

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Kvalitets-
säkring

6
1992

Kvalitativa
metoder



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 botten inte är värre än soten.

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

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

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

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

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

Normaldosering är 5 mg.

Doseringen är individuell och Plendil® ges alltid i endosering.

Förpackningar 28 st eller 98 st.

Plendil®

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
1/93	16/11-92	6
2/93	18/1-93	14
3/93	8/3-93	21
4/93	17/3-93	37
5/93	2/8-93	42
6/93	6/9-93	47

ALLMÄNMEICIN

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 medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmänmedicin).

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

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

Omslaget:
Två systrar från Hudiksvall
födda vid sekelskiftet.
Foto: Cecilia Björkelund

Kalendarium

239

Ledare

Budskap från kroppen
Gösta Tibblin

240

Nytt från SFAM

Kvalitetssäkring inom laboratoriemedicinen
Mats Ribacke

241

Kvalitetssäkring i allmänmedicin via kvalitetsindikatorer
Mats Ribacke

241

Jakten på kvalitet – drevet går i Dalaskogar
Malin André

243

Kvalitetsvärdering i almen medicin – vores udfordring i 90'erne!
Niels Bentzen

248

Cancerdiagnostik vi Krokoms hälsocentral – en kvalitetsundersökning
Jan Håkansson

252

Apoteksbolaget

Frågor och svar om läkemedel
Lars-Olof Hensjö

255

Astmaåret -92 på apoteken
Britta Lisper

256

Kan den kvalitativa metodologin bidra till att utveckla teorin om den allmänmedicinska praktiken?
Eva Lindblad

259

"Mor och far krigar å kulorna går genom mej"
Rapport från en konferens om barnmisshandel och omsorgssvikt
Sven-Olof Andersson

262

Bli varse det du ser! Om väntrumslitteraturens dolda budskap och dagens folkmedicin
Bodil Persson

265

Primärvårdsdiagnoser för datorjournal
Annika Brorsson, Stefan Henningsson, Agard Håkansson

266

Chlamydia pneumoniae, en ny luftvägspatogen
Ivar Lund Olsen, Håkan Gnarpe

268

Rapport från ett journalarkiv – "vårdtyngdsmätning" i primärvård
Lars-Göran Edström

271

Recensioner

Johansson I, Lynöe N. Medicin och filosofi – en introduktion
Christer Petersson

272

Nordenfelt L. Livskvalitet och hälsa
Christer Petersson

272

Engberg-Pallesen A, Frijs-Madsen B, From Hansen P, Magnusson G, Viidik A, Worm J. Sygdomme i alderdommen – klinisk geriatri
Bengt Nordling

274

Angel B, Hjern A. Att möta flyktingbarn och deras familjer
Monica Löfvander

274

Carlsson C. Grundläggande akupunktur vid smärtbehandling
Anders Beckman

275

Björgell A, Björgell P. Jourläkarboken
Håkan Cars

275

Haavik TK, Stephansen BK, Bjerkli H, Kloll LP. Revmatologi
Anders Beckman

276

Persson S. Kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna
Kennert Lenhoff

276

Enda!

Enda!

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

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

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

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

För fullständig information se katalogtext på sid 246.

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

1993

JANUARI

□ **25-29 januari och 29 mars - 2 april.** Toxikologisk bedömning. Kursen vänder sig till kemister, ingenjörer, farmaceuter, läkare, veterinärer, tandläkare m fl som har till uppgift att bedöma toxikologiska effekter och risker. Kursen består av två avsnitt och genomförs i internatform. Mellan de båda kursavsnitten arbetar deltagarna med egna bedömningsprojekt.
Information: Kurssekreterare Annette Lindberg eller utbildningsledare Monica Östberg Rosell. Tel 08-24 50 85.

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.

MARS

□ **9-11 mars.** Nordisk handikappmäs- sa, teknik & kunskap för livet. Göteborg.
Information: Handikappmässan, Svenska Mäsan, Box 5222, 402 24 Göteborg.
□ **28 mars - 7 april.** Course on the clinical medicine of later life: the scientific basis of practice. Cambridge, Storbritannien.
Information: The British Council.

APRIL

□ **14-24 april.** Course on healthy cities: the new public health. Liverpool, Storbritannien.
Information: The British Council.

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.
□ **13-17 juni.** WONCA-SIMG Joint conference on quality of care in family medicine. Haag, Nederländerna.
Information: Holland Organizing Centre Secretariat, Lange Voorhout 16, NL-2514 EE The Hague, Nederländerna.
□ **20-23 juni.** The International 13th Puijo symposium diet, exercise and womens health. Kuopio, Finland.
Information: Kuopio Research Institute of Exercise Medicine. Puistokatu 20, SF-70100 Kuopio. Tel 358-71-2613677.

□ **20-25 juni.** IX International congress on circumpolar health. Reykjavik, Island.
Information: Dr Gudrun Petursdotir, Secretary General of IX ICCH, Vatnsmyrarvegi 16, IS-101 Reykjavik.

□ **27 juni - 1 juli.** The 3rd International conference on preventive cardiology. Oslo, Norge.
Information: Statens helseundersøkelser (SHUS), PO Box 8155 Dep, N-0033 Oslo.

JULI

□ **4-9 juli.** WVth International congress of gerontology. Budapest, Ungern.
Information: XVth International Congress of Gerontology, Congress Secretariat, Budapest Convention Centre, Budapest POB 233, H-1444, Ungern.

AUGUSTI

□ **11-14 augusti.** Nordiska kongressen i allmänmedicin. Sainajoki, Finland.
Information: L R International, Tarja Tukkiemi. Fax 358-0-773 11 87, Tel 358-0-773 11 77.
□ **19-22 augusti.** VIIth European conference of the European society for Philosophy of medicine and health care. Oslo, Norge.
Information: Secretariat ESPMH, Department of Ethics, Philosophy and History of Medicine Catholic University of Nijmegen, Pstbox 9101, 6500 HB Nijmegen, Nederländerna.

STATENS SUNDHEDSVI-
SKABELIGE FORSKNINGSRÅD
I SAMARBEJDE MED
DANSK SYGEHUS INSTITUT

Konsensus-konference:
Blådningsforstyrrelser hos kvinder

1-3 februari 1993
Hotel Sheraton, Köpenhamn

Information:
Program, inklusive anmälningsblan-
kett, kan rekvideras från:
Dansk Sygehus Institut
tel 33115777, Anni Bilsbo
eller Annette Thomas.
fax 33931019.

Sista anmälningsdag
4 december 1992

Pris: 1500 kronor.



VÅRMÖTE 1993 SFAM DLF

Mellanskånskt
allmänmedicinskt smörgåsbord

Eslöv Hörby Höör
5-8 maj 1993

Backagårdens kongresscenter
i Höör

- Föredrag • Symposier •
- Arbetsbodar •
- Utställningar • Bankett •
- Festafton •
- Ledsagarprogram •
- DLFs fullmäktigemöte •

Vi ses när boken slår ut!

Kongressbyrå
Backagården. Stenskögen. 243 91 Höör
Tfn 0413-255 10

Kongresskommitté:
"Vårsmöte 93", Orups sjukvårdsdistrikt, 243 85 Höör
Mogens Hey tfn 0413-639 40. Kjeld West tfn 0415-191 02

Boka tid för
Norrländska allmänläkardagar
i Örnsköldsvik
Hälsa som livsmening?
2-3 september 1993

Budskap från kroppen

GÖSTA TIBBLIN

Det tar en stund för oss naturvetenskapligt skolade läkare att inse vilken himmelsvid skillnad det är mellan kroppen som biologi och kroppen som upplevelse. Kroppen som biologi är muskler, ligament, blodkroppar, lever, pankreas och alla cellens smådelar. Kroppen som upplevelse däremot skildrar vad vi upplever i vår kroppsliga bostad.

Vårt medvetande har många rum. Ett av dem skildrar vår perception av yttervärlden. Våra sinnen rapporterar också om kroppens inre värld. Rapporterna tolkas i relation till tidigare upplevelser och vi reagerar på tolkningarna med välbehag eller oro.

Rapporter från patientens inre värld var länge läkarens främsta hjälpmedel för diagnos och behandling. I slutet av 1700-talet föddes den vetenskapliga medicinen. Den italienske allmänläkaren och patologen Morgagni hävdade då att människors symtom var de sjuka organens skri. De sjuka organen kom i centrum för intresset och på den vägen är det. Instrument utvecklades för att studera organförändringar. Med varje instrument föddes en ny medicinsk specialitet – stetoskopet grundlade kardiologin, oftalmoskopet – oftalmologin, laryngoskopet – laryngologi, spekulum – gynekologin, röntgenapparaten – röntgenologin, Ekg – klinisk fysiologi etc. För varje steg i den tekniska utvecklingen skedde en nedvärdering av tidigare instrument, men också ett framhävande av hur opålitliga rapporter från patienten var och att man inte kunde lita på doktorer som yttrade sig utan stöd av instrumentella mätningar. Favoritinvändningen var och är fortfarande, att budskapen från patienterna och doktorers intryck av de sjuka är *subjektiva*. Endast instrument ger *objektiva*

besked om vad som hänt i kroppen. Vad man inte tänker på är, att det finns två olika sätt att se på kroppen. Ser man kroppen som biologi, är det fruktbart att använda teknikens alla finesser. Men kroppen som upplevelse nås bara genom att vi som läkare följer med patienten i hans skildring av sina symtom och sitt lidande.

Det finns ett annat sätt att få veta hur människor har det i sitt inre landskap. År 1973 studerade vi män födda 1913 och 1923 i Göteborg. I denna huvudsakligen biomedicinskt orienterade studie ingick avsnitt, där vi ville, att deltagarna skulle skatta sin arbetsituation, hemsituation och ekonomi, men också sin hälsa (sitt allmänna välbefinnande), sin hörsel, sin kondition etc. Sammanlagt rörde det sig om femton variabler. Dessutom fick de besvara 30 frågor om förekomsten av de vanligaste symtomen. Det har nu gått 19 år och vi har möjlighet att se vilken prediktiv förmåga för död dessa variabler har. Ser vi på de biomedicinska variablerna, är det endast tobaksrökning som signifikant är en riskfaktor. Kolesterol, fetma och blodtryck slår inte ut som riskfaktor för död. Däremot är risken att dö mer än dubbelt så hög för dem som ligger sämst till på den sju gradiga hälsoskalan jämfört med dem som säger sig ha en utmärkt hälsa. Kombinerade man hälsoskattning med symtomrapportering, blev deltagare med skattad dålig hälsa och bröstsmärtor respektive hosta högriskgrupper med en dödlighet på 80 respektive 90 procent.

Ett sätt att mäta validiteten i våra instrument är att jämföra deltagarnas skattning av sin hörsel med det audiogram som samtidigt togs. De som var nöjda med sin hörsel hade nära 100-procentigt normalt audiogram. De

som skattade sin hörsel som dålig, hade i de flesta fall patologiskt audiogram (65 procent). Den subjektiva skattningen var lika god som den objektiva mätningen.

För att förstå vad dessa skattningar av våra deltagares budskap från sina kroppar egentligen betyder, har vi haft glädje av den österrikiske filosofen Allan Janik som menar, att den mest grundläggande formen av mänsklig kunskap är erfarenhet snarare än formell eller teoretisk lärdom. Mänsklig kunskap är framför allt tyst kunskap. Janik menar, att tyst kunskap är främst "kroppens kunskap" i motsats till "hjärnans kunskap". Exempel på tyst kunskap är den skattning, som en erfaren bedömare av värdet hos ull (det vill säga lanolininnehållet) gör, genom att bara sticka ner fingret i ullen och känna på den. På samma sätt är det lätt för våra deltagare i studien, att sticka ner fingret i sina erfarenheter av hur kroppen fungerar, och hur det är hemma och på arbetet, och avge sitt omdöme med hjälp av en skala där extrempunkterna är angivna.

Det är givet att upplevelsen av vår kropp sker inom den biologiska ramen, vilket betyder att rapporter om upplevelser mycket väl kan ge information om det biologiska skeendet långt tidigare än det avslöjas med hjälp tillgängliga instrument. Det är min övertygelse, att vi i vårt patientarbete kan ha glädje av dessa skalor, som tar några minuter för våra patienter att fylla i. Försök pågår.

Författarpresentation

Gösta Tibblin, professor i allmänmedicin.

Institutionen för allmänmedicin
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Kvalitetssäkring inom laboratoriemedicinen

MATS RIBACKE

I juni 1990 hemställde Svenska Läkaresällskapet hos Socialdepartementet om medel för en förstudie med syfte att klargöra förutsättningarna för ett nationellt kvalitetssäkringssystem inom laboratorieverksamhet. Det skall ses som en parallell till utvecklingen i andra nordiska och europeiska länder som pågått en tid. Finland har varit ett föregångsland. Där startades redan 1971 ett bolag som idag försörjer 1200 laboratorier med periodiskt återkommande blindprov för bestämning av olika komponenter. Av laboratorierna finns mer än hälften vid vårdcentraler. Huvudsakligen har det handlat om prover inom klinisk kemi.

Förstudien ledde fram till ett förslag, där man anger, att tyngdpunkten i kvalitetssäkringsarbetet ska ligga på basenheten, det vill säga lokal nivå. Rikstäckande överenskommelser ska träffas om vilka kvalitetsindikatorer som ska följas upp kontinuerligt. Man pekar på behovet av utbildning, forskning och utvecklingsarbete inom området. Både intern och extern kvalitetskontroll eftersträvas för att i hälso- och sjukvårdslagens anda nå en jämn och god kvalitet i hela landet. Tankarna finns presenterade närmare i Läkartidningen nr 46, 1991 (1). Förslaget accepterades av Socialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet och har nu

startats som ett Dagmar 20-projekt. Förutom nämnda intressenter ingår representanter för Svenska Läkaresällskapet i styrgruppen. På ett av tre mandat för Sällskapet sitter under-tecknad. (I en förstudie representerades SFAM av distriktsläkare Lars Borgquist, Lund).

Styrgruppen har utsett docent Kristoffer Hellsing, Uppsala, till projektledare. Förutom praktiska problem som lokaler, personal och datateknik har arbetet så här långt handlat om att utse så kallade expertgrupper, som har nominerats av Läkaresällskapets sektioner. Vår sektion representeras i gruppen "Primärvård, klinisk kemi" av professor Nils Tryding, Kristianstad, som i många år intresserat sig just för primärvårdens kliniska kemi och har lett uppskattade kurser i ämnet, och av professor Birgitta Hovellius, Umeå. I expertgruppen "Medicinsk mikrobiologi" är vår representant distriktsläkare Göran Falck, Grängesberg.

Projektgruppen har beslutat anta namnet "Svensk extern kvalitetssäkring inom laboratoriemedicinen", på engelska "Swedish External Quality Assurance in Laboratory Medicine", förkortat SEQLA.

Vid ett möte den 6 november kommer styrgruppen och expertgrupperna

att ha ett första gemensamt möte för att närmare utforma arbetet. Tanken är att under 1993 arbeta fram former som innebär att projektet kan ombildas till en stiftelse eller bolag, där "prenumerationsavgifter" från anslutna laboratorier ger ekonomiskt underlag för den fortsatta verksamheten. Organisatoriskt tänker man sig att sjukhuslaboratorier säljer sina tjänster till lokala laboratorier inom och utom sjukhusen, bland annat vårdcentraler. Vårdcentralen köper kvalitetskontroll i form av utrustningskontroll, utbildning av laboratoriepersonal och kunskap om nya metoder. De torrkemiska metodernas intåg på vårdcentralerna kan till exempel förväntas ställa krav på en kvalitetskontroll som den enskilda vårdcentralen har svårt att klara på egen hand.

I syfte att sondera intresset och det upplevda behovet av stöd i kvalitets-säkringsarbetet inom området, planeras utskick av en enkät till landets vårdcentraler senare i höst. Där kommer en närmare precisering av projektupplägget att ske. Våra representanter i expertgrupperna kommer att i AllmänMedicin rapportera det fortsatta arbetet.

Mats Ribacke, ordförande i SFAM

Kvalitetssäkring i allmänmedicin via kvalitetsindikatorer

MATS RIBACKE

Kvalitetssäkring inom primärvård har hittills koncentrerats till organisationsformen mer än till det medicinska innehållet. Som exempel kan anföras verksamhetsberättelser, patientenkäter, Guide Médecine. Tillgänglighet, service, kontinuitet och patienttillfredsställelse är begrepp som stått i centrum.

God hälso- och sjukvård karaktäriseras av

- optimala behandlingsresultat genom
- adekvata undersökningar till
- optimala kostnader inom
- tillgängliga ramar (1).

Det finns två huvudintressenter i arbetet med att åstadkomma detta - de professionella inom vården, i synnerhet läkarna, och de som finansierar vården. Det ligger i läkarnas och deras fackliga organisationers intresse att engagera sig i arbetet med att via vårdprogram eller andra former av consensusdeklarationer uttala vad tillgänglig kunskap ställer för krav på praxis. Dessa vårdprogram tillhandahåller därmed kriterier som kan användas för kvalitetssäkring. Det bör vara självklart att läkarna utifrån kunskap tar initiativ och väljer vilka kriterier som skall användas.

Arbetet blir dock otympligt om alla kriterier skall användas för alla sjukdomar och mindre väldefinierade symptomkomplex. Det kan då vara lämpligt att välja vissa kriterier, som tillskrivs ett värde som **kvalitetsindikatorer**.

Bakgrund

SFAMs arbetsgrupp för kvalitetssäkring har under våren 1992 arbetat med att för fem vanliga allmänmedicinska problem/diagnoser välja ett begränsat antal sådana kvalitetsindikatorer. Det har skett inom ramen för ett uppdrag som **Nationella samrådsgruppen för**

kvalitet i hälso- och sjukvården gav Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. Förutom de båda läkarorganisationerna ingår i denna grupp Socialstyrelsen, Spri och Landstingsförbundet. Tolv sektioner/specialistföreningar tillfrågades och antog utmaningen.

Arbetsgruppen

I SFAMs arbetsgrupp ingår distriktsläkare med erfarenhet av kvalitetssäkringsarbete. **Anders Lindman**, Luleå, var, tillsammans med Birgitta Olsson, tidigt ute med sin Guide Médecine, som i första hand riktas mot kvalitet i organisation, utrustning och service. Han leder arbetet i ett lokalt kvalitetsråd. Det senare gäller även **Leif Persson**, Sollefteå. Han har i en färsk rapport från Utvecklingsenheten i Sollefteå-Kramfors (nr 3, 1992) redovisat kvalitetsarbete som riktats mot service, medicinsk kvalitet, vårdproduktion (besök, remisser till exempel) och läkemedelsanvändning. **Rolf Linnarsson** har i flera år utvecklat kvalitets-säkringsarbete med datastöd på vårdcentralen Kronan i Sundbyberg och har bland annat publicerat sina erfarenheter i Läkartidningen. Från Habo medverkar **Kjell Lindström**, som i egenskap av vårdcentralschef drivit ett konsekvent kvalitetssäkringsarbete i flera år. **Göran Falck** har tillsammans med **Iris Blomberg**, Spri, som också ingår i gruppen, arbetat med kvalitets-cirkeln som metod för kvalitetssäkring. Undertecknad har rollen som sammankallande, med viss erfarenhet av kvalitetssäkringsarbete.

Kvalitetsindikatorer

Arbetsgruppen har formulerat följande definition av kvalitetsindikator:

Med kvalitetsindikator avses ett utvalt kriterium (kvalitetsmått) för en viss diagnos eller åtgärd, som har hög validitet med avseende på kvalitet, och som kan användas för screening av kvalitet i vården.

Kvalitetsindikatorer

- kan gälla struktur, process eller resultat (enligt Donabedian)
- måste finnas som tillgängligt data
- skall vara relevant för praxis
- skall vara möjligt att mäta

En utgångspunkt vid val av indikatorer måste vara, att befintliga vårdprogram har adekvat innehåll och är accepterade i den form de föreligger, att etablerade diagnoskriterier gäller och att kriterierna är accepterade lika i olika specialiteter som handlägger samma sjukdomar.

För att fånga kvalitetsindikatorer måste ingång till aktuell databas finnas. Det innebär krav på diagnosregister, antingen det gäller pappersjournal

Diagnoser – kvalitetsindikatorer

Diabetes mellitus

Struktur: Finns lokalt vårdprogram (eller centralt utformat men lokalt accepterat)?

Finns organiserad patientinformation/utbildning genom annan personalkategori än läkare?

Process: Finns anteckningar om tobaksbruk i journal? (%)

Hur stor andel av patienterna är remitterade/omhändertagna på ögonklinik? (%)

För hur stor andel patienter föreligger metabol kontroll, företrädesvis mätt via HbA1c, sista året? (%)

Resultat: HbA1c-värde. Hur stor andel över rekommenderad nivå? (%)

Andel rökare? (%)

Hypertoni

Struktur: Finns lokalt vårdprogram?

Process: Finns uppgift om rökvanor i journal? (%)

Finns uppgift om alkoholvanor i journal? (%)

Finns uppgift om blodlipidstatus i journal? (%)

Resultat: Senaste diastoliska blodtryck, <90 mm Hg? (%)

Astma bronchiale

Struktur: Finns lokalt vårdprogram? Ja/Nej

Finns patientutbildning/astmaskola? Ja/Nej

Process: Andel patienter med PEF-värde registrerat sista året? (%)

Andel patienter med kontinuerlig farmakabehandling som står på steroider? (%)

Resultat: Andel rökare? (%)

Andel astmapatienter som sökt akut senaste året (på VC) på grund av astma? (%)

Akut mediaotit

Struktur: Finns lokalt vårdprogram? Ja/Nej

Process: Andel av antibiotikabehandlade som erhållit PcV som förstahandsalternativ? (%)

Efterkontroll utförd? (%)

Resultat: Uppgift om hörselkontroll för patient >4 år? Ja/Nej

Dysuri/urinvägsinfektion

Struktur: Finns vårdprogram? (Exempelvis Info från Läkemedelsverket nr 1/90 alternativt Läkemedelsboken 91/92) Ja/Nej

Finns CRP? Ja/Nej

Finns pyuritest (Cytur alternativt sediment)? Ja/Nej

Process: Finns uppgift i journal om alternativ behandling/utredning vid frånvaro av bakt.uri? Ja/Nej

Har barn <4 år kontrollerats? Ja/Nej (alt %)

Har kvinnor >50 år med recidiverande cystit erbjudits lågpotenta östrogener? Ja/Nej (alt %)

eller datajournal. Observera att i det senare fallet ställs även speciella krav på utformningen av dataprogrammet för att göra data tillgängliga. En tanke med föreliggande arbete är just att det ska kunna tjänstgöra som en del av en kravlista vad gäller bearbetningsmöjligheter i datorprogram för vårdcentraler.

