

# ALLMÄN MEDICIN

*Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)*



Forskarkollegium  
i  
Dalby

1  
1993

10-årsjubileum  
i  
Uppsala

# Näsans Tur...



DEH MOION

Rhinocort Turbuhaler.  
Det nya sättet att ge nasala steroider.

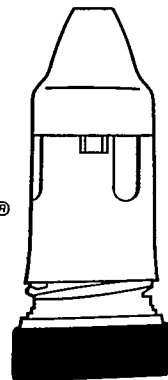
I Rhinocort Turbuhaler finns *budesonid* som ett fint pulver. Det är en ren, aktiv substans som efter inandning sprider sig över slemhinneytan.

Här finns inga drivgaser eller bärarsubstanser som kan irritera redan känsliga nässlemhinnor.

Här finns bara rent läkemedel.

Ingenting annat.

BUDESONID  
**Rhinocort**<sup>®</sup>  
**Turbuhaler**<sup>®</sup>



Kan det bli enklare?

Rhinocort Turbuhaler (budesonid 100 µg/dos) nasal steroid vid allergisk rinit och vasomotorisk rinit. Rhinocort Turbuhaler är enkelt för patienten. Endast en dosering per dag ger bättre följsamhet. Vill du veta mer om Rhinocort Turbuhaler? Ring så får du vår folder med posten. Tika Läkemedel. Telefon: 046 - 33 71 00.

## Manus-stopp!

I tabellen redovisas de datum som gäller för manusstopp och planerade utgivningsveckor för AllmänMedicin 1993.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
2/93	18/1-93	14
3/93	8/3-93	21
4/93	17/5-93	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 Annonserförmedling,  
Alströmergatan 18, n b, 112 47 Stockholm  
Tel: 08/651 67 60

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

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

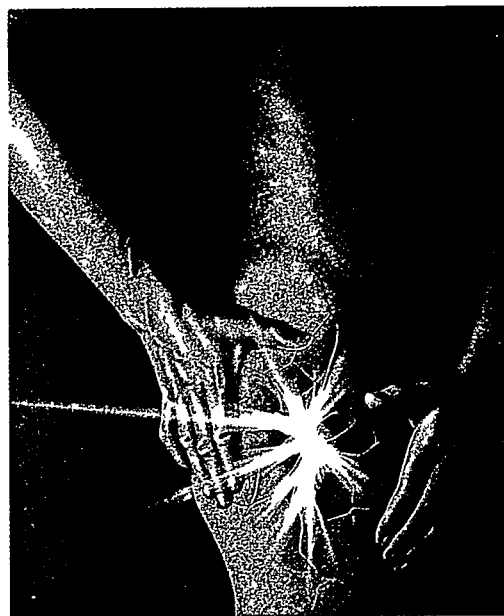
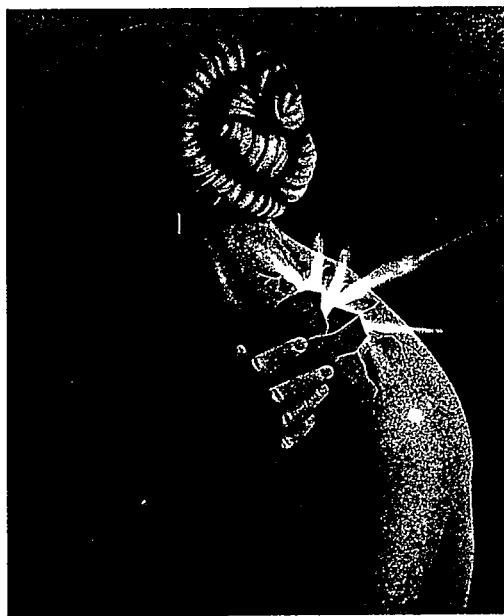
Tryckt på miljövänligt papper hos  
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1993  
ISSN 0281-3513

Foto: Anders Håkansson

<b>Kalendarium</b>	3
<b>Ledare</b>	
Några råd till blivande författare <i>Anders Håkansson</i>	4
<b>Nytt från SFAM</b>	
Styrelsen 1993	5
Protokoll – årsmöte i Östersund 1992-11-20	5
Datoriseringen inom allmänmedicin! Vad tycker Du? <i>Magnus Eriksson</i>	7
<b>Nytt från institutionerna</b>	
Allmänmedicinskt forskarkollegium <i>Sigvard Mölsted</i>	8
Allmänmedicin – framtidens medicin. Allmänmedicinska institutionen i Uppsala firar 10-årsjubileum i Linnés anda <i>Bengt Nordling</i>	9
Festmenu: Allmänmedicinsk forskning <i>Anders Håkansson</i>	14
<b>Doktorsavhandlingar från primärvården</b>	
Anders Wimo: Nya vårdformer för dementa utvärderade – erfarenheter från Sundsvall <i>Bengt Mattsson</i>	17
<b>Kurser &amp; Konferenser</b>	
DSAMs årsmöte den 6 november 1992 <i>Elisabeth Jaenson</i>	20
Allmänläkaren och preventionen – ett teoretiskt, praktiskt och etiskt problem <i>Peter Nilsson</i>	22
 <b>Apoteksbolaget</b>	
Frågor och svar om läkemedel <i>Lars-Olof Hensjö</i>	25
Förskrivningen av serumlipidsänkande medel <i>Ingegerd Agenäs</i>	27
Svensk hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv <i>P Owe Petersson</i>	29
Beror erytromycinresistens hos streptokocker på överförbrukning av erytromycin? – En retrospektiv studie av en daghemsepidemi <i>Svante Kalin, Åsa Ossiansson</i>	35
Hur upplevs en hälsoundersökning? <i>Anne-Sofie Hiswåls, Oskar Reykdalsson, Malin André</i>	41
I Stockholm gick det! <i>Anna-Karin Furhoff</i>	42
Långt från sjukhus – observationsavdelning i glesbygd <i>Yvonne Larsson, Åsa Mattsson, Peter Olsson</i>	43
<b>Recensioner</b>	
Hallén O, Anniko M (red). Öron-, näs- och halssjukdomar. <i>Anders Håkansson</i>	48
O'Donoghue GM, Bates GJ, Narula AA. Clinical ENT. An illustrated textbook. <i>Anders Håkansson</i>	48
Stanfors I. Yrkesinriktad rehabilitering. <i>Birgitta Lundquist</i>	48
Hagelin E, Magnusson M, Sundelin C. Barnhälsovård. <i>Anders Håkansson</i>	48
Författarregister 1992	49

# MIRANAX - potent analgetisk effekt

(natriumnaproxen)



MIRANAX används med fördel till patienter med akut smärta av olika genes, t ex smärttillstånd i rygg/nacke, leder, muskelfästen och vid huvudvärk.

ATT LINDRA EN SMÄRTA.

# MIRANAX<sup>®</sup>

(natriumnaproxen)

Tabl. 500 mg

Dosering: Vanligtvis 1 tablett morgon och kväll

För vidare information se FASS-text, sid 31

 **SYNTEX**

SYNTEX NORDICA AB  
BOX 19003, 152 25 SÖDERTÄLJE, TEL. 08-550 328 10

1993

## MARS

□ **9–11 mars.** Nordisk handikappmessa, teknik & kunskap för livet.

*Information:* Handikappmässan, Sv Mässan, Box 5222, 402 24 Göteborg. Tel 031-109100.

□ **9–12 mars (forts 26–29 april).** Kurs: Biofarmaci/farmakokinetik. Sigtuna.

*Information:* Ann Odebrand, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 8-245085.

□ **11 mars.** Hudproblem och hudvård. Temadag. Deltagaravgift före den 19 februari 1400:- exkl moms och 1600:- efter detta datum.

*Information:* Annette Lindberg, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-245085.

□ **16–20 mars.** 4th International Seminar on Primary Health Care. Family Physicians and Appropriate Technologies. Int Conf Center, Havana, Cuba.

*Information:* Prof Cosme Ordóñez Carceller, Palacio de las Convenciones, Apartado 16046, La Habana, Cuba. Fax. +53 7 228382/202350.

□ **18–20 mars.** The European year of the elderly: Healthy aging. Rotterdam.

*Information:* Conf Secr, SOGG, P O Box 23115, NL-3001 KC Rotterdam, Holland. Tel 31-10-4367577.

□ **23–24 mars.** Orienterande kurs i klinisk läkemedelsprövning, Sigtuna.

*Information:* Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm. Fax 08-205511.

□ **25–28 mars.** Nordiskt Forskarseminarium.

*Information:* Eva Spect, Den Medicinske Forskningsnheten, Torvet, DK-6950 Ringkøbing. Tel 08-320866.

□ **27 mars.** Farmaceutisk omsorg. Temadag. Deltagaravgift 200:- exkl moms före den 27 februari och 320:- efter detta datum.

*Information:* Monica Carlsson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-245085. Fax 08-205511.

□ **28 mars – 7 april.** Course on the clinical medicine of later life. Cambridge, Storbritannien.

*Information:* The British Council.

## APRIL

1–2 april. Primary health care in UK – an Anglo/Swedish GPs workshop. Plymouth.

*Information:* Mrs J Masters, Plymouth Postgrad Med School, Derriford Hospital, Plymouth PL68DH, England. Tel/Fax 44-752-792711.

□ **14–24 april.** Course on healthy cities: The new public health. Liverpool, Storbritannien.

*Information:* The British Council, c/o British Embassy, Skarpågatan 6–8, 115 27 Stockholm. Tel 08-6670140, Fax 08-6637271.

□ **17–20 april.** Leadership for prevention in health care reform. St Louis, MI.

*Information:* Prevention 93, 1015 15th Str NW, Suite 403, Washington DC 20005-2605, USA.

□ **19–20 april.** Läkardagarna. Kurs i kost vid hälsa och sjukdom. Örebro.

*Information:* Läkardagarna, Regionsjukhuset, 701 85 Örebro, Kunskapscentrum. Tel 019-153705.

□ **19–23 april.** Efterutbildningskurser i epidemiologi för läkare.

*Information:* Gunilla Bergström, IMM, Box 60208, 104 01 Stockholm. Tel 08-7287463, Fax 08-313961.

□ **19–23 april.** Kurs: Läkemedelsvärdering, Lidingö.

*Information:* Eivor Ungerson, Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-245085.

## MAJ

□ **1–5 maj.** 26th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine. San Francisco.

*Information:* STFM, P O Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114, USA. Fax 1-816-8220580.

□ **5–8 maj.** Svenska Distriktsläkarföreningens vårmöte 1993. Höör.

*Information:* "Vårmöte 92", Orups sjukvårdsdistrikt, 243 85 Höör. Tel 0413-63940, Mogens Hey.

□ **9–14 maj.** Seminar on health service reforms – the British experience. Birmingham, Storbritannien.

*Information:* The British Council.

□ **10–11 maj.** Ekotoxikologi – bedömning av kemikaliers miljöfarlighet. Stockholm. Anmälan helst före 15 mars.

*Information:* Apotekarsocieteten, Annette Lindberg eller Eivor Ungerson, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-245085, Fax 08-205511.

□ **10–14 maj.** Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning. Sigtuna.

*Information:* Apotekarsocieteten, Utbildningsavdelningen, Box 1136, 111 81 Stockholm. Fax 08-205511.

□ **13–16 maj.** Ann meeting of the American association for the history of medicine. Louisville.

*Information:* Dr NJ Tones, State Univ of New York at Stony Brook, Dept of History, Stony Brook, NY 11794-4348, USA. Tel (516)632-7500.

□ **14–15 maj.** College of Family Physicians of Canada. 34th Annual Scientific Assembly.

*Information:* CFPC, 2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario L4W 5A4, Canada. Fax +1 416 6292761.

□ **24–26 maj.** Nordisk konferens om forholdet mellom medisinsk virksomhet og menneskerettigheter. Oslo, Norge.

*Information:* Den norske lægeforening v/ Menneskerettighetsutvalget, Fjellveien 5, N-1324 Lysaker. Tel 02-124600.

## JUNI

□ **1–11 juni.** Epidemiology and field research methodology. Umeå.

*Information:* Maria Emmelin, Dept of Epidemiology and Health Care Research, Umeå universitet, 901 85 Umeå. Tel 090-102769, Fax 090-138977.

□ **3–5 juni.** III Nordisk kongressen vård i livets slutskede. Åbo, Finland.

*Information:* Congress Management Systems, Box 151, SF-00141 Helsingfors. Tel 358 0 175355

□ **6–9 juni.** Reg Europ Conf of the World Org of Nat'l Colleges, Academies and Academic Assns of General Practitioners/Family Physicians. Haag.

*Information:* Dutch College of General Practice (DCGP), Drs JPM van der Voort, Exec Dir, PO Box 14006, NL-3508 SB Utrecht, Holland.

□ **9–11 juni.** Int Conf: Chronic diseases and changing care patterns in an aging society. Amsterdam.

*Information:* Dr T van den Bos, Inst of Social Medicine, University of Amsterdam, Meibergdreef 15, NL-1105 AZ Amsterdam, Holland. Tel 31-20-5664707.

□ **9–14 juni.** 14th WONCA World Conference on Family Medicine. Tema: Family Medicine – Meeting new challenges.

*Information:* Dr John Chung, Chairman Organizing Committee, 8/F Duke of Windsor Building, 15 Hennessy Road, Hong Kong. Fax +852 8660616.

□ **13–17 juni.** WONCA-SIMG Joint conference on quality of care in family medicine. Haag, Nederländerna.

*Information:* Holland Organizing Centre Secretariat, Lange Voorhout 16, 2514 EE The Hague, Nederländerna.

□ **18–20 juni.** Finskt-svenskt-tyskt Balintgruppledarmöte, Lübeck. Tyska Balintföreningen, arrangör dr Bern Carriere, inbjuder till gemensamt möte.

*Information:* Helga Sjöström, Kungstensgatan 28, Uppgång 2, 5 tr, 113 57 Stockholm. Tel 08-6733079.

□ **20–23 juni.** International congress of the society for quality assurance in health care. Maastricht, Nederländerna.

*Information:* MECC Secretariat, PO Box 1630, NL-6201 BP Maastricht, Holland.

## JULI

□ **2–3 juli.** Symposium: Health behaviour in adolescence: Implications for prevention of coronary heart disease. Bergen, Norge.

*Information:* Nasjonalforeningens HEMIL-senter, Universitetet i Bergen, Øisteinsgt 3, N-5007 Bergen. Tel 05-212808.

□ **5–16 juli.** Third International Course in General Practice. Department of General Practice, St Mary's Hospital, London.

