriktsläkarmottagningen då auskultationen sker inom ramen för det ordinarie arbetet och den ordinarie budgeten. Detta gör, att vi med en ännu outbyggd primärvård inom området knappast kan nå målet två auskultationsveckor per distriktsläkare och år. Med fler distriktsläkare blir det å andra sidan ökad konkurrens om de tillgängliga auskultationsplatserna. Värdet ligger mest i det lokala samarbetet med respektive sjukhusklinik och kan inte ersätta andra former av vidareutbildning. Glädjande nog har möjligheten till auskultation skrivits in i de samarbetsavtal som upprättats mellan primärvården och kirurg-, ortoped- och urologkliniker i enlighet med Stockholmsmodellen (där primärvården köper tjänster vid sjukhuskliniker).

Författarpresentation

Per Wändell, distriktsläkare, Åkersberga vårdcentral och Institutionen för allmänmedicin, Karolinska institutet.

Distriktsläkarmottagningen
Åkersberga sjukhus
Box 506
184 25 Åkersberga
Tel 0764-66000

Socialmedicinsk tidskrift nr 8 1992 - utkommer omkring 25 oktober Alkoholen i EG- och folkhälsoperspektiv

Gabriel Romanus

Sverige och EG-anpassningen: Konsekvenser för alkoholpolitiken.

Thor Norström

Konsumtionsfördelning och alkoholskador. Alkoholpolitiska strategier i ljuset av motbokssystemets effekter.

Povl Riis

Alkoholsituationen i Danmark

Anders Johnson

100 miljarder kostar supen.

Sven Andréasson

Hur mycket sjukvård orsakas av alkohol och vad händer vid ökad konsumtion?

Mats Berglund, Agneta Öjehagen

Behandlingsforskning vid alkoholmissbruk. En översikt av aktuell forskning.

Risto Roine, Mikael Nyström, Mikko Salaspuro

Behandlingsforskning i Finland.

Lena Dahlgren

Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare.

Olaf Gjerlow Aasland

Metoder för tidig intervention.

Anders Romelsjö

Sekundär prevention i primärvården: positiva erfarenheter.

Hans Kristenson

Insatser i samband med rattfylleri.

Ulf Rydberg

Alkohol och graviditet.

Kan beställas hos
Socialmedicinsk tidskrift
Färjestadsvägen 18
161 54 Bromma

Clarityn

Tabletter 10 mg, mixtur 1 mg/ml R

Antihistamin H1-antagonist R06A X13

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

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

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

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

CLARITYN mixtur innehåller socker.

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

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

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

Biverkningar.

Vanliga CNS: Huvudvärk (>1/100)

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

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

Övrigt. Mixtur Doseringssked finns i förpackningen.

Förpackningar och priser.

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

30 st (tryckförpackning) 104:-

100 st (tryckförpackning) 300:20

Mixtur 1 mg/ml: (persikosmak)

120 ml 80:-

Recensioner

LB06689

Kriser och nevrosor

LEO EITINGER

NILS RETTERSTOL

ALV A DAHL

ULRIK FREDRIK MALT

Oslo: Universitetsforlaget, 1991.

Pris: 850 kronor. 544 sidor.

Nyckelord: psykiatri, lärobok.

Ett år efter det att Einar Kringlens omfattande lärobok i psykiatri utgivits i sin femte reviderade upplaga, ger en grupp andra Oslo-psykiatrer ut en bok om kriser och nevrosor (också den i en femte reviderad upplaga). Tillsammans med böcker i rättspsykiatri respektive organiskt betingade psykiska störningar ingår den som kurslitteratur under medicinstudenternas psykiatriutbildning. Bland övriga tilltänkta målgrupper avses också allmänläkare.