Förslag

Arbetsgruppen har valt att i inledningsskedet arbeta med ett fåtal diagnoser och med få indikatorer per diagnos. Samtidigt avstår gruppen från att anföra normer för "bra/godkänt", eftersom diskussion om detta är en central del i det lokala arbetet och engagemanget i den process som kvalitetsäkringsarbetet måste vara.

Vid användandet av nedanstående kvalitetsindikatorer bör beaktas, att sjukdomars varierande förekomst i

olika åldrar, liksom upplevd giltighet av indikatorerna i olika åldrar, kan motivera introduktion av åldersavgränsningar. Viktigt är också att modifiera kriterier efter lokala vårdprogram, om så behövs.

Avsikten är att detta första förslag efterhand ska kunna kompletteras med ytterligare problemdiagnoser. Arbetsgruppen ser som en tänkbar utveckling av sitt arbete, att senare kunna tillhandahålla en "servicebox" med förslag om områden och metoder för kvalitetssäkring, där individuella läkare eller vårdcentralsledningar kan välja det som vid ett visst tillfälle känns intressant och viktigt.

Vi hoppas nu på en livlig diskussion om detta förslag, dess värde eller svagheter, för att få hjälp att komma vidare.

Mats Ribacke, ordförande i SFAM

Bli medlem i

SFAM

Ring
AllmänMedicin
Margareta Lindborg
tel 08-28 22 14

Jakten på kvalitet – drevet går i Dalaskogar

MALIN ANDRÉ

*Ta aldrig en NPH-odling!
Våga stänga mottagningen!
Förbjud remiss för yrselutredning!*

Gör som en riktig distriktsläkare – behandla efter vilken vecokodag det är!

När distriktsläkare i Dalarna träffas för efterutbildning i egen regi, kommer kunskaper från skolböcker och sjukhus på skam. Fram träder distriktsläkarens kunskap grundad på mångårig praxis. Det är först nu när distriktsläkare träffas alldeles själva med utrymme för ömsesidigt tankeutbyte, som denna erfarenhetskunskap blir tydlig.

Nyckelord: Efterutbildning, distriktsläkare, Dalarna.

Tidigare var den enda regelbundna efterutbildning, som erbjöds distriktsläkarna i Dalarna, några träffar per termin på Centrallasarettet i Falun. Där samlades läkarna i den stora föreläsningssalen med imponerande porträtt av gångna tiders klinikchefer blickande ned på auditoriet. En sjukhuskollega föreläste om nya medicinska rön och lärde oss hur vi skulle bete oss. Vi lyssnade, antecknade ibland och ställde en och annan försynt fråga. Trötta distriktsläkare fick en välförtjänt vilopaus från slitsamt patientarbete.



Men så inträffade alltid under kaffepausen en märklig förvandling. Sittsamma kvinnor och män blev plötsligt intensivt engagerade i diskussioner och samtal. Blicken blev fast, hållningen rakare och skrattnen tätade. Så tog distriktsläkarna för sig av varandras erfarenhet och kunskap. Vi var många som tyckte att pausen var det bästa med träffarna. Vi sa, att vi borde kanske strunta i föreläsningen och låta kaffepausen fylla hela eftermiddagen!

Med Dalamodellen har vi skapat ett nytt forum för efterutbildning, som bygger just på distriktsläkarens egna kunskaper och erfarenheter.

Dalamodellen

I Dalarna prövas att ändra styrningen av hälso- och sjukvårdens resurser (1). Medan primärvården är anslagsfinansierad, tvingas sjukhuskliniker sälja sina tjänster för att finansiera sin verksamhet. I förhandlingar om avtal mellan vårdcentral och klinik fastställs innehåll och form av vårdköp. En förutsättning är en redan genomförd decentralisering och beslutsdelegering ut till vårdcentraler och kliniker.

Dalamodellen har inneburit stora förändringar av vårdcentralschefernas arbete. Behovet av samordning och ömsesidigt stöd har skapat ett nytt och

viktigt forum, nämligen regelbundna träffar för länets vårdcentralschefer. Så har Dalarna fått ett nytt, starkt maktcentrum, likvärdigt med sjukhusgruppens ledning och landstingsledningen.

I Dalamodellen ska distriktsläkaren ansvara för högst 2000 invånare. De flesta distriktsläkarna har nu skickat ut listningserbjudande till sin befolkning. Många vårdcentraler har omorganiserat verksamheten så, att tillgänglighet och kontinuitet till läkare ökat. Den medicinska kompetensen i primärvården har höjts, bland annat genom att sjukhusspecialister är konsultläkare på många vårdcentraler.

På de flesta håll i Dalarna är det ändå rätt långt kvar till den vision av framtidens primärvård, som finns i Dalamodellen. Där är det naturligt att patienten väljer distriktsläkaren i första hand, för där får hon ett personligt bemötande och omhändertagande av hög kvalitet. Distriktsläkaren känner den befolkning, som hon har på sin lista så bra, att hon kan bedöma både behov av primärvård och sjukhusvård liksom sjukhusvårdens kvalitet. Det är först när primärvården förmår leva upp till den rollen, som Dalamodellen som styrsystem för hälso- och sjukvård får kraft. Det förutsätter att primärvården både har befolkningens förtroende och sjukhuskollegornas respekt.

Både vårdcentralschefer och landstingsledning insåg, att distriktsläkarna behövde stöd i den förändring, som ett genomförande av Dalamodellen skulle innebära. Därför utsåg länets vårdcentralschefer, våren 1991, en arbetsgrupp som skulle leda stödarbetet. Arbetsgruppen består av fem distriktsläkare från länet och kallas "VID-AREgruppen".

Syfte

VIDARE-gruppen har sett som sin uppgift att utveckla och kvalitetssäkra distriktsläkarnas praxis. Den kanadensiske allmänläkaren Ian McWhinney uttrycker sig så: "The good learner has grasped the truth that the main source of development lies not in some distant center of learning but in the day-to-day experience of his or her own practice. Hours spent listening to lectures or bent over medical journals will be of little help unless the physician has reflected deeply over his or her own experience" (2).

Att utveckla kompetensen som distriktsläkare innefattar en process bort från maktlösheten i distriktsläkarens arbete, en utveckling av den professionella kompetensen genom kollegialt arbete, en utveckling av den administrativa och organisatoriska verksamheten och att få kunskap och mod att starta lokal kvalitetssäkring i egen regi.



Metod

För att åstadkomma detta har VID-AREgruppen ordnat möten för länets distriktsläkare. Vi träffas på ett hotell utanför Leksand, enbart distriktsläkare, en förmiddag två gånger per termin. Landstinget bekostar lokal och lunch, medan den egna vårdcentralen står för resan.

De fyra möten vi hittills anordnat har samlat 25–50 distriktsläkare. Av Dalarnas 130 distriktsläkare har 75 vid något tillfälle deltagit i ett Leksandsmöte.

Alla ordinarie distriktsläkare inbjuds och en enkät eller auditformulär, som berör mötetens tema, skickas med. De besvarade enkäterna eller auditformulären har därefter bearbetats av distriktsläkaren i Mockfjärd, Tore Hegle.

Alla möten har haft samma struktur. Efter diskussion av resultaten i plenum, har vi delat upp oss i mindre grupper och fortsatt diskussionen med hjälp av i förväg formulerade frågor. Sista timmen har använts för att gemensamt ta del av gruppdiskussionerna och göra en sammanfattning.

Resultaten av de samlade formulären och en sammanfattning av diskussionen skickas sedan ut till alla distriktsläkare i samband med inbjudan till nästa möte.

Resultat

Distriktsläkarens arbetsmiljö

Det första mötet handlade om vår arbetsmiljö. Resultatet kommer att redovisas i kommande nummer av AllmänMedicin. Mötet präglades av eftertanke och visst tungsinne. Arbetsmiljön är ju skrämmande dålig, framför allt för oss kvinnliga distriktsläkare. Bli mer thoraxkirurg – omnipotent och självsvåldig! – var budskapet till distriktsläkare med helhetssyn och empati. – Stäng mottagningen ibland, föreslog Tore Hegle. – Ta makten över mottagningssköterskan och tid-

boken och bli herre över din arbetsdag! föreslog kollegor som erfarit förbättrad arbetssituation i nya arbetsförhållanden.

Snuviga barn

Tema för nästa möte var hur vi behandlar snuviga barn. Det mötet var pratsamt och glatt. Enkäten som föregick mötet innehöll ett antal autentiska patientfall. Olika svarsalternativ fanns som flervalsalternativ. Trettiofem distriktsläkare besvarade enkäten med att ange hur de skulle handla i de beskrivna patientsituationerna. Spridning mellan de olika svarsalternativen var stor. Det var tydligt av svaren, att det ofta är svårt att avvakta utan åtgärd. Ofta föreslogs utredning med laboratorie- eller odlingsprov, vars resultat egentligen inte skulle komma att underlätta kommande diagnos eller beslut till åtgärd.

Distriktsläkarsvaren jämfördes med svar från några sjukhuskollegor. Spridningen i svaren dem emellan var lika stor som den mellan distriktsläkare.

Det är en glädje, att utan skam eller blygsel få dela erfarenhet och praktiska tips. Nu avslöjades hemligheten, att distriktsläkare behandlar efter veckodag! På fredag eftermiddag är vi många som delar ut "vilande penicillinrecept" att tas om det onda skulle bli värre. Där sas med emfas, att feber på barn bara ska tas om barnet är sjukt och aldrig annars. Vi lärde oss, hur vi med hjälp av rectoskoplampen i patientens mun, i alla fall ibland kan avslöja en förtätd sinus. Slutligen blev resultatet av diskussionen på detta möte, att för oss distriktsläkare i Dalarna var NPH-odling sällan av värde. Denna slutsats kom de samlade distriktsläkarna fram till trots att en majoritet av enkätsvaren förordade just den åtgärden för två av patientfallen.

Men svaret ändrar inte vårt terapival. Det är vår kliniska bedömning av patienten och hennes sjukhistoria som egentligen är avgörande för vårt beslut. Vi måste lära oss att lita på vår egen kompetens och inte lura oss själva att tro, att beslutet blir lättare om vi får ett skriftligt svar på vilka bakterier som just då träffade vår pinne. Och Moraxella – som bekymrat många av oss med sin terapiresistens – förpassades till sjukhusens skrymslen och vrår. En bakterie som är vanligt förekommande och med oklar klinisk relevans hos våra patienter ska i varje fall inte förmå oss ändra vårt sedvanliga val av antibiotika vid infektioner!

Diabetes

Inför mötet, som handlade om hur vi tar hand om våra diabetespatienter, skickade vi ut ett auditformulär som hämtats från Niels Bentzen, allmänläkare i Odense (3). Tjugoen distriktslä-

kare registrerade, under två veckor, alla sina patienter med diagnosen diabetes mellitus, sammanlagt 129 patienter. I protokollet skulle läkaren ange vilken behandling patienten fått, om hon/han senaste året undersökt fötter, blodtryck och/eller ögon. Läkaren skulle också registrera om HbA1c, kreatinin, albuminurintest, serumkolesterol och triglycerider var utförda under senaste året. Slutligen skulle läkaren ta ställning till, om patienten hade tillräckliga kostkunskaper samt om läkaren var nöjd med hur patienten skötte sin diabetes.

Resultatet av undersökningen visade, att de deltagande distriktsläkarna undersökte fötter, mätte blodtryck och testade HbA1c på 2/3 av patienterna, medan bara 1/10 fått blodfetterna kontrollerade och 40 procent fått ögonen undersökta. Läkarna tyckte, att majoriteten av patienterna hade tillräckliga kostkunskaper och också skötte sin diabetes på ett tillfredsställande sätt.

Eftersom bara en sjättedel av distriktsläkarna i Dalarna deltagit i auditundersökningen, speglar resultaten inte alls förhållandena för Dalarnas diabetesvård. Resultaten blev i stället utgångspunkt för den efterföljande diskussionen. En distriktsläkare från Malung berättade om ett pågående arbete med kvalitetsgranskning av diabetesvården med medicinkliniken i Mora som drivkraft. En inflyttad före detta hälsingedoktor berättade om liknande arbete som pågår i Gävleborgs län (4). Uppgifter om diabetespatienterna har samlats in. Det gäller antal, ålder, behandling, metabol kontroll, andra sjukdomar som till exempel hypertoni. Den egna enhetens resultat har sedan jämförts med de övrigas resultat. Vid gemensamma möten diskuteras behandlingsformer och behandlingsmål som resulterat i utarbetande av vårdprogram. När sköterskor och läkare från primärvården varit med om att skapa vårdprogram är de också beredda att efterleva dem.

Detta första möte, där Bentzens auditformulär prövades, var samtidigt ett sätt att introducera formuläret bland länets distriktsläkare. De som hade deltagit tyckte att formuläret var lätt att fylla i och lätt att sammanställa efter två veckor. Som utgångspunkt för diskussion var också detta lilla material oerhört givande. Det ger ju en bild av hur vår distriktsläkarverklighet faktiskt är. Detta står i bjärt kontrast till utbildningsdagar tillsammans med sjukhusspecialister, där diskussionen utgår ifrån hur det borde vara och där för ofta är långt ifrån verkligheten.

Remisser från distriktsläkare

Vårens sista möte hade som tema våra remisser till sjukhusanknuten läkar-kollega.

Trettio två läkare registrerade alla sina konsultationsremisser under två veckor. Åtta procent av läkarbesöken resulterade i remiss. En femtedel av remisserna var akutremisser. Andelen var lika stor för de sjukhusnära läkarna som för dem med långt avstånd till sjukhus. Det är framför allt de äldre patienterna som remitteras vidare till sjukhus. Remissmottagande klinik speglar sjukdomspanoramat hos våra äldre patienter – medicin, kirurgi och ortopedi övervägde. Drygt var fjärde remiss gick till en medicinklinik. Antalet remisser till psykiatrisk klinik var däremot förvånansvärt lågt.

I den efterföljande diskussionen blev det uppenbart, att vi inte utnyttjar kollegors kompetens på optimalt sätt inom vårdcentralen. Detta gäller framför allt våra utbildningsläkare. Alla ej akuta remisser borde kunna granskas av ordinarie distriktsläkare innan de sänds iväg. Distriktsläkare som gör en gemensam remissgranskning är en form av kvalitetssäkringsarbete som är enkel att göra. Några läkare hade prövat göra det med hjälp av en äldre, respekterad kollega – andra hade planer att genomföra en sådan granskning tillsammans med specialistläkare. Det är ju inte antalet remisser som avgör primärvårdens kvalitet och effektivitet, utan att rätt patient får rätt remiss. Här uttalades också på det bestämdaste, att remiss för yrselutredning borde förbjudas!

Det första mötet nu i höst är en fortsättning av denna diskussion. Temat för audit och möte är: hur utnyttjar vi kollegors kompetens på vårdcentralen? "Är distriktsläkaren

en ensamvarg?" är titeln på auditformuläret. Under två veckor registreras alla tillfällen då distriktsläkaren diskuterat patientfall med kollega på vårdcentralen.

Diskussion

Kvalitetssäkring i sjukvård är som Fantomen i djungeln. Alla pratar om honom, men få är det som sett honom. Oändliga är de artiklar, konferenser och temanummer som beskriver värdet och föreslår exempel, men det är få som själva genomfört ens en blygsam kvalitetsgranskning av sitt arbete.

Alla vi kloka distriktsläkare inser, att det är viktigt, att vi gör rätt sak på rätt sätt. Vår vardag kräver ett annat förhållningssätt än sjukhusspecialistens. Praxis lärs i praxis. Vi måste våga granska vår praxis utifrån kvalitetskriterier som vi kommer överens om. Då räcker det inte med att räkna antalet besök! Alla vi kloka distriktsläkare förstår också, att en sådan granskning blir fruktbar, endast om vi gör den själva. Gör inte vi den, kommer den att utföras utifrån som en granskning av oss.

När kvalitetsgranskning görs av en institution utanför den egna verksamheten i syfte att betygsätta, får den ofta stämpel av kontroll, spionage. Det är vad som hänt i Storbritannien med den kvalitetsgranskning som distriktsläkarna där ålagts i form av bland annat antal hälsokontroller av äldre och av dem som inte gjort något läkarbesök senaste åren, andel vaccinationer av förskolebarn och andel cervixsmear. Otrolig är uppfinningsriktigheten för att undgå den granskningen.



För att kvalitetssäkringsarbetet verkligen ska bli en del i en process, som innebär att de som granskats förändrar sitt arbete efter det resultat som granskningen visade, krävs att initiativet till granskningen kommer från dem själva. Det är först då som det finns beredskap att ta del av också mindre lysande resultat. Risken är ju annars att man bortförklarar, glömmar eller sparar till framtiden.

Återigen kan vi lära av Storbritannien. Där har distriktsläkarna också ett allmänt krav att driva kvalitetssäkringsarbete i någon form. Det har drivit fram en uppsjö av olika projekt, erfarenhet av kvalitetssäkring i praktiskt arbete och kunskap om det stöd som behövs till distriktsläkare som startar egen granskning.

Att det verkligen är svårt att genomföra en kvalitetsgranskning av sitt löpande vardagsarbete visar ju också de försök vi gjort att få distriktsläkarna i Dalarna att delta i en egen audit. Bara en tredjedel av dem som fått sig formulären tillsända har fyllt i dem och skickat tillbaka dem.

Morot och piska

Under det första året skickades formulären in anonymt. Kanske en belö-

ning gör att fler deltar? Nu i höst ber vi läkaren ange sitt namn på ifyllt formulär. De som sedan deltar på mötet kommer att få en räksmörgås till kaffet, medan de övriga får nöja sig med en ostfralla.

En annan form av belöning vi tänker pröva kommande år är att ha lotterivinst till den vårdcentral som skickar in flest auditformulär respektive är flitigast på mötena. Tankar finns på att en Dalaexamen för distriktsläkare, som utför eget kvalitetssäkringsarbete, skulle stimulera fler att delta.

Syftet med Leksandsmötena har varit att väcka intresse och nyfikenhet och visa metoder för eget kvalitetssäkringsarbete. Ännu är det dock bara en mindre del av distriktsläkarna som deltagit. Vårdcentralscheferna kommer framöver att aktivt medverka till att dessa prioriteras i det stora utbud av läkemedelsinformation och andra kursdagar. Kanske behövs dessutom ett tydligare krav från landstingsledningen att kvalitetssäkring av distriktsläkararbete ska utföras regelbundet, för att det ska bli allmänt spritt. Då krävs stöd till distriktsläkare som börjar ett sådant arbete. Liksom vi nu har studierektorer spridda över länet för att hjälpa ST-läkare, kommer vi att

behöva erfarna kollegor som kan fungera som mentorer i kvalitetssäkringsarbete i primärvården. Det arbetet blir samtidigt en del i praktisk efterutbildning för färdiga distriktsläkare.

I Dalarna har vi hittat en väg som känns fruktbar – i varje fall oerhört stimulerande. Prova den!

Referenser

1. Dalamodellen. Människor i samspel i struktur för sjukvården i Dalarna under 90-talet. Lund: Studentlitteratur, 1990.
2. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989.
3. Bentzen N. Kvalitetsvärdering i almen medicin – vores udfordring i 90'erne! *AllmänMedicin* 1992;13:248-50.
4. Hemgren B, Sundman L, Tibblin G. Medicinsk praxis grund för kvalitets-säkring inom diabetesvården i Gävleborg. *Läkartidningen* 1992;89:1280-1.

Författarpresentation

Malin André, distriktsläkare.

Vårdcentralen Britsarvets
Box 712
791 35 Falun

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 propulsion 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, förlängsam ventrikeltömning och intestinal pseudoobstruktion. Underhållsbehandling vid refluxesofagit.

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

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

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

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

Vanliga
(> 1/100)

GI: Diarré, buksmärtor, flatulens/meteorism.

Mindre
vanliga

Allmänna: Huvudvärk, yrsel.
GI: Illamående.

Sällsynta
(< 1/1000)

CNS: Krampanfall. Extrapyramidala symtom.
Lever: Leverfunktionsstörningar.

Vid diarré hos små barn bör dosen reduceras. I händelse av påtagliga buksmärtor med dosen 20 mg/intag rekommenderas att dosen per intag halveras. Illamående kan även vara 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)

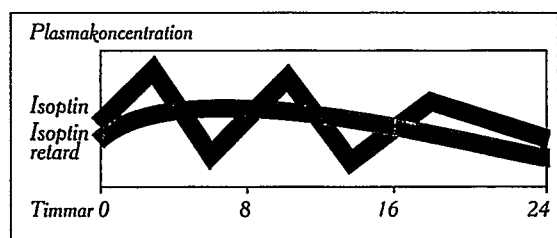
100 tabletter (blister) 790:50

Mixtur 1 mg/ml (vit mixtur med körsbärssmak)

200 ml (flaska med dosmått) 111:50

Byt!

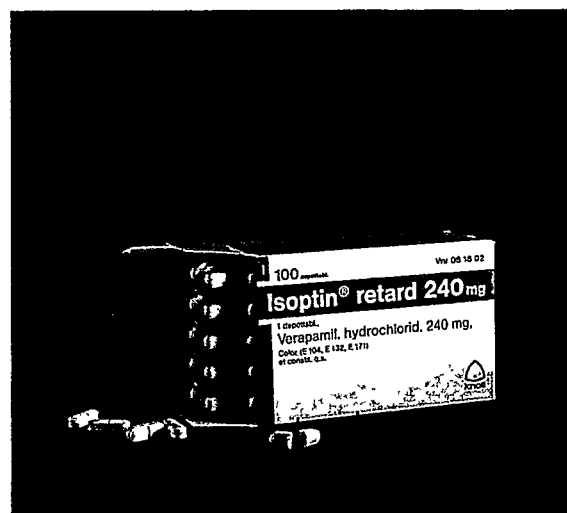
Att gå över från Isoptin® till depottabletten Isoptin® retard innebär jämnare plasmakoncentration under dygnet samt enklare medicinering för flertalet patienter.



Med Isoptin® retard uppnås dessutom god livskvalitet vilket bland annat visas i den s k Everest'-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

Kvalitetsvurdering i almen medicin – vores udfordring i 90'erne!

NIELS BENTZEN

Overalt i den vestlige verdens sundhedsvæsen snakker man om kvalitetsforbedring. Man vil enten have den samme kvalitet for færre penge eller en bedre kvalitet for de samme! Ressourcerne er knappe, og de skal udnyttes bedst muligt. De seneste års forskning i helsearbejdets store variationer har understreget nødvendigheden af at se på vores arbejde gennem "kvalitetsvurderings-briller".

Det er vigtigt, at det er os selv der gør det, for ellers får det karakter af kontrol, som kan være meget uheldig, da de mennesker der udfører den, ikke har forudsætninger for at forstå eller tolke resultaterne korrekt.