*Information:* Ingvar Ovhed, Vårdcentralen, 371 62 Lyckeby. Tel 0455-88904.

□ **6–16 juli.** Course on current issues in epidemiology: the prevention and control of chronic disease. Cambridge, Storbritannien.

## AUGUSTI

□ **19–22 augusti.** 7th European Conference of the European Soc for Philosophy of Medicine and Health Care. Oslo, Norge.

*Information:* Secr ESPMH, Department of Ethics, Philosophy and History of Medicine Catholic University of Nijmegen, Postbox 9101, NL-6500 HB Nijmegen, Nederländerna.

□ **29 augusti – 2 september.** 12th World Psychosomatic Congress. Bern.

*Information:* Adm Secr, CPM '93, c/o AKM Congr Service, Clarastr 57, PO Box CH-4005 Basel, Schweiz. Tel 061-6915111, Fax 061-6918189.

□ **31 augusti – 3 september.** 5th Int Congress on Ethics in Medicine. London.

*Information:* Castle House Conf, 28–30 Church Rd, Tunbridge Wells, Kent TN1 1JP, United Kingdom.

## SEPTEMBER

□ **26–30 september.** 13th Sci Meeting of the Int Epidemiological Association. Sydney.

*Information:* Conf Secr, 13th Sci Mtg on the Int Epidem Assn, PO Box 746, Turramurra 2074 NSW, Australien.

# Några råd till blivande författare

ANDERS HÅKANSSON

## Många artiklar har inkommit ...

Den här ledaren har diarienummer 1420. Det innebär, att vi alltsedan den aktuella numreringen började år 1983 fått 1420 bidrag till vår tidskrift. En i sig imponerande siffra, men kanske inte så imponerande med tanke på att det gäller en 10-årsperiod och att det finns runt 3000 allmänmedicinare.

## ... men vi behöver ännu fler

Inflödet av material till tidskriften har genom åren varit relativt jämnt, men strömmen har inte varit strid. Således har vi, oftast efter större eller mindre omarbetningar, kunnat publicera flertalet av de bidrag som inkommit. Stundom har vi inom redaktionen varit oroliga över bristen på goda artiklar, men hittills har det alltid löst sig och ännu har vi inte behövt ge ut något rent annonsblad.

## Tack till trogna skribenter ...

Det är många författarnamn som regelbundet återkommit i våra spalter, medan den stora majoriteten distriktsläkarnamn lyst med sin frånvaro. Självklart är vi mycket tacksamma mot våra trogna skribenter och lika självklart kan inte alla distriktsläkare vara författare, men personligen är jag övertygad om, att betydligt fler kollegor framöver kan bidra till att göra vår gemensamma tidskrift ännu bättre.

## ... och vi välkomnar ännu fler

Hur gör du då om du vill skriva för AllmänMedicin? Ja, enklast är nog att börja med att studera ett par nummer av tidskriften. Då ser du vad vi brukar ta in och hur andra brukar skriva.

Gäller det sedan ett debattinlägg eller ett referat från en kurs kan du egentligen skriva hur som helst. Visserligen försvårar den glesa utgivningen (sex nummer per år) och den långa pressläggningen (minst fyra veckor) en livaktig debatt, men från redaktionens sida ska vi göra allt för att just ditt debattinlägg ska komma in i tidskriften så fort som möjligt.

Gäller det däremot en mera "vetenskaplig" artikel gör du klokt i att först läsa Läkartidningens författaranvisningar (1). Vi använder vår främste konkurrens författaranvisningar av standardiseringsskäl och bekvämlighetsskäl, eftersom många skriver ömsom för Läkartidningen och ömsom för AllmänMedicin. Du kan också läsa den artikelserie om den ve-

tenskapliga artikeln, som min föregångare på chefredaktörsposten, Bo JA Haglund, publicerade för tio år sedan (2-5).

## Lär dig bli författare

Det finns vidare ett flertal böcker i ämnet medicinsk journalistik. Nyligen utkom från Universitetsforlaget en bok med titeln "Klar tale - tydlig tekst" (6). Det är redaktören för "Tidsskrift for Den norske laegeforening", Magne Nylenna, som på 152 sidor behandlar såväl muntlig som skriftlig presentationsteknik. Det är en välskriven och lättläst bok, som kan rekommenderas också för den författande svenske allmänmedicinaren.

Om det gäller muntlig presentation, kan jag också rekommendera Stephan Rössner's tunna (62 sidor) men trevliga "Ordförande, ärade åhörare" (7). Och vill du ha svensk skrivhjälp, kan du läsa CG Bergstrand's "Det vetenskapliga manuskriptet" (8). Den är något "högtidigare" skriven, men också den tunn (67 sidor) och lättläst.

Min absoluta favorit på engelska är "How to write and publish a scientific paper" av Robert A Day (9). Som oerfaren skribent sträckläste jag för några år sedan den föregående upplagan och fann den både underhållande och lärorik. Den maskinskrivande Snobben på hundkojetaket illustrerade väl den okände författarens vedermodor och det var inte utan att man kände igen sig själv. Det finns ytterligare ett flertal handböcker på engelska för medicinska skribenter, men jag ska här bara nämna EJ Huth's "How to write and publish papers in the medical sciences" (10).

För den som vill ha ytterligare exempel på "Best books on medical writing" kan jag rekommendera Stephen Lock's sammanfattande recension i ett av BMJ's november-nummer (11).

## Skriv kort!

Vilka råd vill jag då ge till den presumptive författaren?

Skriv enkelt och klart, så att även den oinvidde läsaren lätt kan följa dina tankar!

Men framför allt ...

Skriv kort, så att även den normalintresserade läsaren orkar läsa vad du skriver!

Avslutningsvis vill jag bara citera min ledare från AllmänMedicin nr 2/89 (12): "Distriktsläkare - studera Din vardag - och presentera Dina fynd i lämpligt forum - kanske i första hand i Din tidning - AllmänMedicin!" Det är du själv som med dina bidrag gör din tidskrift värd att läsa - vi i redaktionen är glada om vi får hjälpa dig!

## Referenser

1. Läkarinformation 1992. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 1992.
2. Haglund B. Vad är en vetenskaplig artikel? AllmänMedicin 1982;3:84-5.
3. Haglund B. Den vetenskapliga artikelns innehåll. Något om hur man skriver introduktionen samt material och metodavsnitt. AllmänMedicin 1982;3:115-6.
4. Haglund B. Hur skall resultat och diskussion presenteras? AllmänMedicin 1982;3:184-5.
5. Haglund B. Rätten till författarskap av vetenskapliga arbeten - orsak till interkollegiala konflikter? AllmänMedicin 1982;3:216-7.
6. Nylenna M. Klar tale - tydlig tekst. Praktiske presentasjonsteknikker for leger og andre. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
7. Rössner S. Ordförande, ärade åhörare. Möndal: Glaxo Läkemedel AB, 1991.
8. Bergstrand CG. Det vetenskapliga manuskriptet. En handledning för medicinare och andra naturvetare. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1989.
9. Day RA. How to write & publish a scientific paper. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
10. Huth EJ. How to write and publish papers in the medical sciences. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990.
11. Lock S. Best books on medical writing: A personal choice. BMJ 1992;305:1303.
12. Håkansson A. Några tankar om den allmänmedicinska forskningen. AllmänMedicin 1989;10:52.

## Författarpresentation

Anders Håkansson, chefredaktör.

Vid årsmötet för Svensk Förening för Allmänmedicin, 1992-11-20, beslöts att medlemsavgiften skall höjas med 200 kronor under 1993. Årsmötet ansåg att satsningen på efterutbildningen var av sådan vikt att detta motiverade höjningen. Ulf

Måwe har utsetts till utredare av hur föreningens framtida efterutbildning bör utformas. Vi ser med stora förväntningar fram mot resultatet av Ulfs utredningsarbete.

*Styrelsen för Svensk Förening för Allmänmedicin*

## S F A M - SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

### STYRELSEN 1993

**Mats Ribacke, ordförande**

Läkarhusets hälsocentral  
Staketgatan 32  
803 11 Gävle  
026--15 75 12

**Calle Bengtsson, vetenskaplig sekreterare**

Allmänmedicinska institutionen  
Redbergsvägen 6  
416 65 Göteborg  
031--37 77 00/60/66

**Björn Olsson, facklig sekreterare**

Hertsö vårdcentral  
Box 843  
951 28 Luleå  
0920--665 00

**Anna Källkvist, kassör**

Vårdcentralen Kronan  
172 83 Sundbyberg  
08--98 91 50/57/98

**Per Björgell**

Vårdcentralen Råå  
Kielergatan 23  
252 70 Råå  
042--10 86 36

**Cecilia Björkelund**

Allmänmedicinska institutionen  
Redbergsvägen 6  
416 65 Göteborg  
031--37 77 00

**Magnus Eriksson**

Tallhöjdens vårdcentral  
Tallhöjdsvägen 1  
152 41 Södertälje  
08--550 252 21

**Anna-Karin Furhoff**

Institutionen för allmänmedicin  
Diagnosvägen 8, nb  
141 54 Huddinge  
08--774 93 78

**Margareta Söderström**

Vårdcentralen  
240 10 Dalby  
046--17 61 00

### Protokoll - årsmöte i Östersund 1992-11-20

## §1

SFAMs ordförande öppnade mötet och hälsade de 75 deltagarna välkomna.

## §2

Till mötesordförande valdes Mats Ribacke och till mötessekreterare Björn Olsson.

## §3

Till justeringsmän för mötet utsågs Mogens Hey och Ulf Måwe.

## §4

Konstaterades att mötet var stadgeenligt utyst och fastställdes föreslagen dagordning.

## §5

Styrelsens verksamhetsberättelse genomgicks punkt för punkt och kommenterades. Konstaterades under punkt 2 angående föreningens arbetsgrupper, att examensutskottet, förutom de uppräknade fyra personerna, har ytterligare sex medlemmar.

Punkt 3 angående nya Leuwenhorst-gruppens ombildande. Påpekade Carl Edvard Rudebeck, att även om gruppen övergår till individuellt medlemskap det står föreningen fritt att utse representant.

Under punkt 6 angående föreningsverksamhet påpekade Mogens Hey vikten av att styrelsen stödjer arbetet i de lokala föreningarna. Eventuellt genom besökande styrelseledamöter.

På punkt 8 kompletterades verksamhetsberättelsen med en kort rapport av Magnus Eriksson. Ett trettiotal inspektioner av vårdcentraler planeras. Kostnaden per vårdcentral kommer att bli cirka 5.000 kronor.

På punkt 9 angående tidskriften Allmänmedicin diskuterades den långa pressläggnings-tiden och svårigheten att därigenom få till stånd aktuell debatt till tidskriften, av bland andra Göran Sjönell. Angående Scandinavian Journal of Primary Health Care rapporterade Gösta Tibblin, att tillströmningen av vetenskapliga artiklar är mycket god och att man för närvarande tvingas refusera cirka 50 procent av inkomna bidrag.

3 Tidskriften har för närvarande 6.500 prenumeranter.

#### §6

Fastställande av resultat- och balansräkning. Förslag till resultat- och balansräkning fastställdes.

#### §7

Revisionsberättelsen föredrogs av Stefan Bernesjö.

#### §8

Beslöt årsmötet bevilja styrelsen ansvarsfrihet för det avslutade verksamhetsåret.

#### §9

Val av styrelse. Efter förslag från valberedningen beslöt årsmötet omvälja Cecilia Björkelund och Anna Källkvist som ledamöter i två år. Anna-Karin Furhoff, Margareta Söderström och Per Björgell nyvaldes som styrelseledamöter för två år.

#### §10

Till revisorer för ett år omvaldes Lars Blomberg och Stefan Bernesjö. Till revisorssuppleant för ett år valdes Mats Flygare.

#### §11

Val av fullmäktige till Svenska Läkaresällskapet. Som ordinarie representanter för föreningen valdes Mats Ribacke, Cecilia Björkelund, Calle Bengtsson (samtliga omval) och Björn Olsson (nyval). Till suppleanter valdes Kenneth Widäng, Bengt Scherstén, Margareta Troein (samtliga omval) och Christina Nerbrand (nyval).

#### §12

Till valberedning omvaldes Dag Domeij, Mogens Hey och Ylva Johansson. Som efterträdare till Göran Sjönell, vilken avsåg sig återval, utsågs Eva Toth-Pal. Dag Domeij utsågs till sammankallande.

#### §13

Till ny justeringsman för mötet efter Ulf Måwe vilken var tvungen att avvika, utsågs Britt Sjölin-Israelsson.

#### §14

##### Motioner

A. Angående efterutbildning av Carl Edvard Rudebeck, Mikael Stolt och Göran Sjönell. Carl Edvard Rudebeck presenterade motionen varefter följde yttranden av Mogens Hey, Leif Persson,

Ylva Johansson, Barbro Hagander med flera. Efter kort diskussion antogs motionen, vilken innebär att föreningen tillsätter en enmansutredare, vilken på halvtid ges i uppdrag, att sammanställa och komma med förslag om föreningens framtida efterutbildning. Till enmansutredare utsågs Ulf Måwe, Luleå och kostnaderna för utredningen skall bestridas genom en tillfällig höjning av medlemsavgiften för 1993 med 200 kronor.

B. Motion från Sven-Erik Svensson angående examination av ST-läkare i allmänmedicin. Efter yttrande av Mogens Hey lades motionen till handlingarna och styrelsen uppdrogs att beakta dess innehåll.

#### §15

Ordföranden presenterade styrelsens verksamhetsplan för det kommande verksamhetsåret vilken kommer att omfatta bland annat följande punkter:

1. Husläkarfrågan.
2. Fortbildningen.
3. SPUR.
4. Kvalitetssäkring.
5. ST-kurser och datautveckling.

#### §16

Årsavgiften för kommande verksamhetsår fastställdes till 500 kronor.

#### §17

Riktade ordföranden ett tack till Elisabeth Jaenson, Christina Nerbrand och Margareta Brännström, vilka lämnar styrelsen.

#### §18

Avslutades mötet.

*Björn Olsson*

Sekreterare

Justeras:

Mogens Hey

Ulf Måwe (§§1-12)

Britt-Sjölin Israelsson (§§13-18)

*Se även sid 47*

"Hur är utbildningskvaliteten på din vårdcentral?"



# Datoriseringen inom allmänmedicin! Vad tycker Du?

MAGNUS ERIKSSON

*Till upprop och information angående datorisering inom primärvården. Datoriseringen inom allmänmedicinen går allt snabbare. På vilket sätt och till vilken nytta?*

Ja, det är några av de frågor som många av oss funderar över. Många sliter sitt hår i förtvivlan över att de inte kan finna några entydiga svar och lösningar. Andra utstrålar glädje och säkerhet över den datorisering de genomfört.