I förordet anges att neurosutveckling huvudsakligen beskrivs ur ett psykodynamiskt perspektiv. Personlighetsteori, försvarslära och de psykoanalytiska grundbegreppen berörs dock endast flyktigt, vilket medför att såväl avsnittet om livskriser som det övergripande kapitlet om nevrosor blir något svårtillgängligt. Att det psykodynamiska perspektivet bygger på kunskaper om omedvetna motiv i konflikt, blir ej tydliggjort i författarens framställning.

I gengäld belyser boken mångfaceterat den psykiatriska kunskapsfronten inom andra områden. I kapitlet om depressiva tillstånd presenteras kognitiva depressionsteorier på ett intresseväckande sätt. Bland annat beskrivs hur en negativ syn på såväl den egna personen som världen och framtiden (den negativa kognitiva triaden) är centralt för uppkomsten av den depressiva affekten. Beträffande medikamentell behandling rekommenderas som förstahandspreparat de nyare antidepressiva medlen fluvoxamin (Fevarin), mianserin (Tolvon) respektive moklobemid (Aurorix) på grund av gynnsammare biverkningsbild samt lägre toxicitet.

För allmänläkarens verksamhet är kapitlet om psykosomatiska sjukdomar av stor betydelse. Det intrikata samspillet mellan predisponerande biologiska eller psykosociala sårbarhetsfaktorer respektive utlösande "stressorer" poängteras. Individens egen värdering av det psykiska traumats betydelse är den bästa prediktorn avseende risken att psykosomatiska störningar utvecklas. Generellt ökar denna risk när det inträffade bedöms ligga utanför den egna möjligheten till kontroll eller påverkan.

Två kapitel i boken ägnas alkoholberoende respektive missbruk av droger (läkemedel och narkotika). I avsnittet om alkohol ligger tyngdpunkten i framställningen på sena stadier av alkoholism och sjukhusperspektivet dominerar. Från distriktsläkarhorisont ter det sig anmärkningsvärt att vårdcentralen ej nämns bland nio uppräknade instanser lämpade för behandling av alkoholproblematik.

Sammanfattningsvis är boken stundtals tung och svårläst. Relativt stort utrymme ägnas åt diagnostiska och differentialdiagnostiska överväganden. Det reviderade amerikanska DSM-III-systemet presenteras ingående, medan däremot fallbeskrivningar är sparsamt förekommande. Att flera författare medverkat innebär också, att framställningen ibland blir något splittrad. Einar Kringlens inledningsvis omnämnda lärobok i psykiatri saknar dessa svagheter. För den som är genuint intresserad av det psykodynamiska perspektivet, är Johan Cullbergs "Dynamisk psykiatri" den oöverträffade läroboken.

Hans Hallberg, distriktsläkare.

Postadress: Vårdcentralen Norslund, 791 41 Falun.

Liten handbok för kliniska provare

CAROLA LEMNE

Lund: Studentlitteratur, 1991

Pris: Cirka 129 kronor.

Kliniska provningar, de kontrollerade behandlingsförsök som föregår introduktionen av nya läkemedel, är en stor och växande del av den kliniska vardagen på många håll. Efter att ursprungligen ha varit koncentrerad till universitetssjukhusen har verksamheten undan för undan spritt sig till de mindre sjukhusen och, på senare år, också i hög grad till primärvården. Även inom företagshälsovården och privatläkarvården genomförs läkemedelsprovningar och de allra flesta läkare kommer förr eller senare att stöta på fenomenet i sin närmaste omgivning.

Ungefär så tecknar Carola Lemne, själv invärtesmedicinare och klinisk provningsledare, bakgrunden till sin handbok i ämnet.

På cirka 80 sidor beskriver hon sedan översiktligt den kliniska provningen ur en rad aspekter, där tyngdpunkten dock ligger på det praktiska

genomförandet. Här belyses under rubrikerna före/under/efter olika väsentliga moment såsom upprättandet av protokoll och patientformulär, patientrekrytering, biverkningsrapportering och dokumentation. Boken innehåller också en mer allmän betraktelse av den kliniska provningens roll och de olika inblandade aktörernas uppgifter och ansvar. I ett avslutande appendix presenteras viktiga, obligatoriska formalia som varje provare måste beakta, tex ansökan till etisk kommitté och anmälan till Läkemedelsverket.