Formålet med kvalitetsvurdering er at forbedre patientbehandlingen. Det forudsætter, at man som læge, er villig til kritisk at se på sit eget arbejde og har muligheden for det (1).

Vilje til kritisk analyse

Man kan blive tvunget til at analysere sit arbejde, men er man ikke motiveret til at lære af de fejl man finder, så vil man ikke ændre adfærd. D.v.s. man vil fortsætte med at lave fejlene, kvaliteten forbedres ikke. Donabedian, som er ophavsmanden til begrebet "medical audit" (2), udtrykker det således: "Without a personal commitment to quality in our work and a prideful joy in accomplishing it, no amount of organizational artifice will suffice to safeguard it" (3).

For at vi skal blive motiveret til at arbejde med "medical audit" – kvalitetsvurdering – er det vigtigt, hvem der præsenterer ideen, og hvilke motiver de har. Det er ikke ligegyldigt om det er politikerne, administratorerne eller os selv, der introducerer begrebet, og prøver at få os til at arbejde med det i vores daglige arbejde som praktiserende læger.

I Danmark har vi støttet os meget til den opfattelse af "medical audit" som Sheldon (4) bruger: "Medical audit is a study of some part of the structure,

process and outcome of medical care, carried out by those personally engaged in the activity concerned, to measure whether set objectives have been attained and thus assesses the quality of care delivered." Her understreges at det er de involverede læger selv, der skal deltage aktivt. D.v.s. ikke blot samle data sammen for at andre kan få resultaterne, men selv være med til at formulere problemstillingerne, forestå dataindsamlingen, lave analysen og den efterfølgende vurdering m.h.p. at finde ud af, hvad der evt. skal laves om for at kvaliteten kan forbedres.

Dette mener vi er forudsætningen for, at man kan motivere praktiserende læger til at beskæftige sig med kvalitetsvurdering af deres eget arbejde.

Mulighed for medical audit i allmänmedicin

Den nævnte form for "medical audit" betegnes som "intern", i modsætning til den "eksterne", som er almindelig kontrol. Det er ikke alle, der kan formulere fornuftige problemstillinger, der egner sig for kvalitetsvurdering i almen praksis. Det er heller ikke enhver, der kan finde en dataindsamlingsmetode der er enkel, let at bruge, selvforklarende og som ikke virker forstyrrende i konsultationen. Endelig kan det være vanskeligt at få analyseret de indsamlede data, så man har sikkerhed for resultaterne og kan sammenligne sig selv med andre kolleger, der deltager i den samme audit.

I Odense har vi for nogle år siden lavet en gruppe, som kalder sig "APO". Det står for "Audit Projekt Odense". Gruppen består af 3 praktiserende læger, der har arbejdet med kvalitetsvurdering i almen praksis de sidste 10 år. Vi har fået en erfaring med hvilke emner der egner sig til at kvantificere – d.v.s. tælle. Ved at gøre et givet problem tælbart, kan vi objektivisere det, og dermed gøre det til genstand for analyse og sammenligning læger imellem.

Vi har ladet os inspirere af Crombie og Flemming (5), som i 70'erne arbejdede meget med "Practice Activity Analysis" (PAA). De udviklede forskellige redskaber – skemaer, som blev brugt til at registrere dele af den praktiserende læges arbejde. Et sådant skema har APO standardiseret (Figur 1) og bruger nu til alle den type medical audit, hvor noget skal registreres for at give et billede af den

måde, et problem bliver håndteret på af lægen.

Det kan dreje sig om registrering af henvisninger til undersøgelser eller til behandling hos speciallæger eller på sygehuse. Det kan være registrering af forbyggende undersøgelser, ældre patienters sygdomme, fysiurgiske problemer og deres behandling, ordinationsprofiler for antibiotika eller psykofarmaka o.s.v. (6).

For at "APO-skemaet" skal kunne bruges hensigtsmæssigt bør problemet optræde med en hyppighed på ca. 30 indenfor en periode på 3-4 uger, som er den maksimale tid man skal registrere. Det man undersøger skal man kunne forbedre, og man skal kunne definere, hvad der er god, og hvad der er mindre god almen praksis. Problemet skal være enkelt, og man skal ved at kigge på højst 30 aspekter kunne danne sig et indblik i væsentlige dele af den enkelte læges måde at tackle problemet på. APO skemaet og metoden egner sig især til at se på organisationen af praksis og processen – den måde vi arbejder på. Resultatet af vores arbejde er vanskeligt at evaluere, og her er egentlige forskningsmetoder mere velegnede, med alt hvad dette indbære af tid, personligt engagement, formidling ect. Audit er et redskab for den enkelte læge til at forbedre kvaliteten af hans eller hendes arbejde, resultaterne kan ikke bruges til at generalisere ud fra! Audit er ikke forskning.

Kvalitetsvurdering bør være en integreret del af den praktiserende læges hverdag, det er noget vi skal have tid og hjælp til. Vi skal kunne foretage det under trygge forhold, sammen med kolleger vi stoler på og hvem vi gensidigt kan lære noget af.

Slutning

Kvalitetsvurdering i almen praksis kan foretages på mange måder. APO er en af de simple og hurtige som enhver praktiserende læge kan gå i gang med. Det går bedst, hvis de er praktiserende læger selv, der står for databehandlingen og som er garanter for at registreringerne ikke misbruges af administratorer, politikere eller andre.

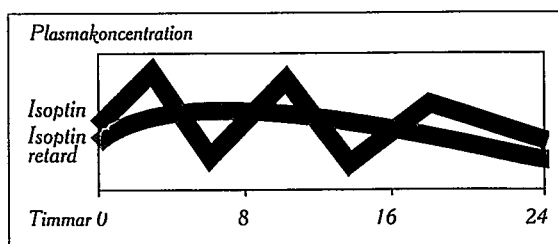
Audit resultater er den enkelte læges "private" ejendom, da de siger noget meget personligt om hendes måde at arbejde på. Det må være op til lægen selv, om hun vil dele sine resultater med kolleger, men sammenlig-

Bryt!



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

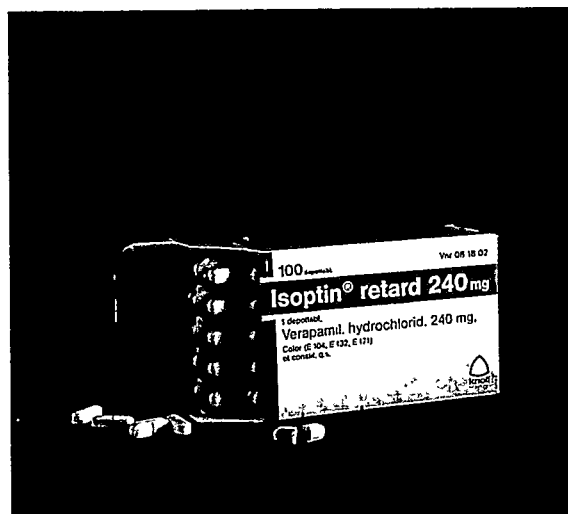
Isoptin® retard är nämligen en 240 mg depottablett som är mycket lätt att bryta i två delar. Kinetiken förblir oföränd-



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 *depotttabletten Isoptin® retard*!



Isoptin® retard

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

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

MEDA

Meda AB,
031-17 68 40

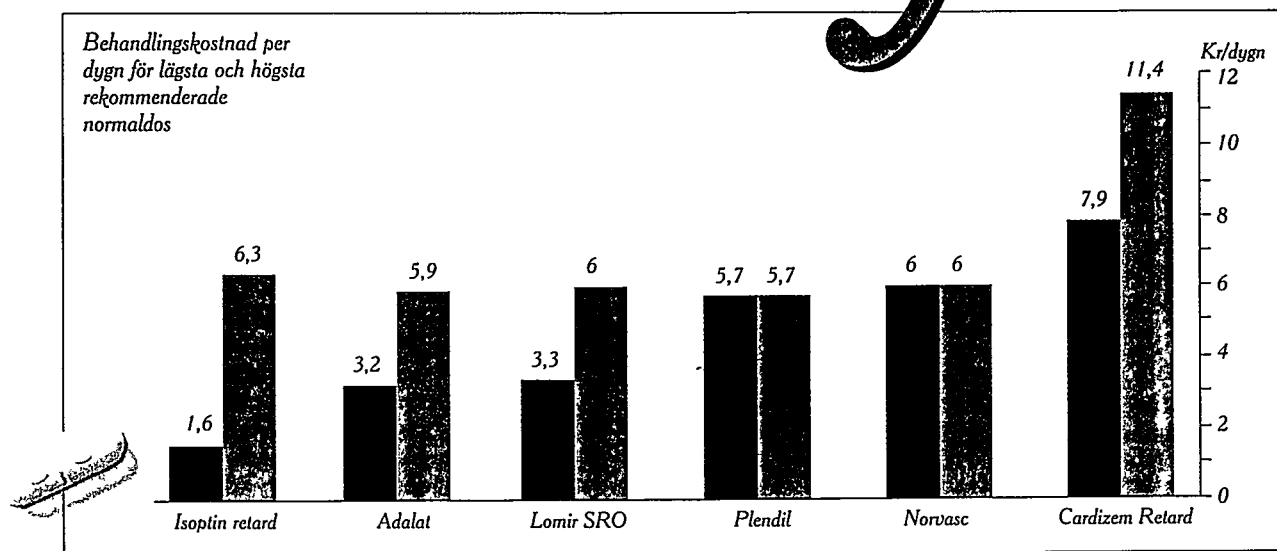
Figur 1. Emne: Psykofarmaka-ordinationer i almen praksis II.

Det er vigtigt at indsamlingen af data og analysen efterfølges af en aktivitet – et møde, et kursus, en workshop eller lignende, hvor lægerne drøfter deres resultater og, på basis af tilgængelig videnskabelig dokumentation eller konsensus, bliver enige om, hvad der er god almen praksis og hvad hver enkelt læge bør gøre for at nå dette mål i sit arbejde.

1. Brix Jensen P, Vass M. Årsrapport 1991. Kvalitetssikringsenheden for den primære sektor. Storstrøms Amt. 1992.
2. Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Med Care* 1968;6:181-202.
3. Donabedian A. Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 1988;25:173-92.
4. Sheldon MG. Medical audit in general practice. The Royal College of General Practitioners. 1988.

Inst for sygdomsforebyggelse og helsetjensteforskning (ISH)
Almen Medicin
J.B. Winsløvsvej 17
DK-5000 Odense C

Skryt.



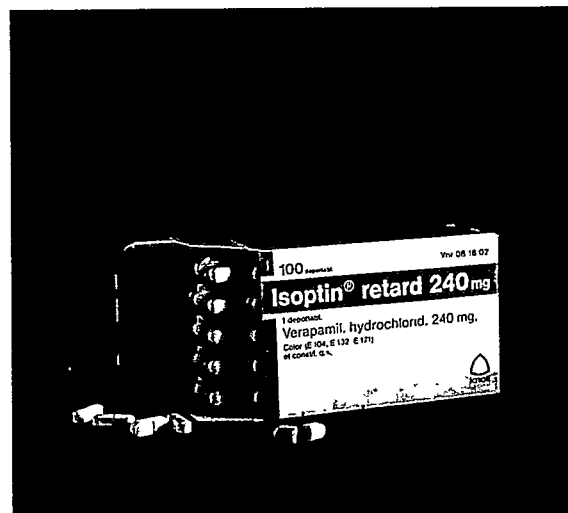
Att byta från Isoptin® till depottabletten Isoptin® retard innebär god livskvalitet^{*)}, jämnare plasma-nivå under dygnet samt enklare medicinering för flertalet patienter.

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

Cancerdiagnostik vid Krokoms hälsocentral - en kvalitetsundersökning

LB 06694

JAN HÅKANSSON

Av 55 nyupptäckta cancerfall i Krokoms primärvårdsområde under 1989 och 1990 sökte 46 först den lokala hälsocentralen. I 40 av dessa 46 fall inleddes utredning omedelbart och i 37 av fallen ledde den först initierade utredningen fram till diagnos. Av de 46 fallen hade 33 diagnostiserats inom tre månader och mediantiden för "doctors delay" var 38 dygn. De fall där utredning ej inleddes vid första konsultationen (6 fall), där den första utredningen ej ledde till diagnos (9 fall) och där utredningstiden var mer än tre månader (12 fall) analyseras särskilt.

Nyckelord: Cancerdiagnostik, distriktsläkare, Krokoms.

För flertalet cancerformer gäller att prognosen är beroende av hur tidigt sjukdomen upptäcks – ju tidigare upptäckt, desto bättre prognos. Ett amerikanskt dataprogram applicerat på svenska förhållanden har beräknat att 10–20 procent av de flesta cancersjukdomar skulle kunna upptäckas tidigare än vad som sker i dag och att man därigenom skulle kunna minska cancermortaliteten med omkring fem procent för män och med 16–24 procent för kvinnor. Den stora skillnaden mellan könen beror främst på den stora potential, som kvinnors vanligaste cancerform – bröstcancer betingar (1).

Stora ansträngningar görs för att möjliggöra diagnos innan cancer-sjukdomen blivit symtomgivande. Beträffande livmoderhalscancer och bröstcancer har vissa framsteg gjorts med screeningverksamhet av stora populationer (2,3). Emellertid gäller för de flesta cancerformer att tidig upptäckt är avhängigt av dels hur lång tid, som förflyter mellan patientens första symptom och dennes kontakt med sjukvården ("patients delay"), dels hur lång tid, som förflyter mellan första sjukvårdskontakt och diagnostidpunkten ("doctors delay").

Frågeställning

Undersökningen avser att kartlägga "doctors delay" vid Krokoms hälsocentral under åren 1989 och 1990, det

vill säga vad som hände mellan cancerpatientens första läkarkontakt och diagnostidpunkten.

Material och metod

Krokoms primärvårdsområde utgörs av landsbygd och omfattade 9361 invånare 900101. Befolkningens åldersstruktur överensstämmer i stort sett med Sveriges.

Primärvårdsområdet betjänas av Krokoms hälsocentral, som är en fyrläkarstation, där alla tjänster är besatta med ordinarie innehavare. Under den studerade tiden tjänstgjorde också två läkare under utbildning (AT och FV). Undersökningen gjordes som en retrospektiv studie av primärvårds- och sjukhusjournaler för de cancerfall, som diagnostiserades i primärvårdsområdet under 1989 och 1990. Östersunds sjukhus är den remissinstans, som anlitas av hälsocentralen.

Från regionala cancerregistret i Umeå hämtades uppgifter om vilka, som insjuknat i cancer, när cancerdiagnosen ställts och vilken cancerform som diagnostiserats. Cancerdiagnosen har ansetts som fastställd när den verifierats med patologisk-anatomisk diagnos (PAD). För de patienter, som först sökte Krokoms hälsocentral har följande frågor studerats:

- Vilken läkarkategori (ordinarie specialistkompetent, läkare under utbildning, vikarierande) konsulterades först?
- Initierades utredning vid första konsultationen?
- Inleddes utredning med uttalad cancerfrågeställning, med öppen frågeställning, eller endast med frågeställning om icke-malign sjukdom?
- Hur inleddes utredningen; med återbesök, laboratorieundersökning, och/eller remiss till annan klinik?
- Ledde utredningen fram till diagnos?
- Hur lång tid tog det från första konsultationen tills diagnosen ställdes?
- Vad berodde felbedömningar och fördröjningar på i förekommande fall?

För alla fall, som anmälts till regionala cancerregistret studerades Krokoms hälsocentrals journal för att se om patienten under de tre år, som föregått cancerdiagnosen sökt på hälsocentralen för symptom, som kunde ha berott på cancersjukdomen.

Resultat

Under 1989 och 1990 gjordes i Krokoms primärvårdsområde 56 anmälningar hos 55 individer till cancerregistret (en kvinna fick två anmälningar för cancer i båda brösten; räknas här som ett fall).

Av dessa 55 fall diagnostiserades tre vid obduktion; i samtliga tre fall var cancerdiagnoserna relaterade till de symptom patienterna sökt för.

Av de 55 fallen var 31 män och 24 kvinnor, vilket ger en incidens av 325/100 000 för män och 259/100 000 för kvinnor, vilket är mindre än cancerincidensen för Sverige i övrigt.

I 46 av de 55 fallen hade patienten sin första läkarkontakt vid Krokoms hälsocentral, i sju fall vid någon av Östersunds sjukhus kliniker, i ett fall vid företagshälsovård och i ett fall hos privatläkare.

De 46 fall, som hade sin första kontakt vid Krokoms hälsocentral fördelade sig på diagnoser enligt Tabell I. Diagnosfördelningen motsvarar ungefär den förväntade, så när som att andelen non Hodgkin lymfom var fler än förväntat – sex mot förväntat tre. Detta torde vara en slumpmässigt betingad avvikelse, då det i området under tidigare år inte varit någon överrepresentation av denna sjukdom (4).

Vid första läkarkontakten mötte patienten en ordinarie specialistkompetent läkare i 33 fall, en läkare under AT- eller FV-utbildning i 12 fall och en tillfällig vikarie i ett fall.

Utredning inleddes vid första konsultationen i 40 av de 46 fallen och vid andra konsultationen i sex fall. Den andra konsultationen gjordes efter 4–150 dagar (medianvärde 30 dagar). I 22 fall inleddes utredningen med uttalad cancerfrågeställning, i 15 fall med öppen frågeställning (till exempel gastrointestinal blödningskälla? röntgenkontroll efter pneumoni?) och i nio fall med endast frågeställning om icke-malign sjukdom.

Utredningen genomfördes med återbesök i sju fall, vidare undersökning (provtagning, röntgen etc) i 32 fall och med remiss till annan klinik i 24 fall.

I 37 fall ledde utredningen fram till diagnos, men i nio fall ledde den första utredningen inte fram till diagnos.

Den tid, som förflöt mellan första konsultationen och diagnostillfället framgår av Tabell II. Medianvärdet för doctors delay var 38 dygn.

De fall, där utredning ej inleddes vid första konsultationen (sex fall), där utredning ej ledde fram till diagnos (nio fall) och där handläggningstiden var lång – mer än tre månader – (12 fall) förtjänar ett särskilt studium. Det är delvis samma fall, som figurerar i dessa grupper och följande mönster kan urskiljas:

- tre ovanligt komplicerade fall, som trots omfattande utredning ej kunde diagnostiseras förrän sent i sjukdomsförloppet – i två fall först vid obduktion;
- tre fall, där det allvarliga i patientens symtom förbisågs och som kan betraktas som diagnostiska missar;
- två fall, där läkaren förlitade sig på normala laboratorievärden och avslutade utredningen;
- två fall där utredningen inleddes på grund av tillfälligt upptäckt laboratorieavvikelse innan cancersjukdomen blivit symtomgivande innebar lång utredningstid;
- ett fall av prostataresektion, där PAD oväntat visade cancer;
- i ett fall kan ett misstag delvis skyllas på dålig kontinuitet med åtföljande missförstånd;
- i ett fall blev ett svårtolkat vånadsprov troligen felbedömt som godartat;

Diskussion

De flesta patienter (84 procent) med cancerassocierade symtom i Krokoms primärvårdsområde sökte först Krokoms hälsocentral. Av hälsocentralens

Tabell I. Fördelning av de cancerfall, som först sökte Krokoms hälsocentral 1989 och 1990 (n=46).

Cancerform	Antal fall
Prostatacancer	8
Bröstcancer	7
Colorectal cancer	6
Non Hodgkin lymfom	6
Lungcancer	4
Ventrikelcancer	4
Malignt melanom	2
Hud, skivepitelcancer	1
Livmoderhalscancer	1
Äggstockscancer	1
Urinblåsecancer	1
Hodgkin lymfom	1
Njurbäckencancer	1
Gallblåsecancer	1
Lymfkörtelmetastas, okänd primärtumör	1
Skelettmetastas, okänd primärtumör	1

23.222 besök under den aktuella perioden utgjordes alltså cirka ett av femhundra av en patient, som sökte första gången med sin cancersjukdom. Detta ställer stora krav på uppmärksamhet och klinisk skicklighet hos distriktsläkarna. Det understryker också vikten av god handledning till läkare under utbildning, eftersom av de 46 konsultationer, som först gjordes vid Krokoms hälsocentral skedde tolv hos AT- eller FV-läkare.

Resultatet bekräftar distriktsläkarens centrala roll vid upptäckt av cancersjukdomar, vilket nyligen påvisats i en undersökning från Medelpad (5). Där konstaterades att cirka 60 procent av alla cancerpatienter först sökte distriktsläkaren och att andelen var högre (över 80 procent) inom landsbygdsområden med ordinarie distriktsläkare, medan andelen var lägre inom områden med vakansproblem och inom områden, som låg nära Sundsvalls sjukhus.

Av de patienter, som först sökte vid Krokoms hälsocentral inleddes utredning omedelbart i majoriteten av fallen och dessutom med uttalad cancerfrågeställning eller öppen frågeställning. I majoriteten av fallen ledde den först initierade utredningen fram till cancerdiagnos. Detta tyder på god uppmärksamhet och diagnostisk skicklighet.

Bröstcancer kan tjäna som exempel på en cancerform, där utredningen sköttes snabbt och effektivt. Av de sju bröstcancerfallen kom sex till diagnos inom en månad från första konsultationen.

Medianvärdet för doctors delay var 38 dygn och 33 fall (72 procent) hade diagnostiserats inom tre månader efter konsultationen. Detta är i samma storleksordning som i två jämförbara undersökningar från Norge från åttiotalet där 73 procent (6) respektive 65 procent (7) av cancerfallen diagnostiserades inom tre månader.

De försummelser och fördröjningar, som förekom fördelades ungefär lika mellan hälsocentralens läkare och sjukhusklinikernas läkare under utredningstiden. Också om man jämför handläggningen hos specialistkompetenta läkare med handläggningen hos läkare under utbildning fördelades försummelser och fördröjningar ungefär proportionellt till respektive läkarkategori inblandning i utredningarna.

I denna undersökning kan man se att vissa cancerformer var särskilt svårångade ur diagnostisk synpunkt; cancersjukdomar i inre organ som

mag-tarmkanalen, lungor och urinvägar, där differentialdiagnosen mot godartade, betydligt vanligare sjukdomar ofta var svår. Sjukdomar, som presenterade sig med synlig eller palpabel tumör, till exempel bröstcancer, prostatacancer, lymfom och hudcancer kom i allmänhet enklare och snabbare till diagnos.

Frågan om när och hur utredning av olika symtom skall utföras är en av de svåraste beslutsprocesser, som läkare ställs inför (6). Det är ofta lätt att i efterhand konstatera att en utredning inte varit optimal och kanske medfört en onödig och för patienten ödesdiger försening. Å andra sidan ställs läkare i allmänhet och distriktsläkare i synnerhet många gånger inför svårtolkade och okaraktäristiska symtom.