Det finns idag mycken erfarenhet och många synpunkter bland allmänmedicinare när det gäller detta med datorisering inom allmänläkarvården. Detta vill SFAM nu fortsättningsvis försöka lyfta fram genom att stimulera till debatt och informationsutbyte i vår tidskrift AllmänMedicin.

Oavsett om du har datoriserat eller ej, är vi nu intresserad av att du som har synpunkter skickar in dessa till oss i styrelsen för publicering i vår tidskrift. På många håll har ni lokalt gjort utvärderingar av olika datasystem som vi gärna skulle publicera, men vi är

minst lika intresserade av att du som har datoriserat, skriver om dig och din dator, eller att ni som har synpunkter, helt enkelt skriver om er syn på datorisering inom allmänmedicin.

Skicka era synpunkter till  
**Dr Magnus Eriksson**  
**Tallhöjdens vårdcentral**  
**Tallhöjdsvägen 1-3**  
**152 41 Södertälje.**

## Nyheter från Studentlitteratur

### Proktologi i öppen vård

Ihre, Thomas

Proktologiska symtom är mycket vanliga och de flesta människor drabbas någon gång av symtom från ändtarmen eller dess närliggande vävnader. Främsta målet för den undersökande och behandlande läkaren är, förutom att ge symtomlindring och eventuellt bot, att utesluta maligna sjukdomar. Boken ger en översiktlig bild av de vanligaste proktologiska sjukdomarna, deras symtom och behandling. Den vänder sig i första hand till de läkare som är verksamma inom den öppna vården, antingen de är specialister i allmän medicin, kirurgi eller är under utbildning.

ISBN 91-44-37291-4 1992 121 sidor  
Rek. ca-pris inkl moms 201:-

### Folkhälsovetenskap – en introduktion

Haglund, Bo – Svanström, Leif

Denna första lärobok i folkhälsovetenskap tar sin utgångspunkt i hälsoutvecklingen under




1980-talet och de trender som vi kan se framöver. Den hälsopolitiska utmaning, som ligger i de vidgade klasskillnaderna i Sverige, fokuserar samhällsmedicinens roll att peka på sambandet mellan samhällets struktur, miljö, levnadsvanor och befolkningens hälsa. I boken beskrivs också några arbetssätt som brukar användas i folkhälsoarbetet. Denna struktur har sedan tillämpats på en rad folksjukdomar.  
ISBN 91-44-35801-6 1992 387 sidor  
Rek. ca-pris inkl moms 435:-

### Allergi och annan överkänslighet i praktisk sjukvård

Eriksson, Nils E (red)

I Sverige liksom i vår omvärld ökar de sjukdomar som kallas allergiska och man får nu räkna med att var tredje svensk drabbas. En del av dessa sjukdomar är lindriga, andra är allvarliga, en del kan t.o.m. – leda till döden. Eftersom de flesta läkare – oberoende av specialitet – träffar på patienter med allergiska sjukdomar, är det angeläget att alla erhåller goda kunskaper i allergi och annan överkänslighet. Boken vänder sig framförallt till två grupper: primärvårdsläkare och läkarstuderande. Boken är å en sidan så innehållsrik och praktiskt inriktad att den kan fungera som uppslagsbok för läkare och övrig personal i sjukvården, främst i primärvården, och å andra sidan så basal att den kan användas i läkarutbildningen.  
ISBN 91-44-35791-5 1992 512 sidor  
Rek. ca-pris inkl moms 613:-

Beställ böckerna i bokhandeln.

 Studentlitteratur Box 141, 221 00 Lund ☎ 046-31 20 00 Telefax 046-30 53 38

# Allmänmedicinskt forskarkollegium

SIGVARD MÖLSTAD

Den 15–16 oktober 1992 hölls för andra året i rad ett möte för de disputerade allmänmedicinerna och de allmänmedicinska professorerna. Vid första mötet fick alla disputerade försöka att under 15 minuter redogöra för sina verk, vad som hänt efter disputationen och sina tankar inför framtiden. Naturligt nog en i grunden omöjlig uppgift. Behov fanns därför för ett nytt möte för mer ingående diskussion om forskningens villkor och dess framtid, speciellt i turbulensen kring husläkardebatten.

## Nya avhandlingar

Första dagens förmiddag koncentrerades på de nya avhandlingarna. Under 1992 tillkom ett tiotal, som presenterades kort av författarna. Ämnesområdena var många och skiftande, illustrerande vår specialitets mångfacetterade verklighet. Diskussionerna var svåravslutade, tiden blev som vanligt alltför kort. Belysta blev arbeten från våra klassiska sjukdomsgrupper inom hjärta-kärl, (blodtryck, metabolt syndrom, coronarsjukdom) liksom från gränslandet mot socialmedicin och psykiatri (konsultation, ryggont, suicid). Avhandlingarna, och det förändrings- och utvecklingsarbete dessa illustrerar, visar på den bredd, som är allmänmedicinens styrka och själ.

Under eftermiddagen redovisades de forskningsarbeten som pågår inom allmänmedicinen. Huvudlinjerna förredrogs av handledarna. Vi som disputerat, och hittills varit en relativt liten skara, kommer efter hand att bli många.

## Forskningens framtid och villkor

Andra dagen koncentrerades kring diskussion om forskningens framtid och villkor. Framtid finns alltid, men hur är dess villkor? Lönar det sig att disputerat och forska? De flesta hade inte upplevt någon automatisk vinst i form av ökad lön eller inrättande av deltidstjänster för fortsatt forskning. Möjligen utdelas "stilpoäng" av våra huvudmän, men administration är fortfarande mest lönsamt att satsa på inom yrket. Här finns ett gemensamt ansvar hos landstinget och våra institutioner, att skapa resurser och möjligheter för forskning, även utanför universitetsorterna. I diskussionen kunde märkas en viss skillnad över landet – mer forskningstid och tjänster föreföll skapas utanför institutionerna

i mellansverige. Ofta fanns emellertid känslan hos de disputerade att "det var ju duktigt, men nu får du ta arbetet på allvar och koncentrera dig på det du borde, patienterna".

Forskningens villkor i ett husläkar-system berördes. Majoriteten av deltagarna verkade negativa till husläkarförslaget, speciellt i regeringens tappning. Någon reell diskussion om själva förslaget fördes ej.

## Ökat utbildningsansvar

Antalet allmänmedicinare är stort. Vi är en ung specialitet, men i stark utveckling. I förhållande till vårt antal, är våra institutioner små, våra professorer få och undervisningstjänsterna alltför få. Hur man politiskt i dessa tider ska lyckas ändra detta missförhållande fanns ingen lösning på. Det ökade ansvaret för utbildning av alla vårdkategorier måste kunna växlas in i pengar eller tjänster. Dessa pengar måste kunna omsättas i tid, patientfri tid. För oss, som tagit det första vetenskapliga steget, är dessa frågor vitala för våra möjligheter att kunna fortsätta forska och för att kunna göra "karriär". Forskningen får inte bli ett substitut för familj eller "nätverk", eller komma i konflikt med kollegor och vardagsarbete. Därför måste det skapas någon form av plattform, för att man inte med tiden ska tappa behovet av och glädjen i att dokumentera allmänmedicinsk kunskap. Trots att våra förhållanden inte alltid är forskningsvänliga, verkar emellertid alla ha svårt att sluta forska.

## Allmänmedicinsk forskningsfond

Ett intressant förslag till finansiering av forskning i allmänmedicin lämnades av mötets sponsor, Sandoz. Låt de främsta företagen inom den forskande läkemedelsindustrin tillsammans bilda en fond till stöd för allmänmedicinsk forskning! Vi hoppas att även övriga företag känner sig manade av detta sätt att tillsammans sponsra svensk allmänmedicinsk forskning! Pengarna behövs och skulle uppskattas.

## Ny professor och nytt nordiskt möte

Till dess får vi emellertid tillsammans glädjas åt att en ny professor i allmänmedicin tillträtt i Umeå, Birgitta Hovelius, och vi önskar henne lycka till.

Professor Gösta Tibblin berättade, att nästa nordiska möte i allmänmedi-

cin, 1995, precis beslutats förläggas till Uppsala. Han efterlyste idéer, tema-förslag, m m. Några förslag fick han, men fler idéer kan säkert skickas av er till Uppsala. Boka av juni 1995 i almanackan redan nu!

## Tack till värd och sponsor

Mötets värd var professor Bengt Scherstén, Dalby, med sekreterare Inger Ekwall vid sin sida. Dalby var också mötesplats för första dagens diskussioner. Kvällen och dagen efter vistades vi i Köpenhamn, i Nyhamns nyrenoverade kvarter. Vädrets makter var onådiga, varför resan över sundet var omtumlande. Vid ankomsten till Nyhamn var slipsknutar lossade, pannor rynkade i förtvivlad mediata-tion över gastro-oesophagala reflexer och innerörats logiska funktioner. Nyhamns kalla regn kändes som en befrielse. Jag kan varmt rekommendera S:t Gertruds Kloster's restaurang och gamla källarvalv, möjligen anfrätta av tidens tand, men oberörda av de dåliga tiderne. Sannolikt bör också en sponsor finnas till hands.

Årets forskarmöte stöddes liksom föregående gång av Sandoz, som vi tackar för deras sällskap och värdskap. Vi hoppas att dessa två möten är början till en tradition, ur vars källa nya idéer kan flöda. Om inte annat är det roligt att träffa kollegor med ett gemensamt intresse, med samma vardagsproblem och för ett par dagar slip-pa konsultationens mystik. Så även tack till er som tog våra patienter dessa två dagar.

## Författarpresentation

Sigvard Mölstad, distriktsläkare.

Vårdcentralen  
243 30 Höör

# Allmänmedicin – framtidens medicin

## Allmänmedicinska institutionen i Uppsala firar 10-årsjubileum i Linnés anda

BENGT NORDLING

*Under några dagar i slutet av oktober, som också bjöd på årets första snöfall och blixthalka på de uppländska vägarna, firade den allmänmedicinska institutionen i Uppsala sin nu tioåriga existens, med en klang och jubelföreställning i Grönvallsalen (aulan), Akademiska sjukhuset. Allt var mycket välregisserat och gav en klar bild av var svensk allmänmedicin står inför de stora reformerna inom specialistutbildning, forskarutbildning, studentundervisning och husläkarsystem som står för dörren. Under dessa vintriga dagar fick vi en inblick i vad svensk allmänmedicin lyckats uppnå under sin förhållandevis mycket korta historia. Det var en uppvisning i föregångaren Carl von Linnés anda.*

### Nordisk allmänmedicin

Den allmänmedicinska ideologin i Norden var rubriken för den inledande diskussionen. Sveinn Magnusson från Island konstaterade, att man nu där fått sin första professur i allmänmedicin. Han betonade vikten av den personliga kontakten, samt att man arbetar med en definierad population i en "alltomfattande verksamhet", där man också vinnlägger sig om en bra förebyggande hälsovård. I den isländska verkligheten har lättillgängligheten stor betydelse och man eftersträvar en väntetid på maximalt två dagar. Hembesök och sjukbesök ingår också i verksamheten. Man arbetar i grupp-praktik, ofta med problemorienterade journaler och formella remitteringskrav. Den stora variationen i de isländska allmänläkarnas utbildning, där många har kanadensisk eller skandinavisk läkarutbildning, har visat sig fruktbar för allmänmedicinens utveckling. Angelägna problemområden är administration, forskning och efterutbildning.

Olav Rutle från Norge ville definiera allmänmedicin som "dissens inom medicin". Han konstaterade, att utbildningsfrågorna är angelägna och

efterlyste mer av egenaktivitet i utbildningen. Allmänläkaren fungerar som portvakt och vägvisare och ska vara den första kontakten med sjukvården. Han pläderade vidare för god kontinuitet och framförde slutligen en undring om sjukdomsbegreppet och de fastlåsta förhållningssätt, som ofta är resultatet av kampen mellan patient och läkare. Vidare berördes helhetsbegreppet och dualismen mellan kroppen och dess uttryck – känslorna. Det konstaterades ännu en gång, att helheten är viktigare än de olika delarna var för sig och att vi kanske kan närma oss helheten när vi lär oss förstå kroppens uttryck.

Ingvar Krakau från Sollentuna belyste mer övergripande problem från dagens verklighet. Det gäller ideologin, verksamhetens mål och medel. Det gäller tidsandan, den mystiska kraft som för samhället vidare, marknadsekonomi och generalistrollen. Några viktiga profilområden är till exempel ortopedisk medicin, prevention och konsultation. Det konstaterades, att vårdlaget även i framtiden måste vara den bas ur vilken allmänmedicin växer sig starkare. Inför husläkarsystemet är det viktigt att reda upp en del för verksamheten centrala begrepp, till exempel verksamhetens bredd, folkhälsoaspekt, områdesansvar och listning. Ett mer kvinnligt perspektiv kan också ha betydelse.

### Ett oslagbart team

Att distriktsläkaren och distriktssköterskan kan vara ett oslagbart team konstaterades i en debatt mellan Barbro Hemgren, föreståndare för FoU-enheten i Hofors, Greger Jansson, distriktssköterska i Bollnäs och Per Swartling, chefsöverläkare i Tierp. Den framtida distriktssköterskeutbildningen kommer att vila på fyra hörn-pelare, nämligen

1. omvårdnadsvetenskap/vårdvetenskap med inriktning på folkhälsoarbete;
2. barnhälsovård;
3. äldrevård;
4. en handledd praktiktjänstgöring på sex månader.

Jämfört med aktuella krav har forskningsavsnittet tillkommit och skolhälsovårdsavsnittet bortfallit.

Det konstaterades att distriktsläkaren och distriktssköterskan är ett

oslagbart team, därför att båda är generalister och har en gemensam befolkning (områdesansvar) och dessutom för en bra dialog kännetecknad av ömsesidig lojalitet med varandra. Gemensamma intresseområden inför framtiden är bland annat en god efterutbildning, dokumentation och kvalitetssäkring.

**Samverkan länssjukvård/primärvård**  
Samverkan länssjukvård/primärvård var rubriken för ett symposium, där Ingvar Krakau (Sollentuna), Lars Borgquist (Lund), Kerstin Hulter-Åsberg (Enköping) och Kjell Lindström (Habo) medverkade.