Dispositionen är klar och logisk, språket ledigt och okonstlat. De få illustrationer som förekommer, egentligen bara ett par flödesscheman över en klinisk provnings alla olika moment, bidrar också verksamt till överblickbarheten.

Som provare i primärvården är jag möjligen en aning frågande till vilken den tilltänkta målgruppen för boken är. De provningar vi engageras i är ofta av multi-centertyp, designade av "proffs" inom läkemedelsindustrin och på kliniker långt ifrån den egna vårdcentralen. Protokoll och patientformulär levereras färdiga eller nästan färdiga, anmälningar och övriga formaliteter hanteras "automatiskt", enligt väl inkörda rutiner. Resultatet presenteras ofta för de deltagande provarna på välplanerade, uttömmande provarmöten och studien följs sedan upp genom fortlöpande kontroller, monitorering. För ett deltagande på den nivån fordras egentligen ingen separat handbok.

För den som å andra sidan avser att självständigt lägga upp en klinisk provning fordras sannolikt ett större kunnande i ämnet än vad den aktuella boken kan förmedla, och framför allt en egen praktisk erfarenhet av kliniska provningar och/eller annat vetenskapligt arbete.

Håkan Cars, distriktsläkare.

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Att handleda läkare – en pedagogisk introduktion

KIRSTEN HOFGAARD LYCKE
GUNNAR HANDAL
PER LAUVÅS

Översättning: Karin Larsson Wentz.

*Lund: Studentlitteratur, 1992.
Pris: Cirka 150 kronor. 88 sidor.
ISBN 91 44 34701 4*

Att vägleda yngre kollegor – hur gör man, vilka pedagogiska hjälpteorier och praktiska verktyg finns att tillgå? Hur sätter man igång med det "nya" handledarskapet för ST-läkare?

Det fanns en tid när unga läkare självklart ansåg sig behöva gå i lära och träning hos äldre, mer erfarna kollegor under många år, innan man vågade söka sig en provinsialläkartjänst med dess speciella villkor. Då talades inte så mycket om handledarskap, men det praktiserades. Både läkekunst och mästarskap var levande begrepp.

Sedan fanns en tid när man hade fått för sig att ett visst antal månaders vistelse och tjänstgöring i en speciell miljö automatiskt skulle rendera färdighet. Specialist i ämnet förklarades den vara, som avverkat fastslaget antal månader/år av förutbestämda ämnen, klappat och klart, lika för alla. Det skapade en minsta gemensam utgångsnämnare, men knappast någon kvalitetsgaranti. "Du är alltid välkommen att fråga" var då en riktigt hygglig kollegas ord på vägen. Därvid stannade också alltför ofta vägledarskapet. Den som råkade hitta en "mäster" att få följa i spåren var närmast unik och glömmer det aldrig.

Men genuina behov finner alltid efterhand såväl talesmän som källor att ösa ur. Alla de som aldrig själva fick någon vägledning blev goda språkrör för det som nu är självklart, ja till och med lagstadgat: målrelatering, individualisering, personligt handledarskap. Och medicinsk handledningspedagogik blev ett nytt område, där man försöker tillämpa pedagogiska teorier på handledning inom medicinsk utbildning i allmänhet och specialiseringsprocessen i synnerhet.

Länge fick utarmade svenska handledningsintressenter gå över kölen efter friskt vatten. Det lilla tättskrivna norska häftet "Medisinsk veiledningspedagogikk – et teori-grunnlag" blev "första förberedande" för många handledarkurser. Det hade producerats av utbildningsavdelningen på norska läkarförbundet, som under flera år arbetat systematiskt med att utveckla handledningsprocessen. Författarna är pedagoger med gedigen er-

farenhet av att utbilda i "vejledning" och förmåga att väl förmedla sina slutsatser.