Cancersjukdomarna utgör en diagnostisk utmaning för alla läkare och inte minst distriktsläkare har en delikat uppgift att bland alla patienter, som söker med godartade sjukdomar uppmärksamma symtom och undersökningsfynd, som kan vara tecken på cancer (7).

Referenser

1. Wiklund K, Hakulinen T, Sparén P. Prediktion av cancermortaliteten i Norden år 2005. Effekt av olika interventioner. Nord Med 1992;107:18–22.
2. Tabar L, Fagerberg G, Duffy SW, Day NE. WE-projektet: Mammografi minskar dödligheten i bröstcancer signifikant. Läkartidningen 1990;87:36–9.
3. Cook GA, Draper GI. Trends in cervical cancer and carcinoma *in situ* in Great Britain. Br J Cancer 1984;50:367–75.
4. Onkologiskt centrum, Norra regionen. Cancerincidens i norra regionen 1978–87. Umeå, 1989.
5. Olsson P. Distriktsläkarens roll i upptäckt och diagnostik av cancer. Läkartidningen 1991;88:2685–9.
6. Nylenna M. Diagnosing cancer in general practice: from suspicion to certainty. BMJ 1986;293:314–7.
7. Høltedahl KA. Diagnostics of cancer in general practice, (1990). (TSM skriftserie nr 16) Tromsø: Universitetet, 1990.

Författarpresentation

Jan Håkansson, distriktsläkare.

Krokoms Hälsocentral
Box 210
830 40 Krokoms

Tabell II. Tid mellan läkarkonsultation och diagnostillfälle.

Antal månader	0–1	1–2	2–3	3–4	4–5	5–6	6–9	9–12	12–24	24–36
Antal patienter	19	10	5		3	2	3		1	3

FORSKNINGS- STIPENDIUM

ALLMÄNNMEDICIN/PRIMÄRVÅRD

Forskningsstipendiet som är på 75.000 SEK syftar till att stödja såväl klinisk som epidemiologisk forskning inom allmänmedicin. 1993 års stipendium är avsett att stimulera forskning som syftar till att öka kunskapen om hjärt/kärlsjukdomar. Stipendiet finns 1993 tillgängligt att fördelas till en eller flera sökanden. Beloppet eller de fördelade beloppen skall utnyttjas som

forskningskostnader

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

Innevarande år består stipendiekommittén av

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

Stipendiekommitténs kontaktman för praktiska frågor är Sten Jelinek, tel: 031 839 800. Ansökan skall innehålla kortfattad forskningsplan med litteraturreferenser, ekonomisk kalkyl samt curriculum vitae. Sökanden skall vara färdigutbildad, i första hand icke graduerad läkare, men även graduerad läkare, verksam inom allmänmedicin/primärvården, kan söka. Ansökningsblankett och stadgar kan rekvireras från Bayer Sverige AB. De allmänmedicinska institutionerna är gärna behjälpliga med sammanställning av ansökningsmaterial.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda senast den **1 februari 1993** (poststämpels datum) under adress:

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

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

Avrapportering sker i kort form till stipendiekommitténs ordförande.



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, distriktsläkare

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

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

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

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

Gentianaviolett och barn

FRÅGA: Man använder en 0.1-procentig lösning av gentianaviolett för pensling i munnen mot candida på spädbarn. Pensling sker oftast två gånger. Toxicitet, biverkan?

SVAR: Gentianaviolett (crystal violet, metylrosanilin) är ett anilinfärgämne med bakteriostatisk och baktericid effekt. Lösningar om 0.1, 0.25 och 0.5 procent används vid svampinfektioner framför allt candidainfektioner i munhåla (torsk) och vagina.

Lösningen penslas på huden eller slemhinnan dagligen i ett par dagar. På särskilt känslig hud till exempel våtskande sår och till spädbarn användes den svagare (0.1%) lösningen. Risk för uttorkning av hud och slemhinnor kan förekomma vid längre tids behandling. Lösningen kan färga hud, hår och kläder. Risk för nekros föreligger särskilt för den starkare lösningen. Nekrosrisken är förutom lösningens styrka och användningstid sannolikt beroende av vävnadstyp och applikationsfrekvens. Flera fall finns beskrivna i litteraturen av irritation och även nekrotiserande verkan av gentianaviolett i 1%-ig lösning.

Vi har inte funnit litteratur om negativ effekt av så svag lösning som 0.1%, vilket är aktuellt i detta fall. Förra året var frågan om användning av gentianaviolett och eventuella risker uppe för diskussion i en ledare. Man hävdar att gentiana nu spelat ut sin roll och kan ersättas av nyare medel vid behandling av svampinfektioner i till exempel munhåla hos spädbarn. Med tanke på diskussioner om risken för cytotoxisk effekt och kromosomförändringar, vilka visats på djur, anser man att det inte längre finns lika stor indikation för användning av gentianaviolett som tidigare. Någon sådan effekt har dock ej visats på människa. DHSS (Department of Health i Storbritannien) rekommenderar att gentianaviolett ej bör användas på slemhinnor eller öppna sår. I stället rekommenderas nyare imidazolderivat som klotrimazol, econazol och miconazol. Dessa finns dock ej registrerade i Sverige i annan form än kräm och vagitorier.

Antabus kan ge hudbiverkan

FRÅGA: Patient med Antabusimplantat (disulfiram) har utvecklat erythema multiformelikt utslag på händerna. Skall behandlingen avbrytas? Vad finns beskrivet om allvarigare hudbiverkningar vid antabusbehandling?

SVAR: Antabus innehåller disulfiram som verkar genom att hämma enzymet aldehyddehydrogenas, vilket utnyttjas vid behandling av alkoholism.

Från tidigare svar av läkemedelsinformationscentralen framkommer att Antabus i sällsynta fall kan ge upphov till kontaktdermatit samt begränsade allergiska reaktioner och hypersensibilitet. Detta överensstämmer med FASS text.

En uppföljning i litteraturen visar att inga allvarigare hudreaktioner finns rapporterade. Emellertid anser tillverkaren att behandlingen omedelbart skall avbrytas vid tecken på allergiska hudreaktioner. Detta beror på att levertoxiska effekter som i sällsynta fall ses vid Antabusbehandling är medierade av allergiska reaktioner. Dödsfall finns beskrivet som följd av inducerad leverskada.

I Läkemedelsverkets biverkningsregister finns idag totalt 173 biverkningsrapporter varav 21 utgörs av hudbiverkningar. De vanligast rapporterade hudbiverkningarna utgörs av urtikaria, exantem och klåda, men även quinckeödem, erytematöst exantem och erytema multiforme finns rapporterat. Som allvarigare hudreaktion finns 3 fall av mucocutant syndrom rapporterat. I ett av dessa fall har patienten utvecklat syndromet vid monoterapi med Antabus. I de två andra fallen har Antabus kombinerats med Tegretol (karbamazepin), varför det är omöjligt att avgöra om reaktionen betingas av Antabus, Tegretol eller kombinationen. Flera fall av mucocutant syndrom finns rapporterade för karbamazepin per se.

Vi föreslår att det aktuella fallet rapporteras till Läkemedelsverkets biverkningsfunktion.

Kan B₁₂ förbättra minnet?

FRÅGA: Vad finns dokumenterat om behandling med vitamin B₁₂ till patienter med minnesstörningar och normala B₁₂-värden i plasma?

SVAR: I en nyligen publicerad avhandling diskuteras vitamin B₁₂-brist vid demenstillstånd. I avhandlingen konstateras att låga serumhalter av B₁₂ är 4–5 gånger vanligare hos patienter med Alzheimers sjukdom än i en normalpopulation i samma åldersgrupp. Det finns även en grupp dementa patienter som har en låg halt B₁₂ i cerebrospinalvätskan (CSF) men normala plasmahalter av B₁₂. Dessa patienter med låg CSF-plasmakvot av B₁₂ kan man överväga att behandla med frekventa injektioner av B₁₂ en gång i veckan upp till en gång dagligen. Man bör följa hur patientens symtomatologi utvecklas under behandlingen.

Frågan om det finns någon dokumentation om B₁₂-substitution med demens har tidigare utretts vid läkemedelsinformationscentralen, Göteborg. Det konstateras att några prospektiva, placebokontrollerade studier av vitamin B₁₂-substitution till dementa inte finns.



ASTMAÅRET -92 på apoteken

BRITTA LISPER

Astmaåret -92 är en riksomfattande informationskampanj initierad av Apoteksbolaget i samarbete med sjukvården. Syftet är att höja kunskapen om och förståelsen för astma både hos den som själv har astma och hos den som är anhörig, arbetskamrat, klasskompis eller liknande. Med bättre förståelse för och kunskap om behandlingen skulle de flesta astmaanfall inte behöva inträffa.

Årslånga kampanjer

Sedan ett par år tillbaka arbetar apoteken med läkemedelsinformationskampanjer på ett nytt sätt. Man arbetar med information om en folksjukdom under ett år. Utgångspunkten är att sätta kundens behov i centrum och att arbeta decentraliserat, det vill säga apoteken själva utformar den lokala aktiviteten med hjälp av visst stödmaterial och kunskapsunderlag från huvudkontoret. En förutsättning för detta är att samarbetet med den närliggande sjukvården intensifieras. Det är också viktigt att hos personalen skapa större förståelse för kunden. Och att lära av kunden/patienten.

Fördelen med att arbeta med samma tema under ett helt år är att apoteken hinner planera, ta kontakter, informera om vilka tjänster man kan erbjuda och därmed genomföra aktiviteten på ett mer genomtänkt sätt, vilket får stor betydelse för resultatet. Det innebär en kompetensutveckling för organisationen som helhet. Under 1991 arbetade man mycket framgångsrikt med Diabetes på detta sätt. Satsningen fortsätter med Astma under 1992 och Hud 1993.

Skälen till att just astma valts är flera, bland annat att det finns minst 350 000 astmatiker och många andra som berörs. Man vet att många astmatiker inte följer läkemedelsordinationen även om de känner till den. Många har en negativ inställning till läkemedel.

Kostnaderna för läkemedelsbehandlingen ökar, men med bättre användning av läkemedlen bör den totala behandlingskosten för astma minska.

Vilka problem är störst?

Planering och genomförande av ett sådant folksjukdomsår sker över en treårsperiod. Astmaåret började alltså redan sensommaren 1990 då vi dels etablerade kontakter med olika samarbetspartners, dels inledde en diskussion om hur man på ett lämpligt sätt kan ta reda på vilka problem den astmasjuka upplever som besvärliga, inte bara inom läkemedelsområdet utan även annat som berör personens dagliga liv. Vi bestämde oss för att genomföra en PDS-studie (Problem Detection Study). Metodiken ger en rangordning av vilka problem som är stora respektive små i den undersökta gruppen och gav därmed många uppslag till vad man bör inrikta sitt arbete på.

Intervjuer med astmatiker, RmA (Riksförbundet mot Astma-Allergi), distriktsläkare, sköterskor, allergologer, apotekspersonal, läkemedelsföretag etc gav en lista på flera hundra problem som vi sedan testade på 350 vuxen- och barnastmatiker vid åtta vårdcentraler/lungkliniker.

Detta gav oss, dels en rangordning över problem som vi kunde arbeta vidare med i kampanjplaneringen, dels en nedbantad lista över problem som ett antal apotek/vårdcentraler senare använt i PDS-studier med sina egna patienter. I de lokala studierna har man dessutom ofta lagt till egna problemställningar.

Miljön i topp

Resultatet från 2000 kunder/patienter visar att de största problemen hamnar under rubriken miljö, dels fysisk miljö (tobaksrök, parfym, pälsdjur), dels social miljö ("allmänheten förstår

inte", "allmänheten är dåligt informerad" etc). Vissa stora problem är läkemedelsrelaterade. Så många som 40–50 procent anser att det är ett stort problem, att de får skakningar av vissa mediciner eller att "det går så många historier om hur farligt kortison är". Det är 70–80 procent av astmatikerna som tycker att det är ett stort problem att inte objektivt kunna visa för omgivningen vilka besvär astma innebär eller att förklara "hur man kan vara frisk ena dagen och dålig och hemma nästa dag". Det är också svårt att förstå sambanden mellan försämring av astman och dess orsaker.

Undersökningen visar också att endast 40 procent vet att inhalation av kortison ger mindre biverkningar än tabletter eller att kortison inte hjälper inom några minuter. Över 40 procent vet inte att det finns hjälpmedel för att mäta andningsfunktionen. Allt för många tror också att motion försämrar astman.

Kunnig Kund och Upplyst Allmänhet

PDS-undersökningen gjorde klart att vi skulle arbeta med två viktiga målgrupper:

- *Personer som har astma* för att höja kunskapen om och förstå betydelsen av optimal behandling, PEF-mätning och motion.
- *Allmänheten* för att via olika media ge en riktig bild av hur det är att leva med astma, varför sjukdomen kan te sig "lynnig" och vad man kan göra för att hjälpa.

Centralt satte vi därför upp följande mål:

- Öka kunskapen om astma hos patienter och hos allmänhet.
- Ökat samarbete med sjukvården.

Vi utsåg en arbetsgrupp från apoteken som fick fungera som referensgrupp för att vi centralt skulle " hitta rätt" och ta fram bra material för att stödja apotekens arbete.

De enskilda apoteken sätter upp egna mål utifrån PDS-studier, andra undersökningar eller diskussioner. Apoteken satte som mål att alla kunder som får Turbohaler ska kunna använda den rätt. I en undersökning på apoteken i Lunds och Orups sjukvårdsdistrikt, våren 1992, ombads närmare 300 kunder med Turbohaler, att demonstrera hur de använder den. 46 procent av dem gjorde ett eller flera fel vid frammatning av dosen.

Ett mål kan också vara att alla kunder ska veta *när* och *varför* man ska använda kortison respektive betastimulerare.

Ytterligare ett mål kan vara att öka allmänhetens kunskap om astma, genom att bjuda in till "Öppet hus" där läkare, apotek, distriktssköterska, allergikonstulent med flera medverkar.

Astmasamordnare i apoteksgrupperna

Apoteksgrupperna, som för närvarande är 39 stycken med 20–30 apotek i varje, utsåg hösten 1990 astmasamordnare, det vill säga personer som ska stimulera och koordinera astmaaktiviteterna inom gruppen. Samordnarna har träffats centralt vid ett par tillfällen för att dels få en uppdatering beträffande astmaterapin som har ändrats under denna tid, dels diskutera astmaårets innehåll och arbetssätt och få inspiration till vidare arbete.

Planeringen har i stort följt denna tidsplan:

Hösten 1990 Astmaåret förankras i SOL-gruppen som är ett samarbetsorgan för läkemedelsinformation mellan Läkemedelsverket, Landstingsförbundet och Apoteksbolaget.

PDS förbereds och genomförs med 350 astmatiker.

Samordnare i apoteksgrupperna utses.



Våren 1991 Vi kontakter olika specialister (allergologer, distriktsläkare, astmasjuksköterskor, allergikonsulenter, apotekspersonal, astmasjuka, läkemedelsindustri) för att samla in kunskap och "stämna av" inriktning och målsättning.

Utbildningsmaterial för apotekspersonal om astma och inhalationsteknik blir klart.

Apoteken tar kontakt med sin närliggande vårdcentral/specialistklinik/RmA/allergikonsulenter för att diskutera inriktning av deras gemensamma arbete.

Hösten 1991 Planerar utformning av affischer och foldrar tillsammans med reklambyrån.

Undersöker vilket material som redan finns inom astmaområdet. Är det något som vi kan använda? Ja, bland annat broschyren Ta Kontrollen från Allergiprojektet i Sundsvall, videon Matchen från Fisons, PEF-praktikan från Draco, Astmaskola för vuxna från Glaxo. Flera bra videofilmer finns, bland annat vår egen "Inhalera rätt".

"Information om din medicin" för kortison och betastimulerare (behandlingsanvisningarna) får nytt innehåll och layout.

En kundversion av PEF-praktikan och foldern "Testa din kunskap om astma" tas fram.

Planerar vad årets fem nummer av vår kundtidning Apoteket ska innehålla om astma. Tidningen trycks i en upplaga av 500-700 000 exemplar och

är ett av våra viktigaste informationsmedia till allmänheten.

På apoteken utbildas personalen i astma. Lokala PDS och andra undersökningar genomförs.

Astmaåret presenteras på Medicin 91 vid Läkarstämman. Lungmedicinsk förening och Svensk Förening för allergologer informeras om projektet.

Våren 1992 Kampanjen startar på apoteken. Astmakunden sätts i fokus. Många ÖppetHus och andra samarangemang med vårdcentraler, patientförening, allergikonsulenter vilket uppmärksammas i en mängd tidningsartiklar.

Stockholmsapoteken satsar på astma som tema på Kvinnor Kan-mässan i maj. 4000 broschyrer delas ut och 500 blåser i PEF-mätare.

Programmet Livslust i TV2 har i mars ett program om astma, vilket ses av 400 000 personer. Massmedia bearbetas mer aktivt än tidigare. Pressreaser, artiklar om astma, uppslag till artiklar på temat astma-motion sänds till dagspress, personaltidningar och veckopress. Ett seminarium med titeln "Läkemedel är värdelösa utan kunskap" samlar ett 20-tal medicinska journalister.

Astmadagen 8 december börjar planeras av Hjärt-lungfonden, Apoteksbolaget, patientföreningar och astmaläkarna Nalle Lindholm och Bengt Erik Skoog i Göteborg.

INFORMATION OM DIN MEDICIN 26

Betareceptorstimulerande medel för inhalation

Du har fått ett läkemedel mot astma och vissa andra luftvägssjukdomar. Vad medicinen innehåller står på förpackningen.

Hur verkar medicinen?
Medicinen används framför allt vid sjukdomar i nedre luftvägarna. Vid astma och vissa kroniska luftvägssjukdomar dras musklerna i luftvägarnas väggar samman och luften får svårare att passera. Medicinen gör att musklerna slappnar av, luftvägarna öppnas och det blir lättare att andas. Läkemedlet som andas in (inhaleras) har en snabb effekt även vid akuta astmaanfall.

Medicinen kan ibland ge biverkningar
Förutom att bota eller lindra sjukdomar kan en medicin ibland ge oönskade effekter, så kallade biverkningar. De vanligaste biverkningarna är muskelsmärter och hjärtklappning. De är dock ofarliga och avtar vid fortsatt medicineringsbehandling med pulver eller spray. Vid inhalationsbehandling med pulver eller spray är dessa biverkningar ovanliga.

45 26-12 jun 92

INFORMATION OM DIN MEDICIN 49

Glukokortikoider för inhalation

Du har fått ett läkemedel som används vid behandling av astma och vissa andra luftvägssjukdomar. Vad medicinen innehåller står på förpackningen.

Hur verkar medicinen?
Astma orsakas av en inflammation i de små luftvägarna. Stemmhinnan blir svullen och lättirriterad, vilket kan leda till kramp i luftvägarna. Luften har då svårt att passera genom luftvägarna. Medicinen innehåller kortison, som har en läkande effekt genom att dämpa inflammationen. Den kan därigenom också förebygga att kramp uppstår. Effekten av medicinen kommer efter hand. Den blir maximal först efter cirka 10 dagars användning. Hjälper den till att du kan andas lättare redan från början.

Vad kan medicinen ge för biverkningar?
Förutom att bota eller lindra sjukdomar kan en medicin ibland ge oönskade effekter, så kallade biverkningar. De vanligaste biverkningarna är muskelsmärter och hjärtklappning. De är dock ofarliga och avtar vid fortsatt medicineringsbehandling med pulver eller spray. Vid inhalationsbehandling med pulver eller spray är dessa biverkningar ovanliga.

45 49-12 jun 92

Figur 1. Inför astmaåret omarbetades informationsbladen för glukokortikoider och betareceptorstimulerare.

1. Består astma enbart av
attacker med andnöd?

☐ JA ☐ NEJ

2. Kan man bota astma
idag?

☐ JA ☐ NEJ

3. Riskerar astmatiker
som mottar regelbun-
det att astma blir sämre?

☐ JA ☐ NEJ

4. Finns det hjälpmedel så
att man själv kan mäta sin
lungfunktion?

☐ JA ☐ NEJ

5. Är astma en vanlig
sjukdom i Sverige?

☐ JA ☐ NEJ

6. Kan tobaksrök förvärra
astman?

☐ JA ☐ NEJ

7. Finns det läkemedel
som bör undvikas om
man har astma?

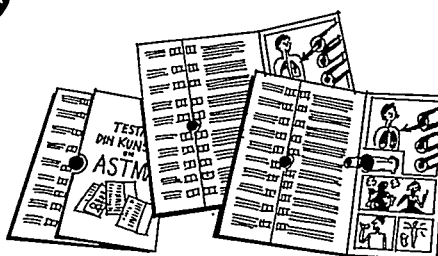
☐ JA ☐ NEJ

8. Ger kortison för inand-
ning (inhalation) mindre
biverkningar än
kortisonbatterier?

☐ JA ☐ NEJ

TESTA DIN KUNSKAP OM ASTMA

STOPP!
OPPLÄS
FÖRST!
DU LÖST ALLA
FRÅGORNA



Svara på frågorna
genom att sätta
kryss i rutan. Lyft
inte på bladet!

Jämför dina svar
med facit.

Lär dig mer och ta
hjälp av de förkla-
rande bilderna.
Fråga på apoteket
om du vill veta mer!

479-01 JUN 92



Figur 2. Ett fråga-svarsformulär om astma finns också på apoteken.

PEF-mätare ökade 150 procent

Vid halvårsskiftet 1992 kan konstateras, att satsningen på astma verkar ha fallit mycket väl ut. Aktiviteten kom vid en tidpunkt, då astma stod i fokus även på många andra sätt, till exempel i tidningsartiklar och TV-program.

Läkemedelsverkets workshop med nya terapirekommendationer publiceras.

Apoteksbolagets läkemedelsstatistik för första halvåret 1992 visar, att försäljningen av inhalationsmedlen fortsätter att öka både för kortison (volymökning 39 procent) och betastimulerare (volymökning 7 procent). Perorala medel minskar. Många kunder

har alltså fått ändrad terapi och behöver aktiv information från både läkare, sköterska och apotek.

Försäljningen av PEF-mätare har ökat med 170 procent jämfört med 1991, vilket betydde cirka 12000 mätare första halvåret i år. De broschyrer och foldrar som finns på apoteken har tryckts i upplagor på 150–200 000 exemplar.

Först nästa år får vi en bra bild av hur Astmaåret har mottagits.

Delar av artikeln har varit införd i *Draco pro Medico*.

Författarpresentation

Britta Lisper, projektledare för Astmaåret -92.

Kan den kvalitativa metodologin bidra till att utveckla teorin om den allmänmedicinska praktiken?