Ingvar Krakau påpekade bland annat att själva grundförutsättningen för att denna vårdkedja ska fungera är en utbyggd och välfungerande primärvård. Denna utbyggnad kom ej till stånd under 1980-talet och dess defensiva debattklimat. Idag präglas debatten mer av svårigheter att anpassa sig till marknadens krav, med införande av köp-sälj-system, beställarnämnder och överföring av resurser till kommunerna från landstingen. Situationen kompliceras vidare av införandet av ny teknologi, ändrade arbetsformer och förändrade ekonomiska förutsättningar i framtiden.

Under symposiet redogjordes för tjänstfullt för det framgångsrika rehabiliteringsprojektet avseende höftfrakturpatienter i Lunds och Åstorps sjukvårdsdistrikt, där samarbetet mellan primärvården och ortopedin resulterat i ett vårdprogram för mobilisering och rehabilitering.

Stroke-projektet i Enköping-Håbo, som innebär en kvalitetskontroll av länkarna i vårdkedjan enligt Katz ADL-index, presenterades också kortfattat. Vidare en attitydundersökning avseende samverkan i Skaraborg mellan vårdcentraler och sjukhus. Man undersökte läkarnas inställning på respektive vårdnivå och fann ett positivt intresse från båda håll avseende vissa gemensamma utbildningsaktiviteter, distriktsläkares auskultation på sjukhus, konsultläkare och informationsflödesförbättringar. Som positivt exempel anfördes reumatologkonsulten i Habo, som avskaffade väntetiderna.

Vidare presenterades ett förslag till avstämning mellan invärtesmedicinerna i Enköping och primärvården angående

Ny indikation visar  
att **LOSEC**<sup>®</sup> är säkert också  
omeprazol  
i det långa loppet.

Nu är **LOSEC**<sup>®</sup> godkänt för  
långtidsbehandling.

Läkemedelsverket har utökat de godkända användningsområdena för **LOSEC**<sup>®</sup> (omeprazol) till att omfatta även underhållsbehandling av svår refluxesofagit och svårbehandlade peptiska sår. Detta är en följd av den omfattande dokumentation och den erfarenhet som byggts upp runt läkemedlet, sedan projektet med att ta fram en syrasekretionshämmare startade för över tjugo år sedan.

I dag finns erfarenhet från nästan 40 miljoner behandlingar, och dessutom från patienter som kontinuerligt behandlats med **LOSEC** under upp till nio års tid. Dokumentationen är så betryggande att någon tidsgräns för behandlingen inte bedömts som nödvändig.

Den nya indikationen utgör en milstolpe i behandlingen av syra-relaterade sjukdomar.



omeprazol



protonpumpshämmaren

## LOSEC®

Hässle

Enterokapslar 20 mg, infusionssubstans 40 mg och injektionssubstans 40 mg (I+II)

Syrhämmande medel - protonpumpshämmare

A02B C01

**Deklaration. 1 kapsel innehåller:** Omeprazol, 20 mg, mannitol, 162 mg, lactos, 8 mg, color (titandioxid, järnoxid), constit. q.s.

**Infusionssubstans:** 1 injektionsflaska med torrsbstans innehåller: Omeprazol, natr. respond. omeprazol, 40 mg, natr. edet, 1,5 mg, natr. hydrox. q.s. ad pH 12.

Färdigberedd infusionsvätska med 100 ml GLUKOS 50 mg/ml har pH ca 9.

Färdigberedd infusionsvätska med 100 ml NATRIUMKLORID 9 mg/ml har pH ca 10.

**Injektionssubstans, kombinationsförpackning I+II.**

I.1 injektionsflaska med torrsbstans innehåller: Omeprazol, natr. respond. omeprazol, 40 mg, natr. hydrox. q.s. ad pH 12. II. 1 ampull med lösningsmedel innehåller: Polyethylen. glycol. (400) 4 g, acid. citr. monohydr. 6 mg, aq. ad inject. ad 10 ml.

Färdigberedd lösning för injektion har pH ca 9.

**Egenskaper.** LOSEC (omeprazol) är en substituerad benzimidazol, som hämmar sekretionen av saltsyra i magsäcken genom sin specifika verkan på protonpumpen i parietalcellerna.

Omeprazol är en svag bas som koncentreras och omvandlas till aktiv form i den sura miljön i parietalcellen, där den hämmar H<sup>+</sup>,K<sup>+</sup>-ATPas, dvs det sista ledet i produktionen av magsaftens saltsyra. Hämmningen är dosberoende och påverkar såväl basal som stimulerad syrasekretion, oberoende av stimuleringstyp. Omeprazol påverkar inte kolinerga eller histaminerga receptorer. Behandling med omeprazol ger i likhet med H<sub>2</sub>-receptorblockerare en minskad aciditet i ventrikeln och därmed en gastrinökning i proportion till aciditetsminskningen. Gastrinökningen är reversibel. Inga andra farmakodynamiska effekter av klinisk betydelse, än de som härrör från omeprazols effekt på syrasekretionen, har påvisats. Effekten på syrasekretionen är direkt korrelerad till ytan under plasmakonzentrationskurvan (AUC), men ej till den aktuella plasmakonzentrationskoncentrationen av omeprazol. Oral administrering av LOSEC 20 mg ger en reduktion av saltsyrasekretionen inom 2 timmar efter kapselintag. Vid upprepad behandling en gång dagligen erhålls full effekt inom 3-5 dagar. Surhetsgraden i magsaften mätt över 24 timmar hos duodenalsårspatienter är då reducerad med i medeltal 80 %, och minskningen av pentagastrinstimulerad saltsyraproduktion är ungefär 70 %, 24 timmar efter dosering. Effekten på syrasekretionen är reversibel. Den sekretionshämmande effekten kännetecknas av lång duration och har avklingat efter ca 5 dagar från avslutad behandling. En kapsel (20 mg) dagligen ger symtomlindring under första dygnet, och läkning erhålls inom 2 veckor för flertalet patienter vid duodenalsår, vid ventrikelsår och refluxesofagit inom 4 veckor.

Intravenös administrering av LOSEC 40 mg resulterar i en omedelbar reduktion av saltsyrasekretionen. En engångsdos på 40 mg intravenöst har ungefär samma effekt på surhetsgraden i magsaft över 24 timmar, som en oral engångsdos på 80 mg eller en upprepad oral dosering med 20 mg en gång dagligen.


Absorptionen sker i tunntarmen och är vanligtvis avslutad inom 3-6 timmar. Biotillgängligheten av omeprazol är efter upprepad peroral dosering ca 60 %. Samtidigt intag av föda inverkar inte på biotillgängligheten. Plasmaproteinbindningen är ca 95 %.

Omeprazol metaboliseras fullständigt, huvudsakligen i levern. Identifierade metaboliter är sulfonen, sulfiden och hydroxi-omeprazol, vilka inte har någon signifikant effekt på syrasekretionen. Halveringstiden i plasma i eliminationsfasen är ca 40 minuter (30-90 min) och förändras ej under behandlingen. Ca 80 % av metaboliterna utsöndras via urinen och resterande i feces.

Den biologiska tillgängligheten av omeprazol ändras inte signifikant hos äldre patienter eller patienter med nedsatt njurfunktion. Hos patienter med nedsatt leverfunktion ökar den biologiska tillgängligheten. Clearance är hos dessa patienter starkt nedsatt.

Omeprazol är instabil i sur miljö och administreras därför peroralt i form av mikroinkapslade magsaftresistenta granulatkor och gelatinkapslar.

**Indikationer.** Korttidsbehandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit. Underhållsbehandling av patienter med svår refluxesofagit eller svårbehandlade peptiska sår. Zollinger-Ellisons syndrom.

**Graviditet.** Kategori B:1. Se särskilt avsnitt märkt  i FASS. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. Djurexperimentella data talar ej för ökad risk för fosterskada.

**Amning.** Grupp IVa. Uppgift saknas om omeprazol går över i modersmjölk.

**Biverkningar.** De vanligast förekommande symtomen, som rapporterats i kliniska prövningar med LOSEC, har varit gastrointestinala, såsom diarré, illamående och förstoppning samt huvudvärk, vardera i 1-3 %.

Vanliga (>1/100)

Allmänna: Huvudvärk.

GI: Diarré, illamående, förstoppning och gasbildning.

Mindre (1/100-  
vanliga 1/1000)

Hud: Hudutslag.

### Dosering. Peroralt

Kapslarna bör sväljas hela med minst 1/2 glas vätska. De kan tömmas men granulatkorerna får ej tuggas.

**Duodenalsår.** Normal dosering är 20 mg en gång dagligen. Sårsläkning sker vanligtvis inom 2 veckor. Om fullständig sårsläkning inte erhållits under den första behandlingsperioden, bör behandlingen fortsätta ytterligare 2 veckor. Hos duodenalsårspatienter, som inte svarat på annan terapi, har 40 mg en gång dagligen använts, varvid sårsläkning vanligtvis skett inom 4 veckor.

Vid recidiv upprepas behandlingen.

**Ventrikelsår.** Normal dosering är 20 mg en gång dagligen. Sårsläkning sker vanligtvis inom 4 veckor. Om fullständig sårsläkning inte erhållits under den första behandlingsperioden, bör behandlingen fortsätta ytterligare 4 veckor. Hos ventrikelsårspatienter, som inte svarat på annan terapi, har 40 mg en gång dagligen använts, varvid sårsläkning vanligtvis skett inom 8 veckor.

Vid recidiv upprepas behandlingen.

**Refluxesofagit.** Normal dosering är 20 mg en gång dagligen. Utläkning sker vanligtvis inom 4 veckor. Om fullständig läkning av esofagiten inte erhållits under den första behandlingsperioden, bör behandlingen fortsätta ytterligare 4 veckor. Hos patienter med refluxesofagit, som inte svarat på annan terapi, har 40 mg en gång dagligen använts, varvid läkning vanligtvis skett inom 8 veckor.

Vid recidiv upprepas behandlingen.

**Underhållsbehandling vid svår refluxesofagit eller svårbehandlade peptiska sår.** 20 mg en gång dagligen. Vid terapivikt kan dosen ökas till 40 mg en gång dagligen.

**Zollinger-Ellisons syndrom.** Rekommenderad initial dos är 60 mg en gång dagligen. Dosen bör sedan avpassas individuellt och behandlingen bör fortsätta så länge behov kvarstår. Mer än 90 % av patienterna kan kontrolleras på doser mellan 20 och 120 mg om dagen. Om högre dos än 80 mg om dagen erfordras, bör dosen fördelas på 2 doseringstillfällen.

### Nedsatt leverfunktion

Hos patienter med starkt nedsatt leverfunktion bör den dagliga dosen ej överstiga 20 mg.

### Parenteralt

**Duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit.** Patienter som inte kan ges peroral mediciner kan behandlas parenteralt med 40 mg. I avvaktan på ytterligare erfarenhet skall behandlingstiden begränsas till 2-3 dagar.

Vid Zollinger-Ellisons syndrom bör dosen avpassas individuellt. Högre doser och/eller flera doseringstillfällen kan vara befogade.


Intravenös behandling kan ges som injektion, varvid injektionslösningen skall ges långsamt över en period av minst 2 1/2 minuter och med en hastighet av max 4 ml per minut, eller som infusion över en period av 20-30 minuter.

Lösning för injektion erhålls genom att den frystorkade substansen löses upp i medföljande lösningsmedel. Inget annat lösningsmedel får användas. Färdigberedd lösning, se Hållbarhet.

Lösning för infusion erhålls genom att infusionssubstansen löses i 100 ml NATRIUMKLORID 9 mg/ml eller i 100 ml GLUKOS 50 mg/ml. Stabiliteten för omeprazol påverkas av infusionsvätskans pH, varför inga andra lösningsmedel eller mängder bör användas för spädningen.

Se Hållbarhet.

**Interaktion.** Inga interaktioner mellan LOSEC och antacida har påvisats vid samtidig behandling. Omeprazol metaboliseras via cytokrom P450-systemet, vilket gör att interaktion med andra läkemedel som också metaboliseras via detta system, kan tänkas förekomma. Dock har inga interaktioner påvisats med teofyllin, kinidin, lidokain, propranolol, metoprolol, amoxicillin eller bakampicillin i kontrollerade kliniska interaktionsstudier. Omeprazol interagerar med diazepam, fenytoin, ketokonazol, nifedipin och warfarin.

Se speciellt avsnitt märkt  i FASS, A02B Medel vid magsår samt A02B C01 Omeprazol.

**Observera.** Misstänkt ulcussjukdom skall tidigt i sjukhistorien objektivt verifieras med röntgen eller endoskopi för undvikande av inadekvat behandling.

Vid behandling av ventrikelsår skall malignitet uteslutas.

**Hållbarhet. Enterokapslar:** Kapslarna är hållbara tre månader i öppnad förpackning.

**Infusionssubstans:** Färdigberedd infusionsvätska med GLUKOS 50 mg/ml skall användas inom 6 timmar, med NATRIUMKLORID 9 mg/ml inom 12 timmar.

**Injektionssubstans (I+II):** Färdigberedd injektionsvätska skall användas inom 4 timmar.

**Förpackningar och priser. Enterokapslar 20 mg** (rosa och rödbrun kapsel märkt A/OM och 20)

14 st 348:00

28 st 628:50

56 st 1124:50

**Infusionssubstans 40 mg**

Förpackning 5x40 mg 584:00

**Injektionssubstans (I+II) 40 mg**

Kombinationsförpackning 1 x (I+II) 145:50



omeprazol  
**LOSEC**  
-protonpumpshämmaren

de vilka patienter som bör gå på en invärtesmedicinsk klinik. Det kan här röra sig om

1. Relativt sällsynta sjukdomar (thyreotoxikos, myelom, leukemi, infarktkontroller);
2. Patienter som kräver specialistvårdsteam (IDDM, hjärtinfarkt, stroke, immunopatier etc);
3. Internistiska problemfall med multiorbiditet och/eller polyfarmaci;
4. Inläggningsfall under behandling eller utredning;
5. Patienter som kräver akut service ofta;
6. Då specialistkompetensen är erforderlig för genomförande av utredning och behandling.

#### Allmänläkarens vardag

Med sedvanlig bravur och ackuratess presenterade sedan **Göran Sjönell** allmänläkarens mångskiftande vardag. Rubriken för ämnet var "kan en allmänläkare se ut hur som helst?" och efterföljdes av en spännande och i mångas ögon genomlysande diskussion i ämnet.