Denna lilla pärla finns nu (man frestas säga äntligen) överförd till svenska. Den är väl översatt, åskådligt uppställd och har bearbetats för våra STFörhållanden – inkluderande även det tänkvärda citatet från Mogens Hey: "Såsom läraren/handledaren behandlar eleven, tenderar denne att behandla sina patienter". Med det sanna mästarskapets enkla genialitet har boken trots sitt begränsade format rika skatter att fynda i. Den förmedlar såväl teoretisk bas och överbyggnad som hantverksmässiga verktyg. Varje kapitel har försetts med intressanta litteraturlistor för vidare studier.

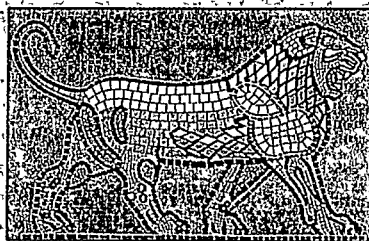
"Handledaren bör fungera som en fadder eller instruktör som ger råd, stöttar och följer upp ... skapa attityder och utveckla en yrkesideologi ...". Hur man hjälper, demonstrerar, utvecklar, stärker, utmanar, gemensamt tar ansvar, analyserar och reflekterar, strukturerar och utvärderar, kort sagt underlättar förutsättningarna för inläring – så att båda parter i bästa fall efter handledningssamtalet är litet "klokare" än de var förut – det mesta berörs förtjänstfullt och med praktiska exempel i denna till synes enkla och självklara bok.

Att fungera "både som arkitekt för undervisningsprocessen och som den hantverkare som genomför själva undervisningen" är en komplex och grannlaga uppgift. Men här finns något för alla handledare – bra strukturer och introduktion för nytilkommande, igenkännandets ljuva leende och aha-nickningar för de mera erfarna. En bok både att börja med och att återvända till. God näring bjudes för den tillväxt som under handledarens befrämjande ska ske från legitimation till specialistkompetens.

Boken förtjänar att bli allmångods och rekommenderas därför som basdokument till alla studierektorer, handledarkurser, handledargrupper och individuella handledare. Den bör inte stå och damma i vårdcentralsbiblioteket, utan vara varje handledningsintressents aktiverade och personliga egendom. Läs, begrunda, praktisera!

Anna Källkvist, distriktsläkare, studierektor.

Vårdcentralen Kronan
172 83 Sundbyberg



TRE ORIGINALPREPARAT FRÅN LÖVENS

VIKTIG INFORMATION

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

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

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

Indikationer Akuta, okomplicerade nedre urinvägsinfektioner orsakade av mecillinamkänsliga mikroorganismer.

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

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

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

Överkänslighet mot penicilliner och cefalosporiner.

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

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

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

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

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

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

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

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

Vid förskrivning, se FASS.



LOVENS LÄKEMEDEL

Tel 040-75630 • Box 404 • 20124 Malmö

LARS JOHAN BERG

GASTGIVAREV 16
543 35 TIBRO

734004

EKBERG / CIG

I sitt öppningsanförande pekade nämnde-
lyckas. U.S. m...

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 kostnads-
medvetenhet och effektivitet i sjukvården gör det
nödvändigt att analysera utrednings- och behand-
lingsprinciper, inte bara med avseende på medi-
cinska utan även ekonomiska effekter. Förutom
att ändra på levnadsvanor blir medicinsk behand-
ling 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 ut-
läkning och symtomlindring.

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



omeprazol
LOSEC®
-protonpumpshämmaren

LOSEC® (omeprazol) är en protonpumpshämmare och finns som
kapslar (14, 28 och 56 st), injektionssubstans (1+1) 40 mg samt
infusionssubstans 40 mg. Indikationer: Korttidsbehandling av
duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit. Zollinger-Ellisons syn-
drom. För fullständig information se FASS.

Kortaste vägen är den billigaste

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