LB0 6697

EVA LINDBLADH

Denna artikel är skriven med inspiration från Peter Olsson artikel "Kvalitativa metoder på frammarsch" i AllmänMedicin 3/92. Det övergripande budskapet är att visa varför allmänmedicinen behöver den kvalitativa metodologin, Samtidigt diskuteras i mer allmänna termer frågan om vetenskapliga kriterier för att bedöma kvalitativa studier.

Nyckelord: Kvalitativa metoder, allmänmedicin.

Helhetsperspektivet

Allmänmedicinens särart och styrka ligger i helhetsperspektivet, i den potentiella möjligheten att upptäcka sambandet mellan magsmärtan och tröttheten, mellan huvudvärken och familjeproblemen, arbetslösheten och den stigande alkoholkonsumtionen. Den allmänmedicinska kompetensen innebär en förmåga att skilja det väsentliga från det oväsentliga i det första mötet med mer eller mindre diffusa symtombilder. Det handlar om att upptäcka sociala och psykologiska omständigheter bakom ohälsa och smärta utan att förlora de tillstånd ur sikte, som har en renodlat medicinsk förklaring.

I den medicinska professionens hierarki har allmänmedicinen genomgående placerats långt ner och det är knappast den möjliga helhetsanalysen som har profilerat allmänmedicinen gentemot andra discipliner.

Även hos allmänheten möter man då och då uppfattningen, att till distriktsläkaren går man för att få lindring för bagatellartade åkommor eller för att bli remitterad till specialisten om man är sjuk på allvar. Eller att distriktsläkaren – det är doktorn som kan lite om mycket!

Frågan är hur det allmänmedicinska självmedvetandet ser ut. I det dagliga arbetet på en vårdcentral visar sig knappast den underliggande strukturen av sig själv. Här som i all annan verksamhet är man fångad i vardagens rutiner. Merparten av energin används till att uppfylla de kortsiktiga krav som ställs. Raden av deluppgifter som bryter sönder dagen i timmar och

minuter är ändlös. Det finns förvisso stunder av reflexion, då ett ögonblicks distans kan vinnas till det man dagligen sysslar med. Ögonblick då konturerna skymtar av en struktur, som kan binda samman fragmenterade upplevelser. Men i nästa stund har arbetets mångfald av detaljer på nytt tagit uppmärksamheten i anspråk. Sjukintyg ska skrivas, den nya blodtrycksmedicinen tas ställning till ...

Det är framför allt i vetenskapen som förutsättningarna skapas för att upptäcka och systematisera de samband, som är väl dolda i vardagens praxis. Men den teori som skulle kunna bidra till att lyfta allmänmedicinen upp ur anonymiteten och höja dess status är dåligt utvecklad. Det kan bero på en ofreflekterad anpassning till en naturvetenskaplig vetenskapssyn, som inte förmår reflektera och vidareutveckla allmänmedicinens sammansatta praktik.

I detta sammanhang kan den kvalitativa metodologin föras in i diskussionen och vi kan börja fundera över hur den ska brukas för att ge största möjliga kunskapsvinst.

Bedömningen av kvalitativ forskning

När den kvalitativa forskningen någon gång diskuteras i medicinska sammanhang, märks en tendens att förkasta de begrepp som är intimt förknippade med vetenskap – reliabilitet, validitet, förklaring, generalitet, objektivitet ... Man famlar efter nya bedömningsgrunder. "Den kvalitativa metoden får inte hamna i total relativism" påpekas i "Kvalitativa metoder på frammarsch" och blotta benämningen av en möjlig relativism borde vara ägnat att öka skepsisen hos den, som är på förhand tveksam till att inordna den kvalitativa forskningen under benämningen vetenskap.

Tillämpningen av kvalitativa metoder inom allmänmedicin (och inom folkhälsoforskning) är ännu en relativt ny företeelse. Attityden gentemot nya fenomen och förhållningssätt, som fortfarande står långt ifrån en allmän acceptans, karaktäriseras ofta av en ofruktbar pendling mellan ytterligheter. I relation till den kvalitativa forskningens inträde i medicinen visar sig detta ibland som en svängning mellan en lyrisk hyllning till de spännande kunskapsfält som de nya metoderna

verkar öppna och en osäkerhet om vari det vetenskapliga värdet i den kvalitativa forskningen egentligen ligger. Denna tvekan har sannolikt förgats av den omständigheten att den kvantitativa metodologin trots allt fortfarande håller dem som skolats till forskare inom medicinska discipliner i ett fast grepp.

För att motverka en olycklig vacklan mellan två var för sig inadekvata ståndpunkter, finns det anledning att poängtera, att valet mellan kvantitativa och kvalitativa metoder inte är en personlig och värderingsgrundad fråga. Det handlar i stället genomgående om att göra en strikt bedömning av redskapets lämplighet i förhållande till underlaget. Det handlar till exempel om vilken typ av kunskap man förfogar över i inledningsskedet. Finns det färdiga teorier att pröva? Eller saknas välunderbyggda förklaringsmodeller? I det senare fallet är den kvalitativa forskningsdesignen given.

Validitet – ett meningslöst begrepp?

Vi kan förvisso inte upprepa en kvalitativ studie och därigenom inte heller utföra några test på mätmetodens reliabilitet. Däremot kan det inte anses motiverat att avfärda validitetsbegreppet, vilket ofta görs, som irrelevant i förhållande till de data och slutsatser, som genereras i den kvalitativa forskningsprocessen. Tvärtom kan man uttrycka det som så, att styrkan i en studie som genomförts med kvalitativa metoder ligger i en maximal förutsättning för att uppnå en hög validitet. I den kvalitativa forskningsprocessen sker inte den sönderdelning av de studerade fenomenen, som utmärker den kvantitativa analysen, där enskilda variabler mäts isolerade från sociala sammanhang och kulturella miljöer. Om människors egna beskrivningar av händelser och upplevelser lämnas utrymme och om de studerade fenomenen tolkas i en helhet, blir sannolikheten för att vi verkligen mäter det vi avser att mäta hög.

I stället för att förkasta validitetsbegreppet bör diskussionen inriktas på att mer i detalj visa varför och på vilket sätt den kvalitativa forskningen just när det gäller validitetskriteriet har en säregen styrka i förhållande till de data som samlas in genom kvantitativa metoder.

Forståelse eller förklaring?

I sin recension av Bertil Carlssons bok "Kvalificerade forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap" (AllmänMedicin 3/92) säger Christer Petersson, att "Målet med kunskaps-sökandet inom den kvalitativa traditionen är snarare att öka förståelsen än att ge förklaringar och förutsägelser". Detta är ett omdöme som relativt ofta fälls om den kvalitativa forskningens kunskapsintresse. Det kan vara värt att dröja vid denna punkt, så att det inte uppstår en missuppfattning om begreppet förståelse.

Den kvalitativa metodiken är förankrad i en fenomenologisk kunskaps-teori, som kortfattat uttryckt innebär, att verkligheten tolkas och att det upplevda tinget inte betraktas som identiskt med tinget självt. Beroende på personliga livserfarenheter och på socialt och kulturellt betingade synsätt uppfattas patientrollen, vårdernas sjukdomssituationen, förstås hälsobudskapen på olika sätt. Endast i den kvalitativa forskningsprocessen kan fenomenen beskrivas från ett subjektivt upplevande perspektiv.

Men det är i detta sammanhang oerhört viktigt att betona, att en forskning som bedrivs med kvalitativa metoder inte är begränsad till att förmedla en förstående kunskap. Vetenskapens mål (även den kvalitativa) är att förklara verkligheten. Förståelsen kan i stället betraktas som ett steg på vägen mot förklaring.

Om vi till exempel vill besvara frågan varför det finns ett klassmönster i det hälsorelaterade livsstilmönstret, för att ta ett exempel från folkhälso-forskningen, kan två tänkbara moment urskiljas i en kvalitativ arbetsprocess.

Ett första steg kan beskrivas som ett sökande efter en kunskap om de subjektiva rationalitetsbegrepp (människor har för det mesta egna motiv till sitt handlande), som ligger bakom ett så kallat medicinskt riskbeteende. Ett andra steg kan sedan innebära, att det blir möjligt att visa hur materiella villkor och/eller klasskulturella normer fungerar som en mer eller mindre tvingande nödvändighet bakom "valet" av livsstil och det sätt på vilket den rättfärdigas.

Den förklaring som hör hemma i en kvalitativ forskningstradition återger inga enkla orsakssamband. Den redogör för en koppling mellan en subjektiv och en objektiv verklighet och kan i bästa fall visa hur mekanismer med olika ursprung påverkar det studerade fenomenet.

Gemensamma kriterier för vetenskaplighet

I en kvantitativ studie utgör teorin en given utgångspunkt. Hypoteser härleds och provas genom nya empiriska

analyser. I den kvalitativa forskningen är den naturliga gången omvänd, vilket innebär att teorier i stället växer fram ur data. Men i båda fallen gäller, att det sätt på vilket förbindelsen mellan empiri och teori upprättas kan betraktas som ett nyckelkriterium i bedömningen av arbetets vetenskapliga kvalitet. Teorin ska inte ligga som en påklistrad del vare sig i forskningsprocessens inledande eller avslutande skede. Den ska i stället arbeta i data.

Den kvalitativa studien utvecklar sin egen prövningsspraxis. Målet är ett förklarande mönster, som inte lämnar några vita fläckar. Det är kanske just detta som gör den kvalitativa forskningen till ett så fascinerande företag. Teorier tar form, som låter mångfalden av detaljer falla på plats. Nya data kommer till, som stör mönstret. Som inte kan förklaras. Den ännu bräckliga teorin förkastas eller utvecklas med hjälp av nya upptäckter, i en på förhand oförutsedd riktning.

En tät dialog mellan empiri och teori kan ses som ett gemensamt kvalitetskriterium för både en kvantitativ och en kvalitativ forskning.

En sparv i tranedansen?

En ensidigt kvantitativ forskning, som oförtrutet fortsätter att mäta samband mellan enskilda variabler, kan aldrig tillfredsställa fruktbarskriteriet i förhållande till den allmänmedicinska praktiken. Den kan med andra ord

omöjligen förmedla en kunskap, som kan skärpa medvetenheten i en allmänmedicinsk vardag och vidareutveckla kompetensen i det kliniska arbetet.

Ett uppbrott från en kvantitativ naturvetenskaplig forskningstradition, som envist bevarat sin hegemoni inom medicinen, kan ses som en nödvändighet om allmänmedicinen ska kunna profilera sin särart.

Det finns ett ovanligt nära samband mellan allmänmedicinens karaktär och den kvalitativa metodologin. Det gemensamma helhetsperspektivet borde innebära en konstruktiv harmoni mellan det allmänmedicinska fältet och forskningen om dess villkor och möjligheter.

I artikeln "Kvalitativa metoder på frammarsch!" listades en rad problemområden, planerade att utforskas med kvalitativa metoder. Listan upptog frågor av mycket varierande karaktär. Det som saknades var dock det övergripande projektet, att genom kvalitativ forskning utveckla teorin om den allmänmedicinska praktiken. Den behövs om allmänmedicinen ska bli något annat än en sparv i tranedansen, i forskning såväl som i kliniskt arbete.

Författarpresentation

Eva Lindblad, fil dr i sociologi.

Institutionen för klinisk samhällsmedicin
Malmö allmänna sjukhus
214 01 Malmö

RAKT IN I DEBATTEN!

Per Fugelli

HUSLÄKARE PÅ NYTT - MÖJLIGHETER OCH VISIONER

Allmänmedicinska artiklar, föredrag och fallbeskrivningar.
Med förord av *Göran Sjönell*.

Ur innehållet:

- *Vår ära och vår vanmakt och vägen fram. Förslag till en allmänmedicinsk ideologi.*
- *På igenväxta stigar - en liten domedag efter 10 år i forskning och praktik.*
- *Allmänmedicin allt-möjligt-medicin eller en väldefinierad klinisk specialitet?*

Beställ boken från Heidruns förlag, Box 118, 685 00 Torsby.
Tel 0560-13928 eller 11531.

Fraktfritt vid direkt inbetalning av 165 kronor till
Pg 59 58 44 - 2, Bg 5669-3179.

Naproxen Astra

(antiflogistikum, analgetikum)

med totalprodukt

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

Naproxen Astra

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

Astra Lakemedel AB 151 85 SÖDERMÄLIE

"Mor å far krigar å kulorna går genom mej"

Rapport från en konferens om barnmisshandel och omsorgssvikt

SVEN-OLOF ANDERSSON

Barnen hamnar i välfärdssamhällets sprickor. Där kan vi finna dem om vi söker och har förmågan att lyssna. Nomadbarnen, de som flyttar mellan föräldrar och familjer, ofta byter adress, skolor och barnomsorg, de säger: "Så fort jag fått en kompis så flyttar vi". Vårdnadsstridernas bondeoffer i vuxenvärldens schackspel säger: "Det är inte mig de vill ha. Det är rätten!"

Nyckelord: Konferensrapport, barnmisshandel, omsorg, sexuella övergrepp, prevention.

Dessa bilder från barnens värld visade Per Skjaellaaen, norsk barnläkare, vid den 5e Nordiska konferensen med Barnet i Fokus: Om barnmisshandel och omsorgssvikt, som hölls i Reykjavik 3-6 augusti 1992. Konferensen, som arrangerades av en kommitté med anknytning till ISPCAN, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, lockade cirka 400 deltagare från de nordiska länderna inklusive Grönland. Deltagarna kom från olika verksamheter såsom socialvård, barnpsykiatri, barnomsorg, barnhälsovård, skola, primärvård och polis. Konferensen var således tvärfacklig och visade upp en bred verksamhet med ett gemensamt mål: Att sätta barnets behov främst och att på olika sätt skydda barnet i dess utsatthet utan att för den skull överbeskydda det.

Ta ansvar för Din kunskap!

Kari Killén – norsk socionom som disputerat på barnmisshandel – höll inledningsföreläsningen om vanvård: "Vi måste ta ansvar för det vi vet", sa hon. "Vi får inte lämna barnen i sticket när de som bäst behöver oss. Annars förs problemen vidare till nästa generation. När föräldrarna inte registrerar barnens behov, fysiskt och/eller känslomässigt, måste vi kunna gripa in. Bristerna kan vara tillfälliga och då är samhällets stöd en investering. Om bristerna är mer kroniska, till exempel om föräldrarna är psykotiska eller omogna och aldrig har funge-

rat på mogen nivå, måste samhällets ingripande vara mera resolut och barnen bör definitivt placeras i en annan miljö." "Ibland måste vi hjälpa föräldrar att slippa vara föräldrar", sa Kari Killén. Arbetet måste bedrivas tvärssektoriellt och differentierat, individuellt, i familj och grupper och nätverket är viktigt. Syftet med vårt arbete är att förebygga smärta och kränkning hos barnet och reducera hinder för barnets utveckling. På så sätt förebygger ett barnfokuserat arbetssätt problem i nästa generation.

Under eftermiddagarna hölls 3-4 seminarier i fyra parallella sessioner med teman som "Barn i missbrukarmiljö", "Omsorg om barnen", "Förebyggande barnomsorg", "Sexuella övergrepp mot barn", "Resurser och behandling". Dessutom kunde man delta i redovisning av mer genomarbetade projekt under en hel eftermiddag.

Familjerådgivare på vårdcentral

I ett seminarium berättade distriktsläkare och familjerådgivare från en vårdcentral på Island om ett kontinuerligt och integrerat utvecklingsarbete på primärvårdsnivå. Familjerådgivaren arbetade inom ramen för MVC och BVC med stöd till föräldrar och unga familjer på olika sätt och ofta medan problemen var små och fortfarande hanterliga. Därmed bidrog verksamheten till en fördjupning av föräldrakompetensen och färre eller mindre konfliktfyllda separationer. Genom placeringen på vårdcentralen kunde familjerådgivaren lätt ge stöd till unga kvinnor och hela familjer. På detta sätt bidrog primärvården till förbättrade livsvillkor för barnen.

Svensk familjerådgivning arbetar i en helt annan tradition med betoning på sekretess, parsamtal och relationen mellan makarna isolerat från övriga instanser i samhället. Vi behöver kanske se över hur den kompetens som familjerådgivare besitter enklare och lättare kan komma människor till del i tidigt skede, till exempel genom integrering med primärvården enligt denna modell!

Graviditetspsykologi

BB på Karolinska sjukhuset har haft ett projekt med familjerådgivare som

handledare för personalen framför allt med sikte på föräldrautbildningen på BB. Hur bemöter och undervisar man nyblivna pappor så att de känner sig delaktiga och kompetenta? Med sjunkande vårdtider på BB kommer ansvaret för föräldrautbildningen också runt födelsen att hamna i primärvården. Har vi kompetens och resurser för detta? Eller blir kontakter med detta syfte, att fördjupa föräldrakompetensen för barnens skull, det första som stryks när resursbrist och marknadskrafter ska styra?

Mödravård kan alltför lätt få en obstetrisk-gynekologisk slagsida som förhindrar personlig mognad och bearbetning av föräldrarollen.

Graviditeten är en oåterkallelig process, en kroppsligt dramatisk händelse med risk för komplikationer och död och paret går mot en osäker framtid, vilket allt är faktorer som bidrar till den kris en graviditet och en ny familjemedlem medför. Det är därför inte egendomligt att skilsmässofrekvensen ökar under graviditeten och tiden närmast efter. Den psykologiska utvecklingen som äger rum i samband med en graviditet, både hos kvinnan och mannen, är viktiga för barnen. En psykolog från Stockholm berättade om sina föreläsningar i graviditetspsykologi för barnmorskor inom mödravården. Den initiala medvetenheten om graviditeten med oro, ambivalens, somatiska symtom och trötthet följs av inåtvändhet och ett skenbart lugn när det blivande barnet upplevs som en särskild individ och fosterrörelserna blir tydliga. Försvar luckras upp och kvinnan bearbetar relationen till sina föräldrar och sin barndom och utvecklar därmed en egen föräldraroll. Mot slutet av graviditeten stärks försvaren, den kroppsliga tyngden blir än mer påtaglig och väntan på barnet är mera tydlig.

Barnen i samhällsorganisationernas kaos

Idag föds vår civilisations 800e generation. Förändringen i livsvillkoren sker snabbare för varje generation och dagens 10-åring kan ofta mer engelska, mer om datorer och elektronik än sina föräldrar. Detta sa Baldur Kristjansson från Island som varnade för den politiska utvecklingen i norra Europa.

I USA är barnen och barnfamiljerna redan de stora förlorarna när det gäller makt och inflytande över samhällsutvecklingen.

Terje Ogden från Norge visade i sin föreläsning "Barn i ett organisatoriskt kaos" på samhällsapparatusens kris. Vi vidtar våra åtgärder framför allt utifrån organisationens utbud, inte utifrån behoven i samhället. Ett igenkännande sus gick genom universitetsaulan när han pekade på problemen med samordning: alla vill samordna, men ingen vill samordnas! Samordning ska ske på de egna villkoren. För att samordning och samarbete ska fungera, bör man ha

- formella regler för samarbetet;
- gemensamma mål;
- samarbete på alla nivåer, inte bara chefer, inte bara fotfolk;
- en administrativ, facklig eller kulturell överbyggnad som håller samman projekten;
- praktiskt och resultatorienterat arbete.

Uppsplittningen medför att mänskorna söker sig fram i organisationen på egen hand till ställen där de tror att de får hjälp. Resultatet blir ofta, att de får många råd men ingen hjälp. De blir kastbollar i systemet. Då behövs ett ställe att vända sig till, varifrån man kan följa dem i samhällsapparaten.

"Inte tror du väl att jag är sån ...!?" Monica Dahlström-Lannes, polis från Eskilstuna, författare till boken "Mot dessa våra minsta", berättade om sina erfarenheter av att möta och förhålla sig till män som begått sexuella övergrepp mot barn. Förövaren är ofta också ett offer med sår från sin barndom. Acceptera förövaren men inte brottet, tro att övergrepp förekommer och förläts ej av förövarens yttre. Bakom till synes välartade familjefasader kan finnas en tragisk verklighet, var hennes budskap.

Prevention av sexuella övergrepp

Kan man primärt förebygga sexuella övergrepp och annan barnmisshandel? Detta var ämnet för flera föredrag. Svaret var ja! Lärare och förskollärare är nyckelpersoner. Man stödjer barnen och lär dem att de kan säga nej och skydda sig. Detta är ett viktigt pedagogiskt arbete med kulturella inslag. Barnen ges möjlighet att vidga sin världsbild så att de vet vad övergrepp är och att de förekommer. De får ett språk som hjälper dem att beskriva obehagliga upplevelser, kränkningar och kroppsdelar så att de kan förmedla sina erfarenheter. Syftet är att skapa naturligt självhävande barn som vet sina rättigheter och som kan skilja på trygga och otrygga kontakter och beröringar. Programmet bygger på erfarenheter i USA, England och

Sverige och engagerar både barn och familjer. I samband med konferensens avslutning fick vi också se hur dockteater kan användas i detta arbete.

Utredning av barnmisshandel?

Ett genomgående tema i hela konferensen var behovet av ett tvärsektorielt arbete med ett gemensamt mål – omsorgen om barnens välfärd. Två norska barnpsykiatrer berättade om hur de byggt upp undersökningsrutiner och samrådsförfarande omkring barn som utsatts för sexuella övergrepp. I varje kommun/kommundel hade de byggt upp tvärfackliga team som stödde varandra i arbetet. Arbetet hade strukturerats, utbildning och känslomässig bearbetning för teammedlemmarna förekom regelbundet. Avsikten var att allt fler skulle få hjälp i "förstalinjetjänsten", det vill säga på den lokala vårdcentralen och socialbyrån, vilket mål man också hade nått och hade goda erfarenheter av.

Avslutningsdagen höll Staffan Mjönes, barnläkare från Sundsvall, en föreläsning om barnläkarens roll i barnmisshandel och omsorgssvikt. Att samtidigt vara ett stöd till barn och familj, kunna identifiera riskbarn och ingripa, kunna genomföra en rättsmedicinsk utredning är en svår roll.

Varningssignaler i det kliniska arbetet, till exempel vårdmönstret hos en familj måste tas på allvar. Man söker ofta för omotiverade orsaker, inte sällan akut eller man kommer sent i förloppet. Föräldrar som inte stödjer det kroniskt sjuka barnet, eller ljuger ihop symtom hos barnet med åtföljande

stora undersökningar och utredningar (Münchhausen-syndrom). Andra tecken är posttraumatiska stresssymtom med repetitiva glädjelösa ofta våldssamma lekar, begränsat känsloliv, lättväckt ångest, inte sällan hos flyktbarn.