#### Konsultationen

En höjdpunkt under konferensdagarna var symposiet om symtompresentationen i konsultationen. **Carl Edvard Rudebeck** inledde med att definiera begreppen symtom och symtompresentation, det vill säga den medicinska etiketteringen och själva kommunikationshandlingen. Vi överöses ständigt av symtompresentationer och hälften av symtomen kan ej förklaras av sjukdom. Det finns en dualism mellan kroppen och jaget, en "existentiell anatomi" och läkarens svåra uppgift är att objektivisera det patienten individualiserar. I den diagnostiska processen har inlevelseförmåga, empati och saklighet betydelse. Begreppet kroppsempati betecknar ett tyst kunskapsområde och representerar en professionalisering av vår medmänskliga kunskap.

**Gertrud Roxendahl**, Skandinaviska institutet för kroppskännedom, beskrev målande detta arbetsfält med ursprung i förövningar till Tai Chi Chuan, utvecklade av Jacques Dropsy i Paris, som sedan vidareutvecklats av Gertrud Roxendahl. Kroppsjaget kan studeras genom intervju och observation och kvantiteras genom så kallad "body awareness scale". Man studerar bland annat relationen till underlag och mittlinje, centrering och andning samt flöde (blockering). Det finns en utbildningsverksamhet i basal kroppskännedom i fyra steg riktad till sjukgymnaster och annan vårdpersonal.

**Cecilia Ryding** beskrev en öppen ostrukturerad intervjuundersökning av fyra manliga och fyra kvinnliga läkare, där hon studerade kroppsupplevelse, upplevelse av grundtillstånd,

känsloupplevelse samt hur perceptionen utnyttjas i patientarbetet. Konklusionen blev, att man bör kunna komma ganska långt i patientsituationen med enbart intellektuell förmåga, vilket torde kunna förbättras, om det också finns empatisk förmåga. Man avser gå vidare i denna undersökning med videospelade patientsituationer.

#### Utbildningsfrågor

Utbildningens fyra delar var rubriken för det med spänning emotsedda utbildningssymposiet.

**Göran Westman** (Umeå) inledde med att beskriva läkarnas grundutbildning, där man för närvarande disponerar 5–6 veckor. Den tidiga patientkontakten övas i den så kallade "strimma"-utbildningen, där man låter studenterna följa familjer i deras kontakter med sjukvården. Vidare finns undervisning om organisation och arbetssätt inom hälso- och sjukvården samt om tillämpning av de medicinska kunskaperna i mötet med människor. Den allmänmedicinska undervisningen är inlärningsbaserad, handledarförmedlad, personlig, tillämpad och examinationsstyrd. Man kräver 80 procent närvaro, handledaryttrande, muntlig tentamen, konsultation och utvecklingssamtal.

De stora frågorna gällande AT-utbildningens omstöpande berördes av **Sten Larsson** (Stockholm). Man ska nu mer än tidigare betona de kunskaper som är gemensamma för alla läkare. Målbeskrivning har publicerats i *Läkartidningen* 42/92. Det ska finnas en personlig handledare och fortlöpande bedrivs utvecklingssamtal. Examination ska ske genom ett gemensamt AT-prov med en skriftlig och en muntlig prövning. Distriktsläkare ska kunna tjänstgöra som examinatore.

**Christina Nerbrand** (Karlstad) tog sedan upp specialistutbildningen, som ska vara en målstyrd utbildning i minst fem år. Målbeskrivning och utbildningsprogram finns framtagna, medan tjänstgöringsprogrammet utformas individuellt och examinationen ska ge specialistkompetens i allmänmedicin. En studierektorsfunktion har införts i flera landsting. Så kallade SK-kurser är för närvarande tyvärr inget obligatorium. Genom det så kallade SPUR-projektet kommer kvalitetsaspekten att ytterligare bevakas, bland annat genom inspektion av utbildningsplatserna.

**Anna-Karin Furhoff** (Stockholm) berörde sedan efterutbildningen. Enligt de nya intentionerna ska specialistexamen i allmänmedicin utgöra startpunkten för efterutbildningen. I specialistexamen ingår en handledarbedömning, en uppsats, en skrivning (för närvarande åtta korta frågor och

fyra längre) samt den så kallade vårdcentralsdagen, då examinator åker ut till vårdcentralen. En bedömning sker därvid av examinandens arbete, eventuell videoinspelning, genomgång av journaler, remisser, LoH-utlåtanden etc, varefter man vid ett avslutande samtal bedömer vad som är bra, vad som kan göras bättre och hur examinandan kan förkovra sig.

Det finns ett etiskt krav, att läkaren i sitt fortsatta arbete ska tillämpa sina kunskaper på bästa sätt och på högsta nivå samt enligt allmänna läkarinstruktionen arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Efterutbildningens målbeskrivning utgörs av verksamhetens krav. Glappet mellan verksamhetens krav och läkarens kompetens är efterutbildningsbehovet. I ett framtida husläkarsystem kommer de praktiska utbildningsmöjligheterna att avgöras av tid och pengar. I vissa utländska system (exempelvis England och Island) finns pengar öronmärkta för efterutbildning. Denna kan ske i form av kurser, konferenser, studieresor etc. Egna aktiviteter, som till exempel gruppmöten, kommer sannolikt att spela en stor roll i framtiden. En möjlighet att stimulera distriktsläkarnas motivation för efterutbildning är att som till exempel i Norge premiera efterutbildning lönemässigt, så att utebliven efterutbildning renderar sämre poäng vid lönesättningen.

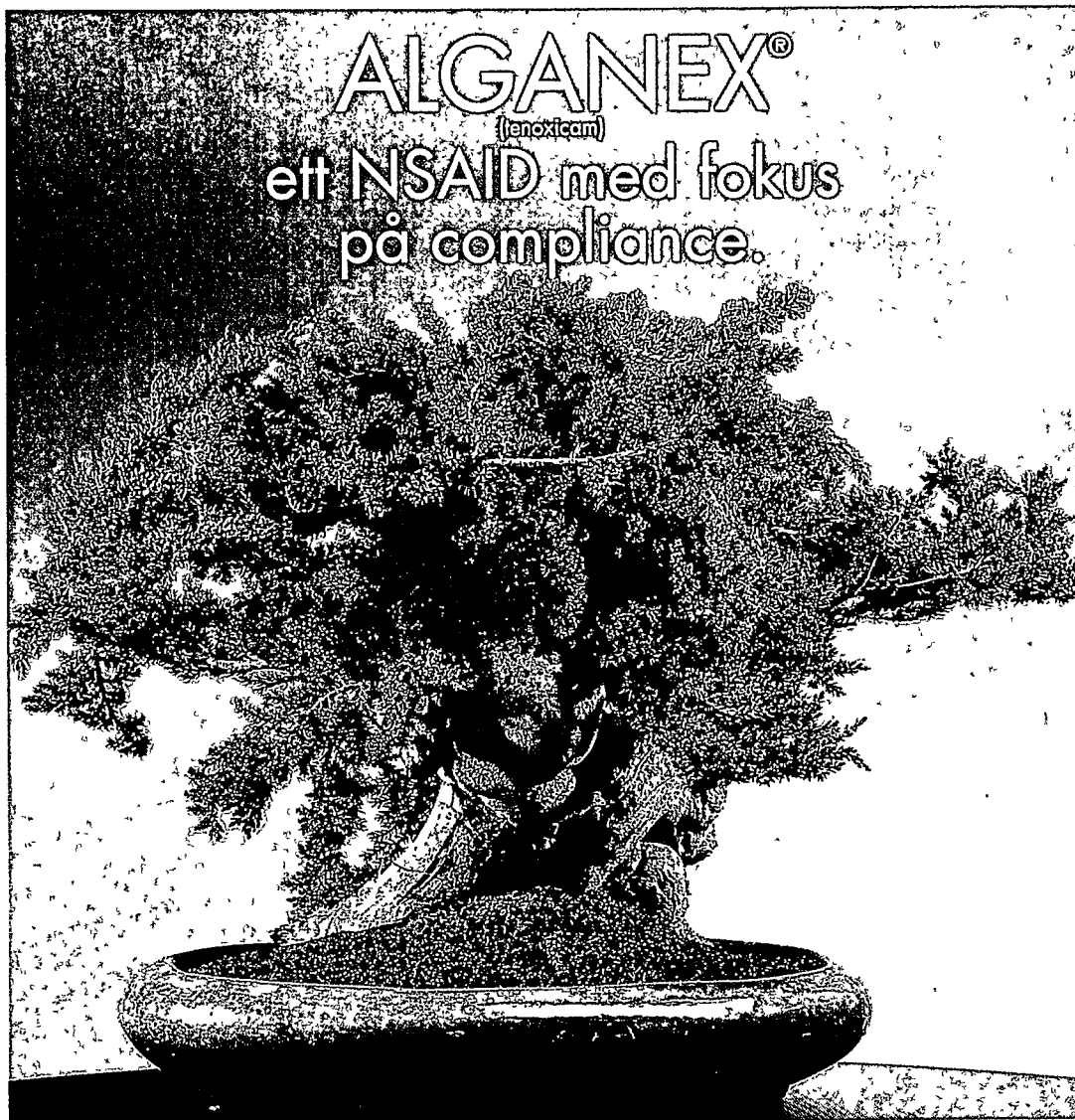
#### Det bästa i svensk allmänmedicin

Den stora höjdpunkten under dessa minnesvärda dagar var forskningssymposiet med en imponerande redovisning av var svensk allmänmedicin står idag. Många uppskattade också slottsmiddagen i den gamla uppsaliensiska vasaborgen. Detta redovisas närmare i följande artikel.

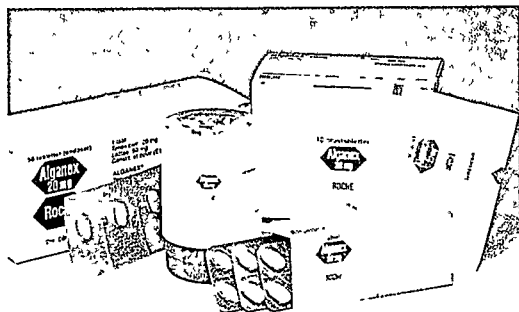
#### Författarpresentation

*Bengt Nordling, distriktsläkare.*

Svartbäckens vårdcentral  
Box 16024  
750 16 Uppsala



Alganex® är ett effektivt<sup>1</sup> och välbeprövat antiinflammatoriskt medel. Antalet dygnsdoser, som kontinuerligt ökar, visar att Alganex® tolereras väl vid behandling av smärta och stelhet i samband med reumatoid artrit<sup>1</sup> och artros<sup>2</sup>. Såväl erfarenheten som den kliniska dokumentationen<sup>3,4</sup> visar att Alganex® har en jämförelsevis låg frekvens gastrointestinala biverkningar.



För ytterligare information beträffande indikationer, kontraindikationer, försiktighet, biverkningar och dosering se FASS.

Med Alganex® sköter Dina patienter sin medicinering på ett enkelt och praktiskt sätt. Doseringen är 20 mg x 1 oavsett ålder. Alganex® finns i en patientvänlig förpackning med 100 tabletter, samt i en blisterförpackning med 30 tabletter. Dessutom kan vi erbjuda en brustablett i 10-förpackning samt en unit-dose förpackning om 50 x 1 som service till sjukhusen.

1. Stadel W, Josenhants G. Clinical Evaluation of Tenoxicam in Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis. Eur J Rheum Infl. Vol 8, 1985; 1:28-38.
2. Ott H. Tenoxicam in the Treatment of Osteoarthritis. Eur J Rheum Infl. Vol 8, 1985; 1:39-46.
3. International Symposium on Tenoxicam. Drug Invest. Vol 2, 1990; Suppl 3:1-55.
4. Ejstrup L, Knudsen JV, Petersen L. A Randomised Doubleblind Multicentre Trial Comparing Tenoxicam and Ketoprofen in Osteoarthritis. Scand J Rheum. 1989; Suppl 80:48-53.



Roche AB  
 Box 250, 127 25 SKÅRHOLMEN.  
 Telefon 08-97 03 30. Telefax 08-97 56 66.

# Festmenu: Allmänmedicinsk forskning

ANDERS HÅKANSSON

När den allmänmedicinska institutionen i Uppsala firade sitt tio-årsjubileum bjöds det på fest i dagarna två. Under det gemensamma temat, "Allmänmedicin – framtidens medicin", diskuterades sjukvård, utbildning och forskning. Här refererar jag från onsdagseftermiddagens diskussioner angående den allmänmedicinska forskningen och dess framtid samt ger ett smakprov från tisdagskvällens festmiddag.

## Allmänmedicinsk pytt-i-panna

På eftermiddagen den 28 oktober serverades allmänmedicinsk pytt-i-panna. "Det bästa inom svensk allmänmedicin" presenterades av företrädare för de sju allmänmedicinska institutionerna. Presentationerna var sinsemellan mycket olika. Några gav mer fullständiga beskrivningar av den forskning som försiggick vid institutionerna, andra nöjde sig med enstaka fallbeskrivningar från forskningens vardag. Några betonade vikten av att låta tusen blommor blomma, andra ville mera lyfta fram den forskning som kunde leda till avhandling.

Därefter skulle en expertpanel svara på frågan: "Är svensk allmänmedicinsk forskning på rätt väg?" Det var då som Spri-chefen Leni Björklund myntade begreppet "allmänmedicinsk pytt-i-panna".

## Korv och kotletråd

De allmänmedicinska professorerna var inte sena att följa upp det kulinariska temat. Gösta Tibblin jämförde sin följetongsstudie "1913 års män" med en korv och Calle Bengtsson såg sin "göteborgska kvinnostudie" som sin ryggrad (=kotletråd).

Förutom Leni Björklund ingick följande i den ovan nämnda panelen: Lars Werkö (professor i internmedicin, mm), Christian Borchgrevink (professor i allmänmedicin, Oslo), Egon Jonsson (chef för SBU) och Claes-Göran Westrin (professor i socialmedicin).

## Betyget "AB+" alternativt "a"

Lars Werkö var överraskad av den allmänmedicinska forskningens stora bredd och i någon mån av dess djup. Han gav den ett betyg mellan "AB+" och "a". Christian Borchgrevink kände sig efter den imponerande projektpresentationen, som ett norskt



Gösta Tibblin

ishockeylag, som hade spelat tre perioder mot Tre Kronor utan paus, det vill säga helt överkörd. Leni Björklund tyckte sig se en gräslig pytt-i-panna och undrade hur man lämpligen presenterar detta vida forskningsområde för medicinstudenterna. Claes-Göran Westrin saknade studier om hur dåliga/bra allmänmedicinerna är, det vill säga olika former av praxisstudier. Egon Jonsson kunde, efter en noggrann genomgång av de allmänmedicinska institutionernas publikationslistor, presentera vad som bestämmer institutionernas forskningsområden: Professorernas intressen; vanligheten för sjukdomarna/symtomen; ett starkt intresse för prevention och riskfaktorer; och i viss mån ett intresse för sociala aspekter.