I en avslutande föreläsning gavs etiska aspekter på våld mot barn av en isländsk professor. Hans åsikt var, att våld mot barn framför allt är en etisk och moralisk fråga och måste hanteras som en sådan.

Avslutning

Konferensen ägde rum på universitetet i Reykjavik och omramades av ett socialt program som omfattade besök på kulturhuset i Hafnafjörður och en festkväll i Thingvellur. Denna märkliga plats, mitt emellan amerikanska och euroasiatiska kontinentalsocklarna, har varit en plats för dialog mellan människor i 1000 år inom ramen för det isländska alltinget. Detta gav en speciell djupdimension åt hela konferensen. Vi måste tala med varandra också om det som är svårt och smärtsamt. Det kräver våra barn och framtiden av oss.

Nästa konferens äger rum om två år i Danmark. Den kan varmt rekommenderas till allmänläkare och personal inom mödra- och barnhälsovård och andra som möter barn och ungdom i alla åldrar.

Författarpresentation

Sven-Olof Andersson, distriktsläkare.

Mariehems vårdcentral
90651 Umeå

Kvinnors hälsa och utveckling

Women, Health and Development

Doktorandkurs vid Göteborgs universitet, Medicinska fakulteten. Distansutbildning

Medverkande: Patricia Stephenson, RN, ScD och Cecilia Björkelund, MD.

Lokal: Allmänmedicinska institutionen, Redbergsvägen 6, Göteborg

Antal deltagare: 20

Tidpunkt: 1993-02-04-05
1993-03-04-05
1993-03-31

Kursen kommer att ges på engelska

Ansökan före 1993-01-08. Ansökningsblankett rekvideras från Kansliet för medicin och odontologi, Medicinargatan 16, 413 90 Göteborg, tel 031-85 30 32.

Kontaktpersoner: Cecilia Björkelund, Allmänmedicinska institutionen, 031-37 77 68 eller Kerstin Segesten, Vårdhögskolan, 031-84 45 30.

Doktorander har förtur till kursen, men alla med högskoleutbildning inom vård och medicin kan söka.

Kursen avser att fokusera centrala frågor kring kvinnors hälsa, frågor av vikt för forskare, planerare, administratörer och praktiker inom hälsoområdet. Kursen tar upp ekonomisk välfärd, könsskillnader i hälsa, barnafödande och familjeplanering, kvinnlig cancer och mycket annat. Områdena belyses ur epidemiologisk och programaspekter och konsekvenser för hälsoplanering diskuteras. Olika FN-organs policyuttalanden utgör utgångspunkt. Fallbeskrivningar, problemlösningssamtal och övningsuppgifter utgör den pedagogiska grunden.



• Mr



Bli varse det du ser!

Om väntrumslitteraturens dolda budskap och dagens folkmedicin

BODIL PERSSON

Väntrummet är en viktig plats på varje sjukhusmottagning och vårdcentral. Det brukar vara inrett med krukväxter och tavlor och patienterna kan fördri- va väntetiden genom att studera utlagd litteratur. Denna förströelse kan vara mer eller mindre didaktiskt genomtänkt, bestå av små broschyrer med information från försäkringskassan och apoteket, religiösa tidskrifter typ Evangelii Häreld eller olika patientföreningars tidskrifter. Omtänksam personal brukar också ta med sig sina utlästa Allers och Hemmets Veckotidning hemifrån.

Härförleden då jag var jour gjorde jag en snabb inventering av denna väntrumslitteratur. Patienterna hade där möjlighet att läsa om Katarina som bara hade några timmar kvar att leva. "Endast ett mirakel kunde rädda henne". Och miraklet kom i form av en levertransplantation. Rosa var stum i tre år efter en bilolycka, men en dröm gav henne talförmågan tillbaka. I det till veckotidning nödortfittigt kamouflerade reklambladet "Hälsö-Kuriren" fick man samtidigt veta hur "migränen försvann och tänderna växte fast" med hjälp av naturmedlet Bio-Qinon. Interfolierat mellan dessa upplevelseberättelser presenterades den rikskända synska Saida, spåkvinnan Cecilia Olsson i Luleå och den synske Kurt Svensson i Billeberga.

Dessa berättelser om undermedel, mirakel och helbrägdagörare stämmer dåligt överens med den biomedicinska skolning vi läkare har fått. Men veckotidningarna är fulla av denna sorts artiklar, vilket inte kan vara en slump. Uppenbarligen läses de. Veckotidningsredaktörerna vet vad folk vill ha och ger dem det.

Mina egna patienter kan berätta om besök hos naturläkare som analyserar kopparhalten i hårstrån, homeopater och irisskådare. Tillräckligt långt borta från mottagningen nås mina öron också av rykten om traktens handpåläggare, som ställer diagnos genom att läsa klientens namnteckning. Dessa "kloka" har inte försvunnit som en följd av biomedicinens segertåg. Tvärtom! De existerar här och nu, i Sverige anno 1992.

Det medicinska systemets tre sektorer
En amerikansk antropolog och psykiater, Arthur Kleinman, har utarbetat en modell som dagens medicinantropologer ofta hänvisar till (1). I denna

delas ett samhälles medicinska system in i tre sektorer. Själva tillhör vi den *vetenskapliga* sektorn, där sjukvård erbjuds enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och enligt en biomedicinsk modell. Patienterna befinner sig i den *vardagsmedicinska* sektorn. Här klarar man med egenvård av 70–80 procent av alla sjukdomsepisoder och tar vid allvarigare åkommor beslut om när och var man ska söka hjälp. Efter konsultationen drar man sig tillbaka till denna sektor för utvärdering av resultatet.

Det är inte självklart att det alltid är i den vetenskapliga sektorn som hjälpen enligt patienten finns att få. Det existerar nämligen också en tredje sektor, den *folkmedicinska*, i vilken ingår ett brokigt utbud av homeopater och irisskådare, zonterapeuter och religiösa handpåläggare. Från en skolmedicinsk utkikspunkt kallar man denna sektor för vidskepelse och humbug.

Dessa tre sektorer, den vetenskapliga, den vardagsmedicinska och den folkmedicinska, bildar en helhet, vilken kallas "det medicinska systemet", "sjukvårdssystemet" eller "hälsoomsorgssystemet". Representanter för de tre sektorerna återfinnes på de flesta håll i världen, men innehållet i sektorerna kan variera. Den vetenskapliga sektorn representeras oftast av vår västerländska skolmedicin.

Folkmedicinens huvudkategorier

Nyligen har i Norge utkommit en avhandling skriven av två etnologer, Bente Gullveig Alver och Torunn Selberg (2). Dessa delar in den nutida folkmedicinska sektorn i två huvudkategorier: naturläkare och "kloka". De förra har en viss formell utbildning, bygger sina teorier på olika "skolor" och annonserar i dagspressen om sin verksamhet. De senare annonserar inte och har ingen formell utbildning. Dessa "kloka" helbrägdagör genom handpåläggning. Information om deras verksamhet sprids som vi har sett delvis genom artiklar i den koloretrade veckopressen, men de viktigaste informationskanalerna är muntliga. Sägner om mirakulösa helbrägdagörelser knyts till den lokale botaren och blandas med egenupplevda vardagsberättelser från personer som själva har varit där.

Denna grupp av "kloka" kan dels ses som en del av det moderna sjuk-

vårdssystemet i Kleinmans mening. Samtidigt ingår de i en större folklig föreställningsvärld, en kollektiv tradition där kunskap förmedlas från generation till generation, en kunskap som vi alla har mer eller mindre del i. Föreställningar om hälsa och sjukdom har här en central position och kan kopplas samman med föreställningar om lycka och olycka inom andra viktiga områden i livet – kärlek, reproduktion och produktion.

Folkmedicinen som "medicin"

I porträttform skildras utförligt fem olika botare. Några av dem överför naturens kraft genom växter. Andra har "varma händer". De upplever sig vara förmedlare av "gudomskraft" och "universella energier" och i behandlingssituationen märker de hur de töms på denna kraft. Skildringarna är långa och utförliga och så intensiva att de två etnologerna ansett sig tvungna att särskilt påpeka att det är *botarens* föreställningsvärld som skildras, inte deras egen. Det är främst patienter med diffusa oklara diagnoser och med kroniska eller livshotande sjukdomar som söker sig till dessa former av vård.

Folkmedicinen och kulturen

Folkmedicinen är också en del av en större föreställningsvärld. Det syns enligt Alver & Selberg tydligast i äldre traditionsmaterial. Balans/obalans är här viktiga begrepp. Obalans mellan människorna kunde föra till avundsjuka och trolldomsanklagelser. Obalans i förhållande till de osynliga makterna förde till vantrivsel i vardagslivet. Sjukdom kunde inte skiljas från andra olyckor och hälsa jämfördes med viktiga värden i samhället knutna till produktion och reproduktion. Lokalsamhällets "kloke" var experten som kunde ställa allt till rätta igen.

Dagens patient kan samtidigt använda flera referensramar i vilka han/hon tolkar sina sjukdomsupplevelser. En troende kristen relaterar sin sjukdom till en kristen referensram, där sjukdom innebär att man är utvald att provas av Gud. Den kristne kan samtidigt använda ett referenssystem inom vilket läkare och specialister spelar en central roll. Att gå till en religiös helbrägdagörare kan betyda att man tror på Gud – eller att man tror på botaren själv och hans kraft.

Idag förekommer också utbredda föreställningar om "universella ener-

gisystem" och deras betydelse för balansen i tillvaron. I bakgrunden figurerar omtolkat till en folklig nivå en rad vetenskapliga teorier allt ifrån 1700-talets universella magnetiska "fluidum" till vår tids kvantfysik. Den botande kraften kan inom denna referensram tolkas som elektricitet eller magnetism.

De folkliga behandlarna anpassar sig till folks behov och tidens idéströmningar. Folk å sin sida använder det som dessa behandlare står för var och en på sitt sätt och får det därmed att passa in i den egna föreställningsvärlden. I dynamiken mellan den kloke och hans miljö skapas och återskapas folktron fortlöpande i konsultationen och upplevelseberättelserna. Föreställningarna om disharmoni och olycksöde uttrycker en kontinuitet bakåt till äldre tiders folkliga föreställningsvärld. Variationen ligger i det sätt på vilket denna obalans och olycka upplevs, förklaras och uttrycks.

Kvinnoperspektivet

Det är ingen slump att veckotidningarnas upplevelseberättelser domineras av kvinnor. De står för merparten av samhällets vård och omsorg och är också den folkliga föreställningsvärldens viktigaste traditionsbärare. Reumatikersjukhusens kvinnosalar utpekade som formliga informationscentraler, där kunskap om olika botare och den folkliga medicinen förs vidare. De manliga patienterna diskuterar inte

sina sjukdomar med varandra.

Sjukdom innebär ett tillstånd där man inte kan fullgöra sina normala skyldigheter. Om sjukdomen är häftig och akut har patienten något reellt att peka på som utan större svårigheter accepteras av omgivningen. En smygande sjukdomsdebut innebär en sämre förhandlingsposition – ty var går då gränsen mellan det tillstånd då man klarar sina ordinarie sysslor och då man inte anses göra det? En man signalerar sin sjukdom genom att stanna hemma från arbetet. En kvinna med ansvar för familj och hushåll har en del av sitt "ordinarie" arbete runt omkring sig, vilket också det innebär en sämre förhandlingsposition. Hon har svårt att få gehör för att hennes kroniska värk eller diffusa obehagsupplevelser är sjukdom värd att tas på allvar.

Folkmedicinens funktion

Önskan att få en förklaring till obehagen och legitimitet som sjuk, drömmen om att genom ett mirakel befrias från smärtorna eller återvinna fullkomlig hälsa kan vara orsaker till att en del av våra patienter prövar dessa i våra ögon underliga terapier. Folk med eksem och astma, reumatisk värk och fibromyalgi, förtvivlade cancerpatienter och folk med diffusa svårdefinierade symtom söker sig till denna del av den folkmedicinska sektorn.

En del av patienternas förväntningar på de "kloka" överför de också på

oss läkare. Den "kloke" är synsk. Han kan bara genom att titta på eller ta i den sjuke tala om vad som fattas honom. Det kan inte förnekas att jag ibland själv önskade mig vara i besittning av denna förmåga!

Denna folkliga tradition förmedlas också inom de skolmedicinska institutionernas väggar, i vårdavdelningarnas sjuksalar och i väntrumslitteraturen. Den fungerar som en dold underström i vårt moderna medicinska system. En inblick i den ger förhoppningsvis en bättre förståelse av våra patienter, deras vardagsuniversum och syn på vad som är sjukt och friskt. För den med intresse åt detta håll är böcker med medicinskt antropologiskt innehåll mycket givande läsning.

Referenser

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley, 1980.
2. Alver BG, Selberg T. Det er mer mellom himmel og jord. Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling. Vett & Viten A/S, 1992.

Författarpresentation

Bodil Persson, distriktsläkare.

Vårdcentralen
295 35 Bromölla

Primärvårdsdiagnoser för datorjournal

ANNIKA BRORSSON · STEFAN HENNINGSSON · AGARD HÅKANSSON

LB 06700

Under vintern 1991–92 har vi utarbetat ett förslag till sökordsregister/nomenklatur avseende primärvårdsdiagnoser för datorjournal. Syftet med sökordsregistret är att anpassa primärvårdsversionen av ICD-9 till sökordsbaserad datorjournal i allmänmedicinsk verksamhet.

I stället för att arbeta med enbart koder, där användaren sedan fritt har kunnat välja benämning på diagnosen/problemet har vi valt att formulera ett visst urval av benämningar till varje primärvårdsdiagnoskod.

Kopplingen mellan koder och benämningar är i enlighet med överföringen av ICD-9 till primärvårdsklassifikationen. Vidare har formulering och urval av benämningar skett med hänsyn till den allmänmedicinska vardagsverksamhetens problempanorama. Varje kod kan motsvaras av flera benämningar, dels på grund av att vissa primärvårdsdiagnoskoder innefattar flera tillstånd, dels på grund av

att variationer i praxis också medför behov av synonymer.

Kopplingen kod/benämningar ger möjlighet till jämförelser mellan vårdgivare respektive mellan enheter, vilket är av betydelse för uppföljning av verksamheten såväl kvalitativt som kvantitativt.

Den språkliga utformningen har skett i enlighet med principer som presenteras i särskild bilaga.

En angelägen princip som bör eftersträvas är att sökordsregister (begreppslexikon/termkataloger) inte är enskilda leverantörers egendom och kostar pengar. Vi donerar därför vårt arbete till "den allmänna domänen", fritt för var och en att använda (även i datorjournalssystem) och sprida under förutsättning att inga avgifter tas ut. I gengäld önskar vi:

- att källan skall citeras vid spridning av sökordsregistret, dvs att copyrightnotisen i början av listan ej tas bort;

- att få ta del av gjorda modifieringar och tillägg;
- att vid spridning av modifierad lista uppdateras copyrightnotisen i början av listan med datum samt namn och adress för de personer som svarar för ändringarna.

All försäljning eller uttag av avgift för registret är förbjuden.

Kopia av registret kan beställas från författarna. Vi är tacksamma för alla synpunkter och kommentarer.

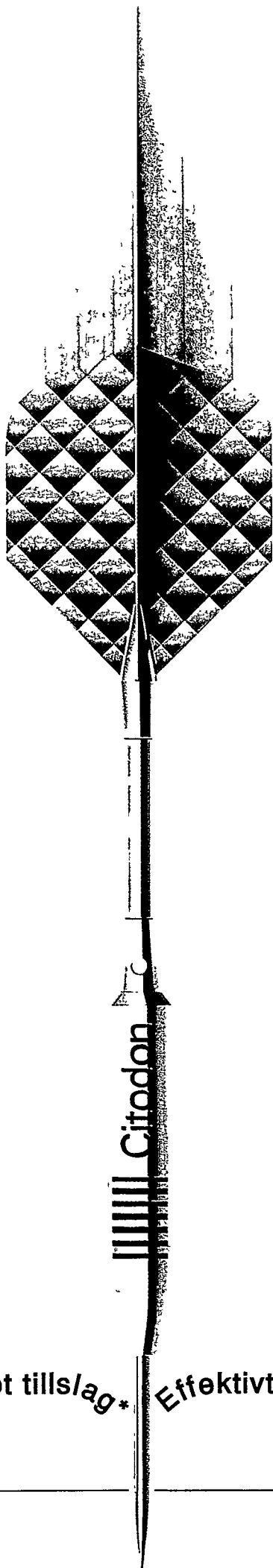
Författarpresentation

Annika Brorsson och Agard Håkansson, distriktsläkare.

Sorgenfrimottagningen
Nobelvägen 56
214 33 Malmö Tel 040-33 54 69

Stefan Henningsson, distriktsläkare.

Vårdcentralen Granen
Grangatan 11
212 14 Malmö Tel 040-33 54 34

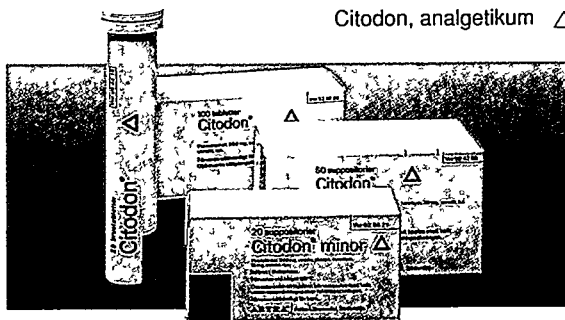


Citodon[®]

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

Chlamydia pneumoniae, en ny luftvägspatogen

LIBO 6701

IVAR LUND OLSEN · HÅKAN GNARPE

Akuta luftvägsinfektioner är ett av de vanligaste sjukdomstillstånden i befolkningen; de föranledde cirka 14 procent av alla läkarbesök vid Vallhavs hälsocentral 1991. Vid Tierps vårdcentral orsakades 12–14 procent av alla läkarbesök av akuta luftvägsinfektioner under perioden 1980–85 (1). Bland många kända orsaker till luftvägsinfektioner har nyligen ytterligare en mikrob uppmärksamats i amerikanska (2–4), finska (5) och svenska undersökningar (5–7). Denna nyligen beskrivna bakterie heter Chlamydia pneumoniae. Den är nära besläktad med Chlamydia trachomatis fastän spridningen sker på helt annat sätt. I det följande presenteras några karakteristiska egenskaper hos bakterien samt två mindre undersökningar gjorda inom primärvården i Sandviken.

Nyckelord: Chlamydia, akuta luftvägsinfektioner, övre luftvägsinfektioner, serologi.

I en undersökning av blodgivare i London 1978 kunde Darougar och medarbetare (8) påvisa antikroppar mot Chlamydia hos nära 20 procent av 20000 undersökta. Efter noggrann undersökning visade det sig att antikropparna var riktade mot den sexuellt överförda C. trachomatis hos två procent, medan resterande antikroppar var riktade mot ett "nytt" smittämne, som då kallades "atypisk Chlamydia" men som sedan kunnat artbestämmas till C. pneumoniae. I artikeln förutsetts att denna "atypiska Chlamydia" måste förekomma vid luftvägsinfektioner av lindrigt slag eftersom förekomsten av antikroppar är så allmän.

Mikrobiologi

C.pneumoniae växer liksom C.trachomatis och C.psittaci intracellulärt i värdcellen.

Odling av C.pneumoniae ansågs tidigare vara svår, men 1990 gjordes ett genombrott i och med att man hittade ett cellslag som väl lämpade sig för odling. Detta cellslag är humana lung-

celler (HL) (9). Genom användande av denna cellinje har man lyckats isolera C.pneumoniae också från friska individer (10) varav en del sedermera visat sig insjukna i akuta luftvägsinfektioner. Vid avläsning av odlingarna använder man sig av indirekt immunfluorescens teknik (MIF) efter färgning med monoklonala antikroppar.

Genom serologiska undersökningar kan man ofta avgöra huruvida en individ exponerats för C.pneumoniae eller ej. Den idag rekommenderade tekniken är MIF. Beroende på mängden (titer) av antikroppar och beroende på vilken immunglobulinklass de tillhör, kan man ofta avgöra om de funna analysvärdena ska anses tyda på aktuell infektion eller ej.

Efter genomgången infektion får patienten ofta humoral antikroppar. Dessa kommer relativt sent och kan dröja 6–8 veckor efter det akuta skedet. För att kunna styrka en aktuell infektion bör alltid blodprov tas i såväl det akuta skedet som under konvalescensperioden, med 4–6 veckor mellan proven. Exponering för C.pneumoniae anses föreligga om MIF ger en inverterad titer på 64 eller mer av IgG, eller 16 eller mer av IgA. En fyrfaldig titerstegring alternativt en isolerad hög IgM-titer kan anses bevisa en aktuell infektion. Uteblir titerstegringen, visar detta på en tidigare genomgången infektion. Huruvida given antibiotikabehandling påverkar utvecklingen av antikropps nivåerna är inte känt.

Klinik

C.pneumoniae orsakar övre luftvägsinfektioner utan kliniska särdrag som skiljer denna från ÖLI orsakade av andra agens (11). Av alla pneumonier orsakas 6–10 procent av C.pneumoniae. Svårighetsgraden varierar från milda till sjukhusvårdskrävande tillstånd. Fatale fall har även setts hos patienter med kronisk allvarlig sjukdom (12,13).

Antibiotikakänslighet

Eftersom C.pneumoniae växer intracellulärt, krävs antibiotika som penetrerar intracellulärt för att få effekt. Alla betalaktamderivat (penicilliner och cefalosporiner) är därmed oanvändbara.

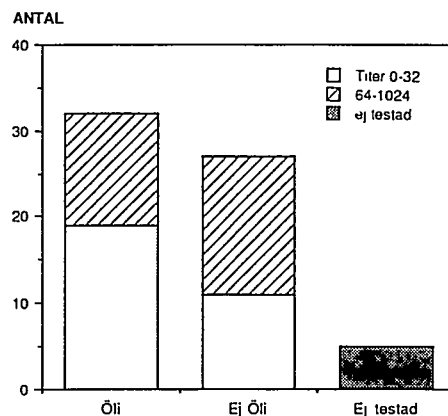
Praktiskt användbara preparat med dokumenterad klinisk (och mikrobiell) effekt är tetracyklingruppen, framför allt doxycyklin och lymecyc-

lin, makrolidantibiotika (erythromycin men även de senare registrerade substanserna roxithromycin och clarithromycin). Åtminstone några av de nya kinolonderivat kan också användas (sparfloxacin, ofloxacin).

Egna undersökningar

I tidigare undersökningar i vårt närområde kunde man visa att antikroppar mot C.pneumoniae förekom i hög prevalens och att prevalensen var beroende av åldern och vilken patientgrupp som undersöktes (14).

1. I samband med en hälsoscreening 1990 av tjugofem 40-åriga män och trettionio 45-åriga kvinnor undersöktes dessa också med avseende på förekomst av antikroppar mot C.pneumoniae. 40 procent av dem som uppgav sig ha haft ÖLI senaste året hade antikroppar mot C.pneumoniae jämfört med 52 procent hos dem som förnekade sådan (Figur 1). Detta kan tolkas så att C.pneumoniae ofta ger upphov till subkliniskt förlöpande infektioner eller att en titerstegring kan kvarstå i mätbara mängder under flera år, kanske kan också en kombination av båda förklaringarna vara aktuell.



Figur 1. IgG-titer mot C. pneumoniae och uppgiven öli hos 64 personer som deltog i hälsoscreening 1990.

2. På 34 patienter (26 män och 8 kvinnor) som sökte vid vår hälsocentral under perioden mars–april 1991 för akut ÖLI gjordes odling av C.pneumoniae. Positiva odlingsisolat erhöles från fem individer (15 procent). Detta är en högre förekomst än vad en samtidigt i Gävle genomförd undersökning av friska människor, som sökt sjukvårdskontakt för vaccination inför utlandsresa, uppvisar (B Sundelöf, personligt meddelande).

Antikroppar mot *C.pneumoniae* påvisades hos en högre andel av dessa patienter än för patienterna i hälsoscreeningssgruppen (se Tabell).

Tabell 1. Antikroppar mot *C.pneumoniae* hos personer med ÖLI respektive friska personer.

Titer	ÖLI-grupp	Hälsoscreening
0-32	38%	47%
64-1024	62%	45%
ej testad	0%	8%

Fallbeskrivning I

32-årig kvinna söker för 3-dagars sväljningssmärta och huvudvärk sedan sju dagar och ett par dagar med lätt feber.

I status noteras svullna röda tonsiller utan beläggning, svalget rött med blåsor på bakkväggen, för övrigt inget anmärkningsvärt. På misstanke om bakteriell infektion, gavs patienten behandling med Penicillin V. Odlingen visade sedan växt av *Chlamydia pneumoniae*.

Fallbeskrivning

20-årig kvinna som söker för ett dygns andningskorrelerad smärta bakom bröstbenet. Har känt sig förkyld sedan flera veckor, men uppger att hon varit snuvig med gulgrönt sekret sedan en vecka. Har produktiv och torrhosta sedan en vecka. Ingen feber eller huvudvärk. Vid undersökningen finner man rodnad i svalget och gombågar. Enstaka svällda lymfkörtlar bilateralt på halsen. Lungor utan anmärkning. På misstanke om bakteriell bronkit, fick patienten behandling med Kåvepenin. Odlingssvar visade växt av *Chlamydia pneumoniae*. Kvinnan erbjöds behandling med Doxycyklin, men hade tillfrisknat och avstod från vidare behandling.

Sammantaget kan sägas, att den nyligen beskrivna *C.pneumoniae* är en luftvägspatogen, som tycks vara allmänt förekommande. Göran Falk har nyligen publicerat fallbeskrivningar på patienter med långdragna recidiverande förlopp samt uttalad trötthet (15). Hos de fall av *C.pneumoniae* infektioner vi identifierade, kunde inga kliniska särdrag urskiljas.

Eftersom numera såväl odlingsdiagnostik som serologisk diagnostik av bakterien är möjlig och eftersom bakterien kan behandlas med relativt billiga antibiotika, bör man ta denna nya bakterie i beaktande vid infektioner i luftvägarna.

Referenser

- Bylander A, Ekendahl C, Engqvist S, Holm SE et al. Infektioner i övre luftvägarna. Stockholm: Eli Lilly Sweden AB, 1991:2-5.
- Grayston JT, Kuo C-C, Wang S-P, Altman J. A new *Chlamydia psittaci* strain, TWAR, isolated in acute respi-

ratory tract infections. *New Engl J Med* 1986;315:161-8.

- Marrie TJ, Grayson JT, Wang S-P, Kuo C-C. Pneumoniae associated with the TWAR Strain of *Chlamydia*. *Arch Int Med* 1987;106:507-11.
- Grayston JT, Mordhorst C, Bruu AL, Vene S, Wang S-P. Countrywide epidemics of *Chlamydia pneumoniae*, strain TWAR, in Scandinavia, 1981-1983. *J Infect Dis* 1989;159:1111-4.
- Huovinen P, Lahtonen R, Ziegler T, Meurman O, Hakkarinen K, Miettinen A, Arstila P et al. Pharyngitis in adults: The presence and coexistence of virus and organisms. *Ann Intern Med* 1989;110:612-6.
- Persson K, Treharne J. Diagnosis of infection caused by *Chlamydia pneumoniae* (Strain TWAR) in patients with "Ornithosis" in Southern Sweden 1981-1987. *Scand J Infect Dis* 1989;21:675-9.
- Persson K. Epidemiological and clinical aspects on infections due to *Chlamydia pneumoniae* (Strain TWAR). *Scand J Infect Dis Suppl* 1990;69:63-7.
- Darougar S, Forsey T, Brewerton DA, Rogers KL. Prevalence of antichlamydial antibodies in London blood donors. *Brit J Vener Dis* 1980;56:404.
- Kuo C-C, Grayston JT. A sensitive cell line, for isolation of *Chlamydia pneumoniae* strain TWAR. *J Infect Dis* 1990;162:755-8.
- Gnarpe J, Gnarpe H, Sundelöf B. Endemic prevalence of *Chlamydia pneumoniae* in healthy persons. *Scand J Infect Dis* 1991;23:387-8.
- Grayston JT, Campbell LA, Kuo C-C, Mordhorst CH, Saikku P, Thom DH

et al. A new respiratory tract pathogen: *Chlamydia pneumoniae* Strain TWAR. *J Infect Dis* 1990;161:618-25.

- Grayston JT, Wang S-P, Kuo C-C, Campbell LA. Current knowledge on *Chlamydia pneumoniae*, Strain TWAR, an important cause of pneumoniae and other acute respiratory diseases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1989;8:191-202.
- Sundelöf B, Gnarpe J, Gnarpe H, Darougar S. Infection with *C.pneumoniae*. In: Bowie WR, Cadwell HP, Jones RP, Mårdh PA, Ridgway GL, Schachter J et al (Eds). *Chlamydial infections*. Cambridge University Press. 1990:426-8.
- Gnarpe H, Gnarpe J, Unge P, Sundelöf B. *Chlamydia pneumoniae* in acute myocardial infections. In: Mårdh PA, Saikku P (Eds). *Chlamydial infections of the genital and respiratory tracts and allied conditions*. Uppsala: Centre for STD Reserach, Uppsala university. 1991;84-90.
- Falk G, Engstrand J, Persson K. TWAR-infektion vanlig diagnos vid öppenvårdsmottagning. *Läkartidningen* 1992;89:1473-6.

Författarpresentation

Ivar Lund Olsen, distriktsläkare.

Vallhavs hälsocentral
Vallhovskroken 3
81137 Sandviken

Håkan Gnarpe, Med dr, docent, chefsöverläkare.

Klin mikrobiol laboratoriet
Länssjukhuset
80187 Gävle

NORDISKT FORSKARSEMINARIUM

Validitetskriterier och generaliseringsproblem i allmänmedicinsk forskning med kvalitativa metoder.

Seminarier arrangeras för nordiska allmänmedicinare med erfarenhet av att arbeta med medicinskt-humanistiska problemställningar med hjälp av insamling och bearbetning av kvalitativa data.

Den nordiska allmänmedicinska forskningsmiljön är, i jämförelse med den internationella forskningen, långt framme på det här området. Det är en angelägen uppgift att utveckla metoder som gör det möjligt att specifikt utforska de mellanmännsliga aspekterna av sjukdom och behandling. Ytterst är syftet, precis som i annan medicinsk forskning, att bidra till att höja professionaliteten i läkarens arbete.

För att säkerställa hög kvalitet i denna typ av forskning är det nödvändigt att fördjupa sig i frågor om validitetskriterier och generaliseringsproblem. De kritiska diskussionerna kommer att utgå från deltagarnas egna forskningserfarenheter och projektens fortsatta utveckling, att vara i fokus.

Tid: 25-28 mars 1993

Plats: Hotell Fjordgården, Ringkøping, Danmark

Deltagare: Max 20 allmänmedicinska forskare från de nordiska länderna

Arrangörer: Nordiska arbetsgruppen för kvalitativa metoder i allmänmedicinsk forskning.

Lärare: Gert Almind och Inga marie Lunde, Danmark.
Kirsti Malterud och Marit Hafting, Norge.
Carl Edvard Rudebeck, Sverige.

Kostnad: Deltagarna står för resan. Kostnad för kost och logi blir ungefär 3000 DKR. förhoppningsvis kan detta komma att reduceras (fondbidrag har sökts). Ingen kostnad utgår för själva seminariet.

Anmälan: Senast 1 februari 1993 till sekreterare Eva Spect, Den Medicinske Forskningsenhet, Torvet, DK-6950 Ringkøbing. Tel 08-32 08 66, lokal 7010.

NYHET!

Enklare att starta tilläggsbehandling vid hjärtsvikt.



ACE-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 lisinopril
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.

Rapport från ett journalarkiv *LB 06702* – "vårdtyngdsmätning" i primärvård

LARS-GÖRAN EDSTRÖM

För att närmare undersöka vad som tycks bereda allmänläkaren störst och flest medicinska problem har en journalstudie genomförts. Journalmaterial har hämtats från en vårdcentral i ett upptagningsområde om cirka 12.000 invånare och med en stor "vårdcentralstrogenhet".

Nyckelord: Problempatienter, vårdtyngd, allmänmedicin.

Metod

Det tycktes naturligt, att patienter med de tjockaste journalerna hade berett oss flest problem. Därför utplökades ur arkivet de fem tjockaste journalmapparna registrerade under varje födelsedag 1 till och med 30, det vill säga sammanlagt 150 journaler. Dessa studerades och diagnosfördelningen framgår av Tabell I. Vårdtyngden uttrycktes i kilogram journalvikt.

Jämförelsematerial: Som ett tvärsnittsmaterial av primärvårdspatienter användes 150 journaler för tillfället på väg in i arkivet efter utskrift.

Resultat

Diagnosfördelningen framgår av Tabell I.

Som kunde förväntas, representerade de stora områdena hjärt-kärlsjukdomar, ledsjukdomar och diabetes en stor del av materialet. Det rörde sig här om mångårigt sjuka människor med behov av täta regelbundna kontroller.

Till hjärt-kärlgruppen hänförs såväl ren hjärtsjukdom som cerebrala cirkulationsrubbingar etc. I ledsjukdomsgruppen ingick tio patienter med avancerad arthros, spinalstenos etc, samt fyra reumatiker i stadium III-IV.

Till grupp 4 "multidiagnos" hänför-

TABELL I. Diagnosfördelning problem-patienter
N – Tjocka journaler 150 stycken.

	N	%
1. Hjärta-kärl	48	32,0
2. Ledsjukdomar	14	9,4
3. Diabetes	12	8,0
4. Multidiagnos	8	5,3
5. Psykiatri	4	2,7
6. Övrigt	2	1,3
7. Ospecifik diagnos, smärtpatienter	62	41,3
	150	100,0

des patienter med kombinationer av grupperna 1–3, där den enskilda diagnosen inte kunde motivera antalet besök men kombinationen gjorde sjukvårdsbehovet stort.

De fyra psykiatrifallen utgjordes av kroniska neuroser med mångårig vårdcentralskontakt.

Vid tiden för studien fördes ej diagnosregistrering. Om registrering sker, åsätts alla patienter en mer eller oftast mindre relevant diagnos även vid ospecifika symtom.

Ur det studerade materialet utkristalliserade sig en grupp "tjockjournalpatienter" utan någon säker diagnos som rimlig förklaring till täta besök och genomförda utredningar. Denna grupp var i det studerade materialet den enskilt största gruppen omfattande 62 patienter, det vill säga nästan hälften av materialet.

Gruppen utgjordes till dominerande del av smärtpatienter omfattande symtom såsom huvudvärk, nacke-skulder-ryggbesvär, ledbesvär men även mage, hjärta, cirkulations- och andningsproblem. Ingen enskild diagnos kunde hos dessa patienter ställas i någon rimlig proportion till journalens tjocklek och patientens subjektiva upplevelser av ohälsa och därvid hög sjukvårdskonsumtion.

Utmärkande för gruppen var att patienterna var synnerligen väl utredda med alla upptänkliga prover och några till (förvånansvärt många VMA, 5-HIAA-analyser) Dessutom hade remiss för specialistkonsultation skrivits ibland flera gånger till samma specialist och patienten hade även sökt själv på olika håll. Laboratorie-, röntgen- och konsultdelen i dessa journaler var ofta dominerande över antalet journaltextsidor. Många patienter i gruppen hade samtidigt ett flertal olika läkarkontakter och framför allt organ-specialistkonsultationer.

Trots omfattande medicinska utredningar och tankemödor hade man ej kunnat sätta ett namn på patientens sjukdom ej heller få dem att må bättre.

Efter att närmare ha studerat 150 "problemjournaler" tycks det uppenbart att vi har goda instrument för att diagnostisera och behandla sjukdom. Däremot råder det stora brister i vårt sätt att hantera mer ospecifika symtom. Det tycks som om vi envisas med att applicera våra disease-instrument utan att lyckas påverka patienternas "illness".

Som ett mått på vårdtyngden användes i detta fall vikten av journalerna mätt i kilogram. Det studerade materialet omfattande 150 "problemjournaler" vägde 47,8 kg att jämföras med ett tvärsnittsmaterial på 150 slumpvisa journaler som endast vägde 14,4 kg. Dessa siffror må tala för sig själva och förhoppningsvis leda till en och annan eftertanke.

Författarpresentation

Lars-Göran Edström, distriktsläkare (vid tiden för studien distriktsläkare vid Sövedalens vårdcentral)

Särö vårdcentral
43040 Särö

Medicin och filosofi – en introduktion

INGVAR JOHANSSON
NIELS LYNÖE

Stockholm: Almqvist & Wiksell,
1992.

134 sidor.

Man kan vara en utmärkt läkare och säkert en god vetenskapsman, utan att vara särskilt väl bevandrad i filosofiska frågor. Därmed inte sagt att filosofin är onödig eller likgiltig. Inom dess domäner finns de mest utvecklade metoderna för att granska fundamenten för mänsklig kunskap och handling. Filosofer ställer frågor av typ: Vad är kunskap och hur kan man vinna kunskap? Vad är sanning? Hur kan man skilja sant från falskt? Vad är ett rätt handlande?

Även den medicinska vetenskapen är underställd dessa vetandets allmänna villkor. I daglig praxis tar vi svaren på många av de grundläggande frågorna för självklara, men för den som vill vidga horisonten och reflektera över sin verksamhet är Ingvar Johansson och Niels Lynöes bok en god introduktion. De uppehåller sig nästan uteslutande kring kunskapsfrågorna. Den som söker vägledning inom andra områden av filosofin, till exempel inom medicinsk etik eller moral, kan säkert hitta bättre källor.

Vetenskapligt faktum

Författarna inleder boken med ett kapitel om vetenskapens utveckling och tar huvudsakligen sina exempel från det medicinska området. Man stannar upp en stund hos Thomas Kuhn och dennes paradigmbegrepp och väver här in ett avsnitt om hypotesgenerering- och testning, som kopplas till paradigmdiskussionen. I ett av de nyttigaste avsnitten i boken frågar författarna: Vad är ett vetenskapligt faktum? Där diskuteras bland annat det man kallar "teoriimpregnerade observationer", det vill säga det faktum att människans tendens att se det hon vill och förväntas se också gäller på en vetenskaplig nivå. Tankestil, kulturellt sammanhang, rådande världsbild avgör vad man fokuserar och vad man utesluter. Empiriska data är alltså inte detsamma som vetenskapliga fakta. Först i ett historiskt och socialt sammanhang kan man förstå vad ett vetenskapligt faktum är.

Klassisk och modern positivism

I anslutning till detta resonemang tar man upp en kritisk diskussion om klassisk och modern positivism. Man

menar att kärnan i all positivism är tron på att det finns obestridliga empiriska data, som alltså inte är teoriimpregnerade. Klassiker som Bacon och Comte presenteras och av de mer moderna Ernst Mach. Några av de logiska positivisterna och deras verifierbarhetsprincip omnämnes kortfattat.

Medicin och filosofi

Ett kapitel om logisk argumentation känns en aning rumphugget, men har värde framför allt genom att illustrera den hypotetiskt-deduktiva metoden och dess begränsningar. Först i femte kapitlet, som handlar om det kliniskt-medicinska paradigmat, kommer författarna mera systematiskt in på det medicinska området. Som läsare blir man knappast förvånad över delrubriker som "Människan som maskin" och "Blackboxteorier", men här finns också en del givande resonemang kring alternativmedicin, specifik och ospecifik behandling. Dessa tankar utvecklas och fördjupas i ett avsnitt om placebo och nocebo. Här för man på ett meningsfullt sätt in kropp-själproblemet och psykosomatisk sjukdom. En syn på människan som **handlande varsel** med vilja och avsikter ställs mot behaviourismens beteendebegrepp.

Boken avslutas med tjugo sidor om medicinsk etik. De ger inte mycket utöver en introduktion av en del vanliga termer i sammanhanget. Boken hade stått sig väl även utan detta kapitel.

Alltså: En bok att rekommendera som introduktion i kunskapsteori och därmed som en god perspektivutvidgare med potentiell betydelse även för det kliniska vardagsarbetet.

Christer Petersson

Vårdcentralen Strandbjörket
Värengsgatan 9
351 85 Vaxjö

Livskvalitet och hälsa

LENNART NORDENFELT

Stockholm: Almqvist & Wiksell,
1991.

160 sidor.

Begreppet livskvalitet är i hög grad på modet. Det används i alla möjliga sammanhang med skiftande innebörd, ibland förvirrande. Därför är det bra att någon sätter sig ner och letar efter rimliga innebörder: Hur hänger tex mänsklig välfärd ihop med livskvalitet och hur förhåller sig livskvalitet till hälsa? Om man är intresserad av den sortens frågeställningar och önskar en god begreppslig utredning och teoretisk bakgrund i ämnet, gör man klokt i att ägna Lennart Nordenfelts bok några timmar.

Lyckans grammatik

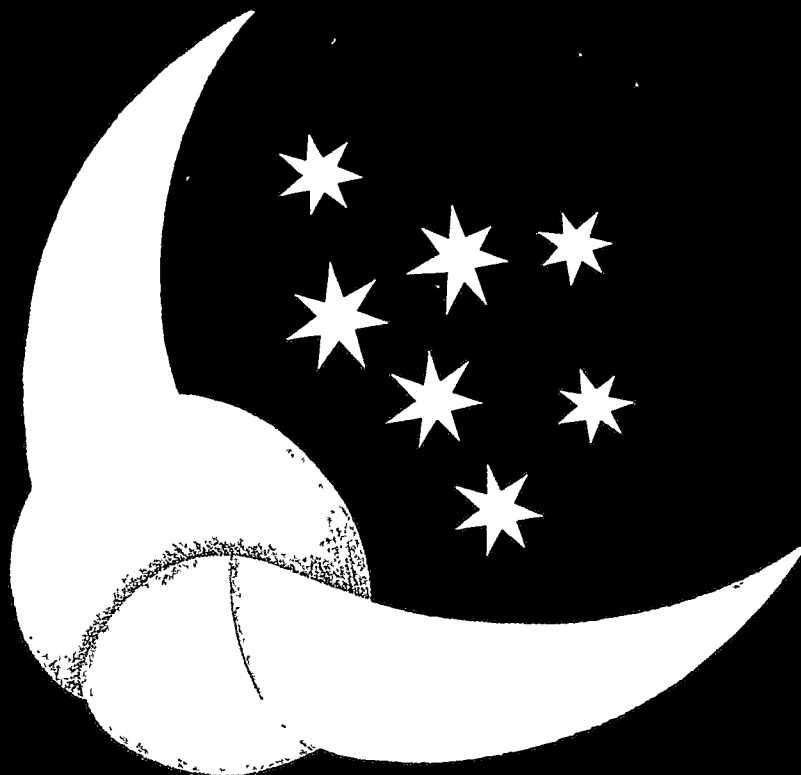
För Nordenfelt är mänskligt välbefinnande eller grad av lycka själva livskvaliteten, medan välfärden utgör den yttre ramen eller villkoren för livskvalitet. Den mest inträngande analysen i boken ägnas därför lyckan eller välbefinnandet. Kanske skulle man med Nordenfelts egna ord kunna säga, att han här skriver en "lyckans logiska grammatik". Men är det verkligen möjligt att med analytiska medel säga något väsentligt om en existentiell dimension som mänsklig lycka? Jag känner mig spontant skeptisk, men efterhand som klokhetererna faller ut i texten minskar mitt motstånd.

Nordenfelts lyckobegrepp har en tydligt hedonistisk ton. Lusten är väsentlig men inte allsmäktig. Markeringarna mot ett lyckobegrepp som har med omedelbar behovstillfredsställelse att göra är tydliga. Istället betonas att villkoren för en någorlunda bestående lycka är god kännedom om den egna personligheten och omvärlden. Att lära känna sig själv och sina bevekelsegrunder för handling är alltså ingen dum väg till lycka. Det sade redan Sokrates på sin tid. Nordenfelt når egentligen inte längre i sitt resonemang, men han åstadkommer många viktiga klargöranden på vägen.

Hälsa och sjukdom

I följande avsnitt, som handlar om hälsa och sjukdom, är författarens ambition att förena det holistiskt präglade hälsobegreppet med det mera partikulära begreppet sjukdom i en gemensam begreppsstruktur. Han belyser till att börja med en biostatistisk sjukdomsmodell och påtalar dess styrka och begränsningar, för att sedan dyka djupare i en holistisk jämvikts-teori om hälsa och ohälsa. (Den som lyssnade uppmärksam till filosofen Ingmar Pörn vid SFAM-mötet i Borlänge 1986 känner omedelbart igen sig här.) Grundidén i denna teori är, att en människas hälsotillstånd bestäms av balansen mellan hennes uttalade mål för handling och hennes inre resurser att förverkliga dessa mål. En människa som är i stånd att förverkliga sina vitala mål är alltså vid god hälsa. Sjukdom är en typisk orsak till ohälsa, men hör begreppsligt hemma på ett annat plan. Liksom skador och defekter orsakar sjukdom oftast någon grad av ohälsa, men inte nödvändigtvis. Kompensatoriska mekanismer kan minska eller upphäva ohälsoeffekterna. Omvänt kan andra faktorer än sjukdom och skador orsaka ohälsa, till exempel personliga problem.

Som kliniker finner jag det mycket meningsfullt att på detta sätt särskilja begreppen sjukdom och ohälsa. Mina patientmöten bekräftar dagligen att det stora begreppet ohälsa bara delvis låter sig inmutas inom den medicinska



När sömnlöshet blir en svår knut att lösa.