## Den kardiologiska navelsträngen

Medan Claes-Göran Westrin med glädje noterade att de allmänmedicinska institutionerna höll på att klippa av den kardiologiska navelsträngen, menade Christian Borchgrevink, att trots att institutionerna var duktiga på att driva all slags forskning, så varken kunde eller borde de springa från sin internmedicinska historia.

Leni Björklund konstaterade, att allmänmedicinerna helt enkelt är tvungna att forska, därför att flertalet patienter numera finns i primärvården.

## Rekommenderad forskning

Vilka rekommendationer hade då panelen att ge inför framtiden? Vilka nya områden bör vi allmänmedicinare komplettera vår forskning med?

"Slagordsforskning" – det vill säga hur vi lever upp till begreppen kontinuitet, närhet, tillgänglighet, kvalitet, helhetssyn. Studier av informationsflödet inom primärvården respektive mellan primärvård och sjukhusvård. Teamarbetet – hur det fungerar. Praxisforskning – det vill säga tillämpad klinisk forskning. Ekonomiska analyser. Fler äldrestudier, eftersom de äldre är storkonsumenter av sjukvård. Forskning avseende egenvård och alternativmedicin.

## Familjemedicinsk storinstitution

I Uppsala har den allmänmedicinska institutionen sökt sig bort från socialmedicinen och i stället sökt samarbete med institutionerna för obstetrik och pediatrik i en tilltänkt familjemedicinsk storinstitution. Det är en i mitt tycke mycket spännande och naturlig utveckling, där en intensiv satsning på familjeforskning blir en självklarhet. En sådan utveckling aktualiserar också ett namnbyte för vår specialitet – från allmänmedicin till familjemedicin.

## Brist på tid och pengar

Avslutningsvis kunde Kurt Svärdsudd, eftermiddagens moderator, konstate-





Kurt Svärdsudd, Egon Jonsson och Leni Björklund

ra, att det finns gott om såväl forskningsintresserade allmänmedicinare som utvecklingsbara idéer. Däremot har vi en övergående brist på kompetenta handledare och en brist på tid för forskning, som nog kommer att accentueras i ett framtida privatiserat och marknadsanpassat sjukvårdssystem. Största bekymret på sikt är dock en tilltagande brist på pengar, eftersom de etablerade forskningsfinansiärerna i första hand främjar redan etablerad forskning.

#### Enfald eller mångfald

Av taktiska och ekonomiska skäl bör kanske var och en av de allmänmedicinska institutionerna framöver specialisera sig på ett eller ett par forskningsområden, där man då blir konkurrenskraftiga, såväl nationellt som internationellt och således kan tävla om de riktigt stora pengarna. Personligen har jag ändå en viss förkärlek för den allmänmedicinska pytt-i-pannan, där varje forskande allmänmedicinare får möjlighet att studera just det, som

står i centrum för hans/hennes intresse. Eller med Calle Bengtsson's ord: "Låt tusen blommor blomma – och låt några enstaka resliga träd växa upp mitt ibland dem!". Det vill säga, satsa på såväl den perifera allmänmedicinska vardagsforskningen som den akademiska avhandlingsforskningen!

#### Festmiddagen i Rikssalen

Avslutningsvis vill jag bara bjuda på ett smakprov från tisdagskvällens festmiddag i Rikssalen på Uppsala slott, en middag med minst lika många kulinariska kvaliteter som den allmänmedicinska pytt-i-pannan. Till förrätt serverades *Löjromsmousse med krabba*; till huvudrätt *Sherrymarinerad fläskfilé med svampsås*; och till efterrätt *Tartufo Bianco & Rosso*. I samband med middagen hölls ett flertal tal till födel-sedagsbarnet och dess företrädare. Det delades också ut medaljer med på framsidan inskriptionen "Allmänmedicin – framtidens medicin" och på baksidan den tidigare Uppsala-professor Carl von Linné i profil. Det rådde allmän enighet om att Linné's sanne efterträdare inte kunde vara någon annan än Gösta Tibblin!

#### Författarpresentation

*Anders Håkansson, docent.*

Vårdcentralen Teleborg  
Box 5044  
350 05 Växjö

**CAI** Centrum för  
Allmänmedicinsk  
Informatik

Stockholms  
läns  
landsting

## DATORJOURNALSYSTEM I PRIMÄRVÅRDEN - TEORI OCH PRAKTIK

### SEMINARIUM VID VÅRDCENTRALEN KRONAN VÅREN 1993

Vi inbjuder till ett intressant och utvecklande seminarium med tyngdpunkt lagd på kvalitetssäkring med datorjournalen som verktyg.

Seminarieret stöds av vår utvecklingsenhet - Centrum för Allmänmedicinsk Informatik - och genomförs i samarbete med Vårdcentralen Kronan samt äger rum *tisdagen den 11 maj kl 13.30-16.30, Konferensrummet plan 6, Vårdcentralen Kronan, Sturegatan 4, Sundbyberg.*

Moment som vi kommer att ta upp är följande:

- utbildning av personal
- problem och möjligheter
- datorsystemet som "mätinstrument"
- kvalitetssäkring och metoder för detta
- att tänka på vid systemval

Vi som föreläser på seminariet är bl a: Elsmarie Blomström, Rolf Linnarsson, Britt-Gerd Malmberg och Inger Rising.

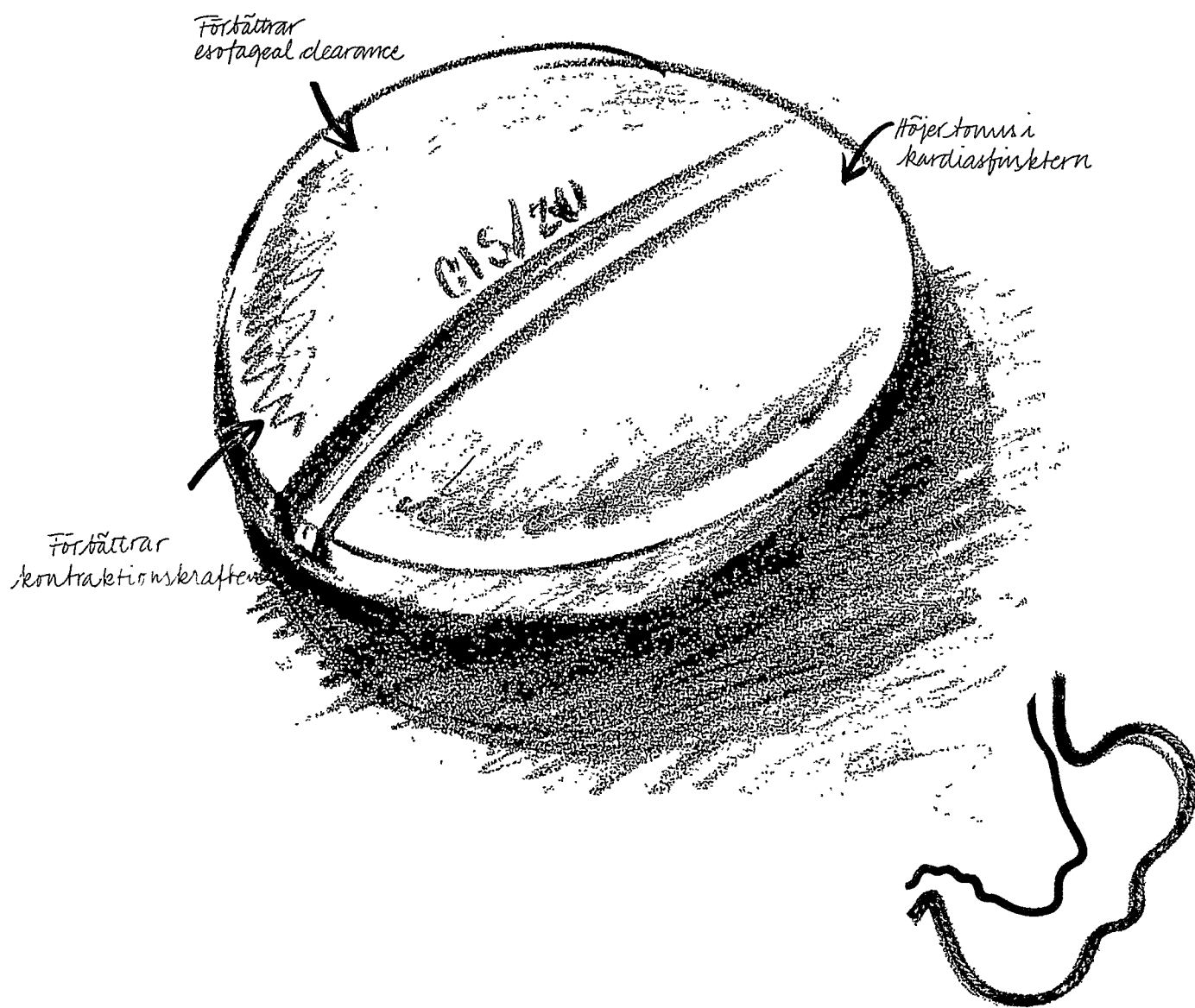
Kostnaden är 900:- per person.

Anmälningar sändes till Birgit Frisén-Andersson, Centrum för Allmänmedicinsk Informatik, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg senast den 19 april 1993 (tel 08-989471, fax 08-984581).

# 20 mg x 1.

JPH-020 ADMEDIA CBS

Ny tablett, ny styrka,  
ny dosering vid underhållsbehandling  
av refluxesofagit.



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

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

**Prepulsid**<sup>®</sup>  
(cisaprid)  
**JANSSEN**

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



# Nya vårdformer för dementa utvärderade – erfarenheter från Sundsvall

BENGT MATTSSON

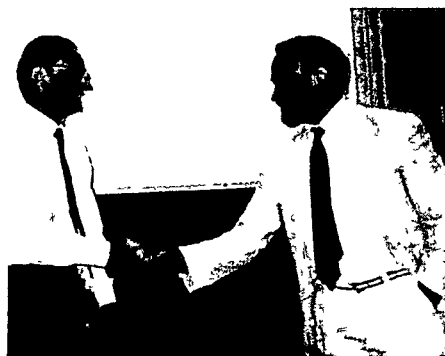
*Distriktsläkare Anders Wimo, tidigare vid vårdcentralen Centrum, Sundsvall, numera vid Bergsjö Hälsocentral, Gävleborgs län, disputerade i juni 1992 vid Umeå universitet. Avhandlingen har titeln "Dementia care alternatives in the Sundsvall-region, Sweden – studies on symptoms, costs and quality of life". Opponent var professor Calle Bengtsson, Göteborg. Wimo har varit doktorand vid Allmänmedicinska institutionen och hans handledare var docent Bengt Mattsson.*

## Bakgrund och förutsättningar

I Sundsvall var det under 1980-talet och fram till Ädel-reformens genomförande 1992 primärvården, som hade det medicinska huvudansvaret för äldre vården. Det gällde för hemsjukvård, ålderdomshem, sjukhem och inte minst för de nya vårdformer för dementa, som under de åren etablerades i Sundsvall, nämligen gruppboende och dagvård. En nära och god samverkan med sjukhusets kliniker och olika kommunala instanser kom tidigt till stånd och arbetet med de äldre gynnades av dessa gemensamma överenskommelser och målsättningar.

Gösta Brydolf och före primärvårdsföreståndaren Brita Lundqvist var i inledningen de drivande krafterna bakom primärvårdens engagemang och vid vårdcentralen Centrum, som har en FoU-enhet ansluten, kom flera utvärderingsprojekt att genomföras. Anders Wimo fick tidigt en plats i både genomförandeprojekt och i evalueringsarbete, men många andra vid enheten engagerades och samarbetspartners från bland annat kommunen, landstingsledningen och försäkringskassan kom att ta del i försöken att studera och värdera de nya vårdformerna. Flera FoU-rapporter har också publicerats från utvecklingsenheten.

Avhandlingen har således en utgångspunkt i de speciella organisato-



Opponent Calle Bengtsson och respondent Anders Wimo

riska förhållanden, som fanns i Sundsvall och arbetet har framför allt sin aktualitet i de villkor som gäller för dementa kommande årtionden. Antalet "äldre-äldre" (äldre än 80 år) kommer att öka i Sverige och man skattar att cirka 20 procent av dem som är över 80 år är dementa. År 1988 fanns 75.000 dementa i Sverige, år 2000 beräknas antalet bli cirka 90–95.000. Samtidigt som antalet 80-åringar och äldre har ökat från 260.000 år 1980 till 370.000 år 1990, har antalet institutionsplatser totalt minskat från cirka 117.000 år 1980 till cirka 102.000 år 1989.

Kostnaden för äldre vården i landet uppgick 1982 till cirka 20 miljarder kronor och 1989 hade den stigit till cirka 74 miljarder (både kommunala och landstingskommunala). Demensvårdens kostnader år 1989 uppskattades till cirka 16.2 miljarder.

## Avhandlingens uppläggning

Wimo's avhandling hade en så kallad sammanläggningskaraktär där sex delarbeten ingick – de flesta publicerade eller accepterade i internationella tidskrifter. Arbetet rörde olika områden inom demensvården och explicit var syftet, att beskriva demensvården utifrån olika aspekter, bland annat kostnader, symtomutveckling och livskvalitet, och att försöka anlägga ett hälsoekonomiskt perspektiv på de nya vårdformerna dagvård och gruppboende. I det första arbetet studerades effekterna av så kallad mental aktivering och individuell vårdplanering på en psykiatrisk vårdavdelning. Re-

sultaten jämfördes med två avdelningar som inte fick motsvarande insatser. Demenssymtomen förbättrades inte efter dessa speciella insatser och de aktiverade patienterna blev mer rastlösa. Vid disputationen kom opponenter att stanna upp inför jämförelsen av de olika grupperna. Det diskuterades bland annat huruvida den ökade rastlösheten var en positiv effekt eller ej, samt hur aktivering ska bedrivas på svårt dementa patienter.

I delarbete två redogjordes för dementa patienter i eget boende och dessa testades bland annat med avseende på vårdtyngd, demensgrad och psykosocial situation. Dessa faktorer relaterades sedan till den framtida och oftast ofrånkomliga institutionaliseringen. Vilken faktor var bäst på att förutse den dementes snara institutionalisering? Inte oväntat var det påfrestningen på den medlevande anhörige, som bäst predikterade vård på institution. Själva graden av demens spelade en mindre framträdande roll.