Sömn är av avgörande betydelse för psykiskt välbefinnande. Propavan är ett tilltalande alternativ av sömnmedel vid olika sömnrubbingar. 1-2 tabletter till natten minskar antalet spontana uppvaknanden. Toleransutveckling har ej iakttagits och propiomazin som

är en fentiazin ger ej upphov till fysiologiskt beroende. 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

sfären. Att sedan Nordenfelt enligt mitt förmenande inte riktigt lyckas åstadkomma en universell (generell) definition av sjukdomsbegreppet må vara honom förlåtet. Han är inte den förste som inte riktigt lyckas med den uppgiften.

Hälsa och livskvalitet

Nordenfelt fördjupar ytterligare diskussionen kring sitt hälsobegrepp och förenar så småningom sina två huvudbegrepp lycka och hälsa i följande formulering: "Att vara vid god hälsa är detsamma som att ha förmågan att under standardomständigheter förverkliga sin minimala lycka."

Utrymmet tillåter inte att jag går in på de enskilda begreppen i denna definition, men jag upplever det som ett elegant sätt att begreppsligt sammanföra livskvalitet (= lycka) och hälsa, utan att blanda samman dem. När författaren i bokens sista avsnitt synar en rad etablerade instrument för mätning av livskvalitet har han god nytta av sina distinktioner. Han visar till exempel hur livskvalitetmätning ofta likställs med hälsomätning och på så sätt åstadkommer viss förvirring, som jag tror kan ha betydelse långt utanför begreppsvärldens område, exempelvis när man diskuterar mål för hälsopolitiken i landet.

Christer Petersson

Vårdcentralen Strandbjörket
Värendsgatan 9
351 85 Växjö

Sygdomme i alderdommen – klinisk geriatri

Redaktörer

A ENGBERG-PALLESEN

B FRIJS-MADSEN

P FROM HANSEN

G MAGNUSSON

A VIIDIK

J WORM

Köpenhamn: Arkiv for praktisk lægegering, 1987.

Pris: Cirka 100 kronor. 365 sidor.

ISSN 0901-0483

Under en tioårsperiod har antalet äldre från 60–79 år ökat med 35 procent och antalet gamla över 80 år nästan fördubblats. Därmed ställs hälso- och sjukvårdssystemet inför allt större utmaningar. Månedsskrift for praktisk lægegering har i sin särtrycksserie utformat en klinisk lärobok som belyser ålderdomens sjukdomar på ett förträffligt sätt. Boken fyller en viktig lucka inom det skandinaviska språkområdet, där vi inte är bortskämda med goda, sammanfattande läroböcker inom detta område.

Författarna uttrycker i förordet förhoppningen att bidra till att belysa den bas ur vilken de geriatrika sjukdomarna utvecklar sig, och så klart som möjligt dra gränser mellan normala åldersprocesser och sjukdomsprocesser. Karaktäristiskt för den geriatrika sjukdomsbilden är att flera sjukdomar vanligen uppträder samtidigt och att normala åldersprocesser påverkar förlopp och behandling samtidigt som sociala, boendemässiga och ekonomiska förhållanden på ett avgörande sätt påverkar utgången. De äldre uppfattar vanligen sina klagomål som åldersrelaterade och "sådan man får finna sig i", något som i praktiken kan bidra till såväl underdiagnostik som överdiagnostik med konsekvenser för behandlingen. Verkligheten är starkt präglad av denna dualism. Författarna pläderar för en upprustning av vårt geriatrika kunnande.

Efter en initial genomgång av gerontologiska basfakta följer en diskussion av apoplexi-begreppet (akutbehandling, kognitiva störningar och afasi). Efter att ha berört Mb Parkinson diskuteras en del centrala problem såsom yrsel, falltendens, blodtrycksrubbningar och andnöd, viktiga ingredienser i det sk "olympiadsyndromet". Ett särskilt kapitel ägnas den åldrande lungan, och beträffande sinnesorganen är särskilt ögonkapitlen bra skrivna och innehåller målande beskrivningar av hur ögonsjukdomarna interagerar med varandra hos den åldrande människan. Praktiska och stringenta är också kapitlen om urinvägsproblem med en tydlig och åskådlig framställning av inkontinens- och retentionsproblem. Geropsykiatri berörs kortfattat bl a med en genomgång av demenssjukdomarna, men författarna hänvisar här till en bok av Gudmund Magnusson ("De aeldres sind og sindslidelser" utgiven av Komiteen for Sundhedsoplysning). Väl kortfattade är kanske också kapitlen om endokrinologi och dermatologi, men här finns ju också en mycket omfattande referenslitteratur att tillgå. Gastroenterologiska frågor, proteser och kostproblem berörs också för-tjänstfullt, liksom artros, osteoporos, ortopedkirurgiska, farmakoterapeutiska och rehabiliteringsmässiga problem. Avslutningskapitlen om institutionsvård och plejecentra är stimulerande och intresseväckande.

Det ligger naturligtvis nära till hands att jämföra den ovan recenserade läroboken med det svenska alternativet "Geriatrik och långvårdsmedicin" utgiven av Bertil Steen och Alvar Svanborg. Och det är en jämförelse som i stora stycken utfaller till den danska bokens fördel. Uttalade plus är förutom priset (där man tjänar många sköna hundralappar) inte minst den mycket praktiska och utpräglad

skandinaviska inriktningen. I den danska boken berörs intressant material från befolkningsundersökningar utförda i Glostrup och Göteborg. Ett minus för såväl den danska som den svenska boken är den yttre ramen som naturligtvis medför begränsningar i innehåll. De 365 sidorna i det danska alternativet är dock så välfyllda och faktpäckade som man någonsin kan begära.

Detta är en lärobok skriven för praktiker!

Bengt Nordling, distriktsläkare

Svartbäckens vårdcentral
Box 16024
750 16 Uppsala

Att möta flyktingbarn och deras familjer

BIRGITTA ANGEL

ANDERS HJERN

Lund: Studentlitteratur, 1992.

Pris: 250 kronor. 217 sidor.

ISBN 91 44 35811 3

Lättläst bok om flyktingfamiljers möte med Sverige

"Han är fem år. Han har just stigit ut från utrikeshallen på Arlanda och det är kyligt i luften. Han är trött och vill inte gå mera, han börjar gråta. Han vill vara hos farmor och farfar precis som det brukar vara, ligga i sin säng. Det var roligt att åka flygplan, men fy vilken lång tid det tar. Pappa har inte varit som han brukar sista tiden. Inte mamma heller ..."

I sin bok om flyktingbarn och deras familjer har Birgitta Angel och Anders Hjern, psykolog respektive barnläkare, många fallbeskrivningar om barns och vuxnas upplevelser av psykiskt belastande händelser från hemlandet, deras möte med Sverige och av omställnings- och anpassningsfasen till det svenska samhället och sjukvården. För personer som kommer i kontakt med svårt drabbade människor, väcker detta ofta starka känslor och reflektioner av existensiell art. När det gäller barn som upplevt traumatiska händelser, blir reaktionen ännu starkare. Det krävs tid, erfarenhet och kunskap för att bemästra dessa negativa reaktioner. Det har författarna i rikt mått och det vill de dela med sig av genom den här boken. Den riktar sig till sjukvårdspersonal, socialarbetare, lärare och förskolepersonal, vilka alla kommer i kontakt med flyktingbarn och deras föräldrar. Bokens inledande kapitel tar upp svenskt flyktingomhändertagande, flyktingkrisen inklusive den post-traumatiska krisen

och hur dessa kriser ter sig hos barn i olika åldrar. Författarna gör också en genomgång av somatiska sjukdomar som man kan möta samt ger praktiska råd om vaccinationer och kostrådgivning. Andra hälften av boken tar upp kultur- och språkbarriärer samt psykosocialt arbete med traumatiserade barn och deras familjer. Många fallillustrationer visar att man med mycket enkla medel kan uppnå stora resultat. Hjälpen kan komma från olika håll och långt ifrån alltid från professionella vårdgivare. Författarna betonar också att det är fullt möjligt att med ett gott resultat bedriva terapi av olika karaktär med hjälp av tolk. Något som gärna recensenten instämmer i. Detta är ett förhållande som det är så gott som omöjligt att övertyga vissa vårdgivare om!

Visserligen är den helt dominerande ohälsan hos flyktingar relaterade till psykiska reaktioner i samband med omställningsfasen och tidigare livshändelser, men man får aldrig låta detta faktum skymma insikten om att somatiska sjukdomstillstånd förekommer. Detta illustreras med en fallbeskrivning av ett missbedömt blödande ulcus hos en flyktingman. Läkaren var i detta fall distriktsläkare! Anders Hjern har i debatt, med bland andra undertecknad, hävdat att primärvården och distriktsläkarna är inkompetenta och ignoranta när det gäller att möta flyktingars och då särskilt flyktbarnens vårdbehov. Förhoppningsvis har han fel. Kanske berodde då våra olika ståndpunkter på att man som distriktsläkare gärna ser till den friska delen och dynamiken i människors självläkningsprocess. Specialister inom andra medicinska fack har inte sällan orsak att koncentrera sig på sjukliga eller avvikande processer.

Min huvudsakliga invändning mot boken är, att den är så oöverskådlig och att vissa fallbeskrivningar ter sig mindre relevanta. Vissa sakuppgifter kan också ifrågasättas. Bland annat anges att 25–30 procent av barnen i invandrarförorten Fittja i Stockholm, bedömdes som avvikande mot 5 procent av de svenska barnen. Dessa siffror grundas på en pilotundersökning. I en bok som denna bör man akta sig för att föra fram sådana lösa uppgifter eftersom det är lätt att extrapolera dessa siffror till att gälla alla invandrarbarn. Lyckligtvis är det nog inte så illa ställt. Dessutom blir man ännu mer skeptisk då olika procental ges på olika ställen i boken. Från undersökningar i Rinkeby vet vi att det visst finns skillnader, men att dessa är mycket små och att de skillnader som ses i huvudsak är att hänföra till ovana vid finmotoriska övningar när tex muslimska barn skall teckna. En sak som lätt korrigeras med träning i dessa färdigheter. En annan tveksamhet gäller äktenskaps-

problemen där man fokuserar sig på den latinamerikanska gruppen. I denna grupp är skilsmässotalet mycket högt. Återigen glömmar man här att påpeka att skillnaderna inom kulturgrupperna är mycket stora och att skilsmässor är sällsynta inom kulturkretsar där familjen är centralpunkten i individens liv.

Trots invändningarna kan boken visst rekommenderas som en introduktion för de läkare som i sitt arbete kommer i kontakt med flyktbarn och deras föräldrar och inte minst som läsning för annan personal i samma situation. Litteraturhänvisningarna är så gott som alltid till svensk litteratur i ämnet, vilket gör att man lätt kan skaffa sig mer kunskap vid behov.

Monica Löfvander, distriktsläkare.

Enheten för transkulturell primärvård
Rinkeby vårdcentral
Skårbygränd 3
163 72 Spånga

Grundläggande akupunktur vid smärtbehandling

CHRISTER CARLSSON

*Lund: Studentlitteratur, 1992.
Pris: ca 460 kronor. 320 sidor.
ISBN 91 44 34461 9*

I takt med att tillåtna indikationer för medicinalpersonal att använda akupunktur ökar, ökar också litteraturen. Under många år har det inom akupunkturkretsar funnits mer eller mindre bra böcker av utländskt ursprung, föreläsares egna kompendier och hemmagjorda stenciler. Nu har äntligen en omfattande bok i akupunkturbehandling vid smärta kommit på svenska. Boken är författad av anestesiologen och smärtläkaren Christer Carlsson, Malmö.

Boken är indelad i 17 huvudavsnitt och är mycket grundligt upplagd. Stor vikt läggs vid förståelsen av vad akupunktur är, dess historiska och samhälleliga sammanhang. Filosofin kring traditionell kinesisk medicin (TCM) och den utpräglade helhetssyn som finns i detta synsätt – tas upp på ett förtjänstfullt sätt. För en allmänmedicinare/distriktsläkare/familjeläkare/husläkare finns här mycket som överensstämmer med vår filosofi. Dialektiken mellan TCM och västerländsk medicin tas också upp flera gånger. Ibland har författaren gjort det för att han inte förstår hur akupunkturen kan verka utan det kinesiska synsättet. En noggrann genomgång av teorierna kring smärtans uppkomst och reglering, både ur kemisk, nervös och psy-

kisk synvinkel behandlas. Här ges också en teoretisk bakgrund till de av så många föraktade fibromyalgipatienterna, deras smärtor och vad vi eventuellt kan göra för dem. Likaså redogör författaren för de olika försök som har gjorts för att påvisa akupunktrens och liknande metoders smärtlindrande effekt.

En noggrann genomgång av alla akupunkturpunkter ges, deras läge och aktuell WHO-numrering. Socialstyrelsens regler och kungörelser kring akupunkturen redogörs för ordentligt. Behandlingsgrunderna för smärtbehandling ges ett helt avsnitt, likaså komplikationer och kontraindikationer. Förslag ges även på behandling av vissa smärttillstånd och som alltid betonas vikten av rätt diagnos för framgångsrik behandling.

Detta är en mycket grundläggande bok i akupunktur som (så vitt jag kan förstå) tar upp alla de aspekter vi som västerländska utövare av akupunktur kan behöva känna till. Boken är så omfattande, att den inte lämpar sig för egen introduktion (och numera är man ju inte tillåten att utöva akupunktur utan adekvat utbildning) men kan kanske komma att bli en "bibel" i svensk akupunkturutbildning och en uppslagsbok för den som redan utövar akupunktur. Även för icke nålstickande kollegor finns det avsnitt som är värdefulla, jag tänker då speciellt på avsnitten om TCM samt smärtan och dess uppkomstmekanismer.

Anders Beckman, distriktsläkare, studierektor.

Vårdcentralen Gullviksborg
Censorsgatan 1
214 51 Malmö

Jourläkarboken

Andra upplagan

ASTRID och PER BJÖRGELL

*Lund: Studentlitteratur, 1991.
Pris: 720 kronor. 390 sidor.*

Jourläkarboken utkom i sin första upplaga 1987. Till det yttre uppvisade den, med sina kraftiga, plastklädda pärmar, avsevärda likheter med den handbok i akutmedicin av Georg Mattell och Hans Reichard, som i olika upplagor tyngt jourhavande medicindoktorers fickor i bortemot ett par decennier.

Innehållet i boken var emellertid betydligt mer vittfamnande och omfattande. Förutom handläggandet av olika allvarliga, akuta tillstånd behandlade den också en lång rad av de ofta avsevärt lindrigare krämpor som

möter den jourtjänstgörande primärvårdsläkaren. Boken mottogs väl av sina tilltänkta nyttjare, kanske framför allt läkare under utbildning och vikarier inom primärvården, och har för många av dessa fungerat som en lättillgänglig och pålitlig rådgivare, särskilt vid tillfällen då annan handledning saknats.

När boken nu utkommer i sin andra upplaga, har den behållit samma fältmässiga utformning. Sidantalet har ökat med mer än 50, till nästan 400. Som tidigare är innehållet uppdelat i elva kapitel, varav de nio första avhandlar sjukdomstillstånd i olika organsystem och de övriga två allmänna sjukdomar respektive medicolegala åligganden av typ rättsintyg, dödsbevis och dylikt.

Antalet behandlade tillstånd har ökat och "moderna" tillstånd som till exempel Borrelia, HIV/AIDS och bakteriell vaginos har tillkommit.

Att jämföra den nya upplagens innehåll med den gamlas på punkt efter punkt är nästan ogörligt, hårtill är bokens omfattning alltför stor. Men genom att göra ett par "nedslag" på områden där terapitradition eller andra förhållanden förändrats avsevärt på senare år kan dess aktualitet kanske ändå belysas i någon mån.

I avsnittet om vuxenastma har det till exempel tillkommit ett stycke om behandling och uppföljning efter det akuta anfall, vilket speglar ett modernare synsätt. De föreslagna åtgärderna, inhalationsbehandling samt steroidstöt per os utan nedtrappning, verkar också helt up to date. Aktuellt verkar också avsnittet om akuta cystiter hos vuxna kvinnor, där man vare sig rekommenderar odling före eller efter behandling, förutsatt att symtomen snabbt ger vika. Otiter vill man däremot fortfarande ge näsdroppar (förutom penicillin) och se på återbesök redan efter 4-6 veckor. Här har man inte fått med de senaste consensusutlåtandena, som har en något avvikande innebörd.

På det medicolegala området är såväl smittskyddslagen som bestämmelserna om utfärdande av dödsbevis återgivna i sina senaste versioner. När det gäller bestämmelserna kring utfärdande av vårdintyg har man otur och återger huvudsakligen den gamla LSPV, sedemera ersatt av lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Detta är emellertid jämförelsevis små skönhetsfläckar, som dessutom är oundvikliga i en bok som ju knappast kan moderniseras tätare än med några års mellanrum.

Det samlade helhetsintrycket är, att författarna mycket förtjänstfullt hunnat hantera den gigantiska uppgiften att samla så mycket av den somatiska akutmedicinen i en så komprimerad,

men samtidigt aktuell och överblickbar form.

Härvid står den nya upplagan på intet sätt den gamla efter!

Håkan Cars, distriktsläkare.

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Revmatologi

NSAMs handlingsprogram för allmennpraxis

HAAVIK TK
STEPHANSEN BK
BJERKLI H
KLOLL LP

Norsk selskap for allmennmedisin – NSAM (bildat 1983) – har en mycket ambitiös och eftersträvarsvärd ambition att vidareutveckla och kvalitetsförbättra allmänmedicinen. Som ett led i detta har man en litteraturavdelning – Publiseringsutvalget – som skall uppdra till skrivande och utgivande av bra allmänmedicinsk facklitteratur. En del av bakgrunden till detta är att mycket av den utgivna facklitteraturen är för organspecialister, trots att en fjärdedel av läkarna i Norge är allmänmedicinare.

Sedan 1990 sker utgivningen i samarbete med TANO Forlag. Flera olika titlar har publicerats – Forskning i allmennpraxis, Kreft i allmennpraxis, Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Senaste utgåvan är en bok om reumatologi.

Boken inleds med en deklaration om att man inte velat vara alltför detaljerad då detta kan medföra oöverskådlighet. Det fortsätter sedan med redovisning av reumatologivårdens struktur i Norge, de sociala konsekvenserna av diagnosen för patienten och basen för framgångsrik behandling – insikt, acceptans och anpassning. Vidare tar man på ett förtjänstfullt sätt upp alla de arbets kategorier som ingår i vården av reumatologipatienter. Här finns en kortfattad men relevant genomgång av undersökningen. Alla behandlingsformer tas upp inklusive den farmakologiska. Slutligen ges en genomgång av den försäkringsmässiga sidan.

Boken är sympatiskt upplagd, men i sin strävan att inte vara alltför detaljerad, har författarna tyvärr gått alltför långt åt andra hållet. Boken omfattar nästan allt i reumatologivården, men tyvärr alltför uttunnat och fattigt. Intentionen är god, men slutresultatet räcker inte riktigt till.

Anders Beckman, distriktsläkare

Vårdcentralen Gullviksberg
Censorsgatan 1
214 51 Malmö

Kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna

STIG PERSSON

Lund: Studentlitteratur, 1991.

Tredje upplagan.

Pris: cirka 400 kronor. 326 sidor.

ISBN 91 44 17233 8

Detta är den tredje upplagan av Stig Perssons idag mycket väletablerade kardiologibok, som väl de flesta medicine studerande bekantas med redan under grundutbildningen.

Den tredje upplagan har genomgått genomgripande bearbetningar inom områdena ekokardiografi och ischemisk hjärtsjukdom. Instabil kranskärlssjukdom, trombolys, kirurgi belyses på ett nytt sätt jämfört med tidigare upplagor. Nya områden som tyst ischemi och invasiv arytmi behandling, liksom hjärttransplantation har fått ett utökat område.

Undertecknad har med intresse läst igenom boken och beklagar att den inte fanns redan under min egen grundutbildning. Dock kan väl knappast dagens distriktsläkare använda den som för ren sträckläsning utan boken kommer att bli använd som uppslagsbok. För att ge en allmän orientering om vad nytt som händer inom kardiologin, typ ovan beskrivet, är boken alldeles utmärkt.

Att för oss som distriktsläkare använda boken för fördjupning i specifika frågeställningar är boken ibland otillräcklig – man kan självfallet inte få med allt i en handbok. Exempelvis arytmier är ju något som vi distriktsläkare ofta tar primärt ansvar för. Här penetreras inte de farmakologiska möjligheterna tillräckligt grundläggande för att ge full information för den kardiologiintresserade distriktsläkaren utan ytterligare litteratur kan behövas.

I allmänhet klarar man sig dock bra med Stig Perssons "Kardiologibok". Den är bred, den är välskriven och den bör vara en självklarhet i vårdcentralens bibliotek.

Kennert Lenhoff, distriktsläkare.

Lyckeby vårdcentral
Källevägen
371 62 Lyckeby

Daivonex

calcipotriol

Ett genombrott i
behandlingen av
PSORIASIS

- ☐ Effektivt
- ☐ Vältolererat
- ☐ Patientvänligt

- ☐ Appliceras
2 gånger dagligen



Daivonex Lövens

Salva 50 µg/g (0,005 %).

Medel mot psoriasis D05AD

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

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

Indikationer. Psoriasis av plaque-typ.

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

Försiktighet. Andra psoriasisformer.

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

Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om calcipotriol passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Hos ca 20% kan lätt, övergående irritation av behandlad hud förekomma.

Vanliga (>1/100) **Hud:** Lätt, övergående irritation av behandlad hud.

Mindre vanliga **Hud:** Enstaka fall av ansiktsdermatit.

Sällsynta (<1/1000) **Metabol.:** Hyperkalcemi.

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

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

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

Förpackningar och priser. Salva 50 µg/g. **Tuber:** 30 g: 124:—, 100 g: 280:—.



LÖVENS LÄKEMEDEL

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

LARS JOHAN BERG

GÄSTGIVAREV 16
543 35 TIBRO

734004

ENBERGS/CBC

Kostnadseffektivitet ny chans för sjukvår- den

En lyckad första behandling ger ökade resurser.

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

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

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

Vid refluxesofagit är LOSEC® mer effektivt

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

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



omeprazol®
LOSEC®
-protonpumpshämmaren

LOSEC® (omeprazol) är en protonpumpshämmare och finns som kapslar (14, 28 och 56 st), injektionssubstans (1+11) 40 mg samt infusionssubstans 40 mg. Indikationer: Korttidsbehandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit. Zollinger-Ellisons syndrom. För fullständig information se FASS.

Kortaste vägen är den billigaste

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