## Utvärdering av dagvården

I de två påföljande arbetena var dagvården i fokus. Kostnader, välbefinnande och anhörigas situation studerades särskilt i det första av dessa arbeten. Perioden ett halvt år innan start i dagvård jämfördes med första halvåret med dagvård. Behovet av insatser i hemmet ökade med cirka 20 procent, medan behovet av institutionsvård minskade med 22 procent. Totalt sett ökade kostnaderna från 199 till 269 kronor per patient och dag. En så kallad "Cost Utility"-analys genomfördes också. I en sådan analys söker man föra ihop två variabler som egentligen är ojämförbara: Kostnader och livskvalitet. Man uttryckte det här i termer av "välbefinnandeår" och summan drygt 48.000 kronor angavs för patienterna, det vill säga så mycket kostade det för att de skulle ha ett gott år.

I den andra dagvårdsartikeln jämfördes en grupp patienter från denna vårdform med en kontrollgrupp med avseende på effekter på demenssymtom och institutionsvård. Nyttjandet av institutionsvård var klart mindre i

dagvårdsgruppen än i kontrollgruppen (71 dagar jämfört med 131 dagar per patient och år). Efter ett år var 24 procent av dagvårdsgruppens patienter institutionaliserade jämfört med 44 procent av kontrollgruppens. Dagvården bidrog alltså till att färre kom på institution.

### Gruppboendeerfarenheter och beräkning av QALY

Dementa i gruppboende studerades i de två sista uppsatserna. I den första jämfördes kostnader och behovet av institutionsvård hos gruppboende patienter ett halvt år före med ett halvt år efter det att boendet initierats. Behovet av institutionsvård minskade påtagligt när gruppboendet introducerades, från 1870 dagar till 68 dagar efter ett halvår i gruppboende. Totalkostnaden för första halvåret i gruppboende var 470 kronor per patient och dygn jämfört med 550 kronor halvåret innan. Motsvarande kostnad för sjukhemsvård var 760 kronor per dygn.

I hälsoekonomisk litteratur idag är begreppet QALY ofta återkommande. Det är ett försök att med siffror beskriva vad kvalitet kostar och genom att vara standardiserade kan resultaten jämföras mellan olika patientgrupper. Det skall alltså vara möjligt att jämföra vad man får ut av sina investerade pengar. Hur mycket "livskvalitet" får man av en operation jämfört med en annan?

Förkortningen QALY står för "Quality Adjusted Life Years" and en QALY uttrycker kostnaden för "maximal livskvalitet" under ett år. Om kvalitetssiffran enligt den använda normen/skalan är 0.5 och kostnaden är 100.000 kronor, så är kostnaden för en QALY 200.000 kronor.

I avhandlingens sista arbete beräknades kostnaden per QALY för patienter i gruppboende och jämfördes med kontrollgrupper (patienter hemma och på institution). Beroende på demenssjukdomens progression blev jämförelserna svåra att göra, men respondenten hade beräknat utifrån det mest sannolika alternativet och fann då, att gruppboende var både billigare och bättre.

### Metodfrågor

Avhandlingen rymde många metodologiska svårigheter och en del av disputationen rörde dessa frågor. Att till exempel hyggligt bedöma livskvalitet hos dementa patienter är ett problem i sig. Respondenten hade valt att intervjua nära anhöriga och avdelningspersonal, en möjlig väg att spegla de sjukas villkor.

Att rättvist beräkna olika kostnader var en annan svårighet. Vad ska tas med av alla de ekonomiska konsekvenser en viss åtgärd eller vårdform för med sig? Hur beräknar man alla så

kallade indirekta kostnader? Den hälsoekonomiska litteraturen anvisar olika lösningar på dessa svårigheter och respondenten diskuterade olika alternativ och presenterade sin lösning.

Ett särskilt problem, som ofta återkommer i klinisk forskning, är svårigheten att finna jämförbara undersökningsgrupper, när verkligheten inte gör det möjligt med någon vetenskapligt eftersökt randomisering. Sundsvallsmodellen innebar att val av vårdform gjordes av en vårdplaneringsgrupp och fördelningen av patienter var baserad på kliniska grunder och beroende på vilka lediga platser som fanns till hands. Det gick inte att slumpmässigt välja patienter till olika vårdformer. Genom att antalet patienter, som var lämpliga för de nya vårdformerna, var betydligt fler än antalet tillgängliga platser, kom det ändå naturligt att bli ganska jämförbara grupper i de olika vårdformerna. Bakgrundsdata i de olika delarbetena visar på icke signifikanta skillnader vad gäller alla väsentliga variabler.

När det gäller hälsoekonomiska och livskvalitetsaspekter finns många metodologiska överväganden att ta ställning till och respondenten har i sin sammanläggning mer utförligt analyserat dessa frågor. En central fråga är om det över huvud taget är möjligt att använda sig av QALY-begreppet när det gäller dementa? Argumenteringen, om att det ändå är värt att försöka

göra denna typ av nya beräkningar på 'svåra' patientgrupper, avslutar respondenten med ett citat från en av förgrundsfigurerna inom denna forskning, JL Appleby: "... cost effectiveness analysis should not be seen as having the power of veto, but rather as proving one part of the information (in addition to political, social, medical, and philosophical criteria) necessary to achieve a truly informed decision about using the society's resources."

### Avslutande kommentar

Sammanfattningsvis medförde introduktionen av de nya vårdformerna, dagvård och gruppboende, samt tillämpningen av principer för individuell vårdplanering, en mer effektiv vårdorganisation, där patienterna kunde erbjudas en mer individuell behandling. Med en mer differentierad vårdorganisation är vården mer kostnadseffektiv. Wimo's resultat blir ett bidrag till prioriteringsdiskussionerna inom äldreården, men visar också, att det finns ett stort behov av ytterligare metodutveckling, speciellt beträffande livskvalitetsbegreppets tillämpning på dementa.

### Författarpresentation

*Bengt Mattsson, docent*

Mariehems vårdcentral  
Morkullevägen 9  
90651 Umeå

## SPECIALISTEXAMEN I ALLMÄNMEICIN, STOCKHOLM 1993

Examen i allmänmedicin som kommer att hållas i Stockholm den 29 oktober är en vidareutveckling av den tredje examinationen i allmänmedicin som hölls i Östersund 1992.

Läkare med högst 6 månader kvar (den 29/10 1993) av sin planerade utbildning till specialist i allmänmedicin är välkomna att anmäla sig till denna examen.

Anmälan görs till Barbara Dürr, Utvecklingsenheten för primärvård, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm, senast den 16 april. Närmare upplysningar kan lämnas av Barbara Dürr (tel 7291099) eller Sten Larsson (tel 7291054, 7291098). Varje examinand tilldelas en examinator och får sig tillsänt examensmaterialet. Deltagaravgiften är 2.200 kronor och inkluderar alla delmoment i examen, högtidsmiddag samt diplom.

För SFAM

*Sten Larsson*

Lokalt ansvarig för  
examen i Stockholm 1993

*Ulf Måwe*

Ordf SFAMs examensutskott



# DSAMs årsmöte den 6 november 1992

ELISABETH JAENSON

Dansk selskab for almen medicin och Praktiserende Laegers Organisation arrangerade för andra året i följd de så kallade läkardagarna på Bella Center i Köpenhamn. Ett Allmänmedicinarnas Riksstämman under fem dagar med 700 deltagare, där årsmötet tyvärr kom i skymundan som sista punkt på programmet.

Avgående ordföranden **Frede Olesen** fick mycket lovord för sin stora kapacitet och sitt dynamiska sätt att leda DSAM under 1989–1992. Trots en rätt provocerande uppmaning från Karl-Erik Mabeck, uppstod tyvärr aldrig någon livligare debatt kring årsberättelsen och verksamheten. Enda tillfället när en liten spricka i den allmänna tillfredsställelsen över DSAMs arbete märktes, var i frågan om läkardagarna. Alla var eniga om att de var en succé, men det diskuterades om succén kanske var för stor. Kommer annan efterutbildning (och årsmötet?) kanske i skymundan? Slutsatsen blev dock, att det är viktigt att läkardagarna finns, speciellt för de läkare som har en utvecklade lokal efterutbildning.

I genomsnitt använder en dansk praktiserande läkare bara två dagar per år för efterutbildning, trots att det finns möjlighet att söka pengar för sex dagar. Obligatorisk efterutbildning avvisades kategoriskt. Ansågs uppenbart inte passa det danska kynnnet, liksom inte heller examenssystem. Frede Olesen sammanfattade det hela: "Vi ska utveckla en så hög kvalitet på efterutbildningen, att man inte vill låta bli att delta!"

## Nytt inom efterutbildningen

Från 1 januari 1993 kommer en smågruppsbaserad lokal efterutbildning att på försök starta i Århus amt. Bakom denna ligger danska läkarförbundet, PLO (motsvarande vår DLF), DSAM och en läkemedelsfirma. Speciellt utbildade utbildningsledare ska organisera och stimulera det hela. Om försöket slår väl ut, är avsikten, att det ska täcka hela Danmark något år senare.

DSAM vill också satsa på ytterligare en ny form av efterutbildning. Praktiserande läkare ska lokalt bilda referensgrupper, som tillsammans ska förbereda artiklar i viktiga ämnesområden. Som exempel nämndes omhändertagande av hjärtinfarkt utanför sjukhus och psykoterapi vid akuta kriser. De diskussioner, internt och med

sjukhusspecialister, som måste genomföras inför publicering av artiklarna, ger anledning till en synnerligen kvalificerad efterutbildning i lokala smågrupper.

Frede Olesen angav följande mål för efterutbildningen de kommande åren.

- Etablerande av smågruppsbaserad efterutbildning i alla amter (motsvarande landstingsområden);
- En finansieringsmodell som ger reella incitament till att delta i efterutbildning;
- Ett större engagemang från amterna i efterutbildningen;
- Aktiv utvärdering av efterutbildningens effekter och forskning i hur vi sprider och förankrar nya kunskaper, attityder och färdigheter.

## Kvalitetsutveckling och forskning

De nämnda satsningarna inom efterutbildningen ansågs vara det viktigaste bidraget till kvalitetssäkringsarbetet i allmänpraxis. För övrigt betonades, att ett vetenskapligt och målinriktat kvalitetssäkringsarbete måste få samma status som "klassisk" forskning och utveckling av nya metoder. DSAMs aktiva forskningsgrupp arbetar just med den inriktningen – allmänmedicinsk forskning ska både handla om klinisk nyutveckling och om kvalitetssäkring. Dessutom stöttar man på flera sätt decentraliserad forskning. Det finns till exempel flera forskningskonsulenter och ett forskarnätverk på initiativ av Gert Almind.

En arbetsgrupp värderar också multicenterundersökningar för att sedan rekommendera medlemmarna de undersökningar som har god kvalitet. Man vill på så sätt skydda patienter och läkare från att delta i dålig forskning.

## Framgång i specialitetsfrågan

Dansk allmänmedicin har lidit av att vara det enda nordiska land som inte har sin specialitet godkänd. Det ser nu ut att äntligen ha lossnat i den segslitna frågan om allmänmedicin som erkänd specialitet. Ordföranden betecknade det som en jätteseger, att ett förslag från myndigheterna nyligen hade skickats ut på remiss.

Som den största utbildningsreform inom det danska sjukvårdssystemet de senaste 50 åren, betecknades att PLO nu lyckats säkra sex månaders placering för alla praksisreservläkare (motsvarande AT). Att detta inte varit

heltäckande tidigare, utan att många beviljats dispens, har berott på otillfredsställande avtal. Nu kommer äntligen alla danska läkare att få sex månaders handledd tjänstgöring inom allmänpraxis.

## Styrelsen

Den nya danska styrelsen kom att innehålla endast en kvinna. Däremot finns två viktiga kvinnor till styrelsens och tidskriftsredaktionens förfogande, nämligen två anställda heltidssekreterare.

Som jämförelse – den svenska styrelsen och tidskriften AllmänMedicins redaktion har en sekreterare anställd. Detta förklarar det stora ideella arbetet som måste satsas av styrelsen, framför allt dess ordförande, sekreterare och kassör samt tidskriftsredaktionen, framför allt dess chefredaktör.

Medlemsavgiften avspeglar delvis denna skillnad: i Danmark 700 kronor, i Sverige 300 kronor. Dock måste ju den danske allmänläkaren som egen företagare kompenseras för inkomstbortfall vid styrelsearbete. Tidskriften Practicus redaktör är redan avlönad för sitt arbete. Den nye ordföranden för DSAM beviljades, från och med 1993, 50 000 kronor per år (motsvarande en timme per dag) och övriga styrelsemedlemmar 900 och 1800 kronor för halv respektive hel dags inkomstbortfall.

## Författarpresentation

*Elisabeth Jaenson, distriktsläkare och medlem i SFAMs styrelse.*

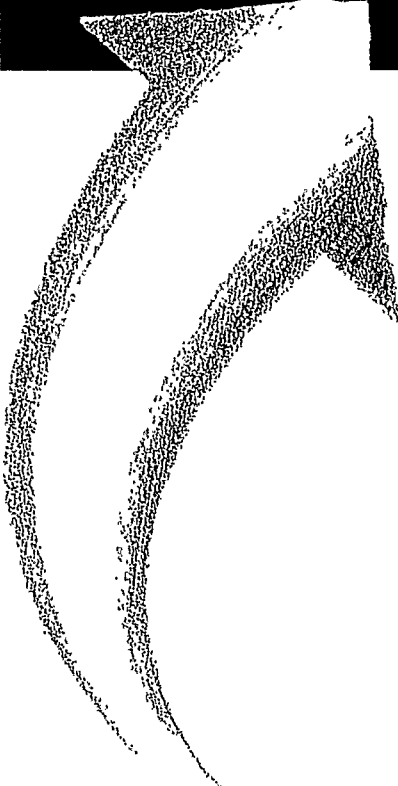
Sorgenfrimottagningen  
Nobelvägen 56  
21433 Malmö

# Ciproxin<sup>®</sup>

Ciprofloxacin

## Ny styrka för nedre UVI

### 100 mg x 2 i 7 dagar



**Ny styrka-100 mg.**  
**Ny förpackning-14 tabletter,** avsedd för behandling av nedre UVI.

Alla vanliga urinvägspatogener (även betalaktamasproducerande) är känsliga för Ciproxin.

Efter en tablett Ciproxin 100 mg nås **60 mg/l\*** i urinen, vilket är fullt tillräckligt för att snabbt avdöda bakterierna.

**Ciproxin 100 mg x 14 kostar 76:-** på apoteket.

För ytterligare information:  
Se FASS.

\*Ball AP oa. J Antimicrob Chemother 1986; 17: 629-35.



**Ciproxin<sup>®</sup>**  
Ciprofloxacin

**Bayer** 

031-83 98 00  
Bayer AB, Farma, Box 5237, 402 24 Göteborg.  
Telefon: 031-83 98 00. Fax: 031-40 89 29.

# Allmänläkaren och preventionen

## – ett teoretiskt, praktiskt och etiskt problem

LB05543

PETER NILSSON

*Att bedriva preventionsarbete i primärvård är viktigt, men ofta förenat med praktiska svårigheter. Prioriteringar blir nödvändiga att göra även på detta område. Då måste preventionens etiska förutsättningar beaktas, eftersom man ofta vänder sig till symptomfria individer. Detta och preventionens eventuella problem i ett husläkarsystem diskuteras i denna artikel.*

"Att förebygga är bättre än att bota" står som ett av den klassiska medicinens mest kända uttryck. Detta synsätt har genom historien ibland kunnat leda till stora framgångar, till exempel när smittkoppor utrotades. Efterhand har man föreslagit förebyggande (preventiva) åtgärder på allt flera av medicinens många områden, dock ofta med skiftande framgång och vetenskaplig dokumentation. Etiskt svårösta problem uppstår i preventionsarbetet. Förebyggande av sjukdom och lidande kan komma i konflikt med den enskilda människans autonomi. Upptäckt av en riskfaktor kan försämra livskvaliteten och oroa patienten. Ibland förmår inte sjukvården, trots insatser, mildra denna oro.

### Vinster med prevention

Hur skall preventionsarbetet bedrivas idag inom svensk sjukvård, när resurser som står till förfogande både till förebyggande och botande vård krymper? Stora folkhälsoproblem kvarstår i befolkningen trots en utbyggd sjukvård. En social ojämlikhet i hälsa har snarast ökat under senare år. Detta är väl beskrivet i de hittills två utkomna så kallade Folkhälsorapporterna (1987 och 1991). Trots en hög medelålder i Sverige (75 år för män och 81 år för kvinnor) så är det fortfarande många människor som dör i förtid, före 65 års ålder. Suicid och vägtrafikolyckor intar därvidlag en tätplacering. Således bör framgångsrikt preventivt arbete mot dessa företeelser kunna leda till att möjliga levnadsår sparas i den yngre delen av befolkningen, en bjudande uppgift för den förebyggande medicinen.

### Arbeta enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Vem ska då sköta detta förebyggande arbete? Enligt HSL (§1 och §2) så gäller det all sjukvårdspersonal inom olika delar av vården. I praktiken har man dock i första hand menat, att primärpreventivt arbete ska bedrivas av distriktsläkare och andra personalkategorier i den öppna vården. Distriktsläkaren, som i sitt dagliga arbete ska hinna med så mycket annat, uppmanas både i regler för specialistutbildningen inom allmänmedicin samt i en rad lagar och rekommendationer, att syssla med prevention. Frågan är då hur detta ska göras och vilka prioriteringar som blir nödvändiga.

I den Allmänna läkarinstruktionen (§12) talas det om, att ifall det föreligger missförhållanden i "den allmänna hälsovården" så ska distriktsläkaren anmäla dessa till olika myndigheter. HSL går här ett steg vidare och menar i sina tolkningar, att distriktsläkaren ska observera, registrera, dokumentera, rapportera och agera i förhållande till de hälsorisker läkaren blir varse i befolkningen.

### Folkhälsoinstitutet och preventionen

För det nyinrättade Folkhälsoinstitutet har chefen Agneta Dreber deklarerat, att man vill utveckla det förebyggande arbetet kring fem prioriterade huvuduppgifter: Tobak, alkohol/droger, barn- och ungdomars hälsa, kvinnors hälsa samt prevention av olycksfall. Det överordnade arbete som detta Folkhälsoinstitut och även Socialstyrelsen bedriver, kommer att i många små rännilar leta sig fram till olika vårdcentraler ute i landet och ställa krav på distriktsläkares arbete. Frågan är om distriktsläkaren klarar detta, särskilt nu med ekonomiskt svåra tider att vänta och en omfattande privatisering/bolagisering av offentlig primärvård. Ifall preventionsarbetet över huvud taget skall vara möjligt att bedriva under dessa förhållanden, så måste man definiera en rad problemområden samt göra erforderliga prioriteringar. Ett vägval måste då vara hur man fördelar resurser, vad gäller till exempel befolkningsstrategiskt preventionsarbete ("bättre att många ändrar sig lite än att få ändrar sig mycket") eller till ett arbete inriktat på högriskindivider. Detta gäller

till exempel då man avser att försöka förebygga hjärt/kärlsjukdomar, cancer, alkoholrelaterad psykisk ohälsa samt muskulo-skelettala besvär. Man kan alltid med tillgång till erforderlig teknik och resurser identifiera människor med en ökad biologisk sårbarhet, som löper en hög risk för framtida sjukdom, men därmed är det ej givet att en intervention mot denna faktor kan förutsättas minska risken för den framtida sjukdomen.

### Kritik av preventionen

Det finns mycket slipade kritiker av hela preventionstanken, bland andra irländaren Petr Skrabanek, som menar att grunden för preventionen är vetenskapligt undermålig (1) och etiskt förkastlig och bör ställas under överinseende av speciella etiska kommittéer innan pengar och andra resurser satsas (2,3). Liknande kritik har nyligen framförts i BMJ (4) vad gäller multipel riskfaktor/intervention mot hjärt/kärlsjukdomar.

### Teoretiska och praktiska förutsättningar

Vilka förutsättningar bör då finnas för ett seriöst preventionsarbete inom primärvården (Tabell I)?

Ifall dessa förutsättningar saknas, bör man ej lägga kraft på ett visst tänkt preventionsfält, utan i stället välja något annat. Det ligger dock i sakens natur, att en helt oantastlig dokumentation ej finns tillgänglig för alla typer av preventivt arbete, än mindre hälsoekonomiska överväganden, varför man ibland måste fatta beslut på lösare grund än annars. Svensk sjukvård har internationellt sett goda förutsättningar att bedriva och utvärdera preventiva projekt, genom vår sjukvårdsstruktur, våra personnummer samt tillgången på registerdata över tid.

### Etiska frågor i centrum

Etiska överväganden är mycket viktiga, särskilt inför screening och åtgärder som riktar sig till symptomfria individer. Flest sjukdomar och riskfaktorer finns i den sociala pyramidens bas. Preventionsarbetet måste därför ha förutsättningar att nå de grupper (beroende på ålder, kön eller socialklass) som bäst behöver en viss insats, annars kan resursanvändandet ifrågasättas.



**Tabell I. Förutsättningar för allmänläkarens arbete med preventionsfrågor.**

Teoretiska	Praktiska
Bevisad kausalitet mellan riskfaktor och viss ohälsa	Tillräckliga resurser måste finnas, till exempel före och efter screening
Dokumentation föreligger om interventionseffekt: – icke-läkemedel (projekt) – läkemedel (RCT*)	Tid måste vara avsatt inom ramen för ordinarie tjänstgöring
Hälsoekonomiskt försvarligt ur kostnads/nyttasynpunkt	Kunskap och intresse bör föreligga hos berörd personal, inte bara hos läkaren
Etiskt försvarligt med värn om personlig autonomi samt att lidande totalt sett minskar och ej ökar	Stödjande strukturer bör finnas: – lokalt på vårdcentral – inom landstinget/sjukvårds- distriktet – i primärkommunen (v.b.)

\* RCT = Randomized Controlled Trial (vetenskaplig metod för att bedöma nya läkemedel, jämfört med andra medel eller placebo).

**Tabell II. Förslag till prioritering inom allmänmedicinen gällande primär (P) och sekundär (S) prevention av ohälsa/sjukdom.**

PRIORITERINGSGRAD		
HÖG	MEDEL	LÅG
Rökslutarhjälp (P,S)	Hypertonikontroll (P?,S)	Bantning (P)
Graviditetskontroll (P)	– hos äldre (P,S)	UV-profylax (P)
Barnhälsovård (P)	Kolesterolbehandling (P*,S)	Kost ** (P)
STD-information (P,S)	Alkohol/droger (P,S)	Motion ** (P)
Olycksfall (P,S)	Mammografi (P)	Miljöskydd *** (P)
	VS-provtagning (P)	Allmänna hälsokontroller (P)

\* Gäller selekterade grupper

\*\* Här avses befolkningsinriktad information, där huvudinsatsen preventivt bör bedrivas av aktörer utanför sjukvården, till exempel massmedia och frivilligorganisationer.

\*\*\* Här avses kartläggning av miljöskadliga ämnen i den yttre miljön vilket brukar handläggas av instanser utanför primärvården, till exempel kommunernas Miljö- och hälsoskyddskontor.

tas. Både screening och frivilligt deltagande i olika aktiviteter tenderar att involvera lågriskpersoner ur en population, till exempel äldre symtomfria kvinnor, om primärvården erbjuder kolesterol-screening. Det är oetiskt att använda knappa resurser på "fel" målgrupp, liksom det är oetiskt att screena för riskfaktorer utan möjlighet för individen att dels säga nej till undersökning och dels få tillfälle att diskutera resultaten inför ett ställningstagande till uppföljning, intervention och fortsatta kontroller.

#### Kostnad/nytta för det förebyggande arbetet

Kostnader för preventionsarbetet måste analyseras, inte bara för kampanjer med upplysning/information som inkluderar till exempel screening, utan också för de vårdresurser som belastas eller måste nyskapas. Kostnadseffektiviteten för olika preventiva insatser varierar mycket. Ett permanent rökstopp hos en rökande man är sannolikt den mest kostnadseffektiva insatsen man kan göra (sämre dokumentation, gällande prevention av hjärt/kärlsjukdom, finns för kvinnor). Statistik från Lunds sjukvårdsdistrikt visar, att grupper med rökavvänjning, ledda av sjuksköterskor under tiden 1986–91, har fått 988 patienter (47 procent) rökfria vid avslutad behandling av de 2 094 som kom till introduktionen. Rökfrihetsprocenten efter ett år har varit cirka 40 procent och före-

faller bestående. Ifall man skulle jämföra detta med primärpreventiv hypertoni-behandling bland medelålders män, så kanske man måste behandla 10 000-tals individer under många år för att nå en liknande hälsovinst, baserad på erfarenheter av en medeltrycksänkning i randomiserade studier på cirka 5 mm Hg diastoliskt blodtryck (5).

Behandling för höga blodfetter har både försvarats (6) och ifrågasatts (7,8), men kostnadseffektiviteten på nationell nivå är större för befolkningsinsatser än för individuell diet- eller medikamentell behandling (9). En pågående svensk studie "Cost-Effectiveness-of-Lipid-Lowering" (CELL) vill för närvarande mäta kostnader/nytta, då patienter randomiserats till antingen diet eller läkemedelsbehandling (pravastatin) mot måttligt förhöjda kolesterolvärden.

#### Problem och kostnader efter screening

Ibland kan kostnader och resursanvändning efter screening bli oväntat stora, en erfarenhet som gjorts i England inom ramen för OXCHECK-studien (10). Primärvården kan därmed bli överlastad av åtaganden. I Sverige görs idag många vårdcentralbaserade screeningar som säkert förmår hjälpa en del högriskindivider. Ett problem kan dock vara, att man fångar upp så många personer med låg/måttlig risk, att resurserna överansträngs, när kanske 70–80 procent av en screenad po-

pulation ska följas upp på ett eller annat sätt (10,11).

#### Husläkarsystemet – vart leder det?

Distriktsläkarens vardag innebär ett pressat program, under pågående omstrukturering och nedskärning av resurser. Tidigare ambitioner om ett samlat områdesansvar och försök till lokal kommundiagnos (12) kan komma att ersättas av listsystem av husläkarmodell. I Husläkarpropositionen sägs, att individinriktat förebyggande arbete skall ingå i ett basåtagande för husläkaren (13) och att denne även skall samarbeta med samhällsmedicinska enheter etc. Detta kan dock visa sig bli svårt i praktiken, eftersom särskild tid inte är avsatt för detta arbete och inte heller särskilda resurser. Ett åtagande att sköta BVC och MVC skall lösas efter lokala överenskommelser och kommer ej att bli en integrerad del i husläkarens arbete på det sätt som idag bedrivs av distriktsläkare i allmänhet. Således kan man ur propositionen utläsa en positiv inställning till preventionsarbete, men erfarenheter från länder med listsystem är, att man i allmänhet ej nått upp till den ambitionsnivå som erhålls vid ett områdesbaserat befolkningsansvar av svensk modell (14).

Historiskt sett har de flesta läkare varit måttligt intresserade av preventionsarbete. Många engagerade distriktsläkare finns dock i vårt land, vilket avspeglar sig i deras höga representation i den nystartade Svenska Föreningen för Förebyggande Medicin (SFFM).

#### Behov av prioriteringar

Prioriteringar genomsyrar vårdens verklighet idag. Detta gäller även på preventionsområdet. I Tabell II presenteras ett förslag till prioritering, som kan bli föremål för diskussion. Prevention i allmänhet kommer långt ner på de prioriteringslistor som lanserats för hela sjukvården i ett land som till exempel Norge (15). Det är dock viktigt att nyansera sin syn samt även skilja på primär och sekundär prevention, där den sistnämnda förefaller mycket mer kostnadseffektiv för till exempel hjärt/kärlsjukdom än vad primärprevention är, även om man därmed når ett lågt antal patienter i jämförelse med antalet riskpersoner i hela befolkningen.

Det finns många aktörer utanför primärvården som har en plats i det preventiva arbetet. Detta gäller dels inom sjukvården (företagshälsovård, tandvård med flera) samt utanför sjukvården (massmedia, föreningar etc). Primärvården har dock lokalt en viktig uppgift i att samla arbetet inom preventionsområdet för att sålunda kunna koordinera det med vad som görs från primärkommunens sida,

bland annat via Miljö- och hälso-skyddskontor, Gatukontor med flera.

#### Stöd från allmänheten

Man vet från många undersökningar, att allmänheten brukar förorda insatser på det förebyggande medicinska området, eftersom man därigenom dels hoppas kunna minska ohälsa och dels spara vårdkostnader. Den lokala primärvården har därför ofta en positiv resonansbotten i den lokala befolkningen när förebyggande insatser och projekt lanseras. Det blir därför även en fråga om primärvårdens trovärdighet i befolkningens (skattebetalarnas) ögon huruvida man vill vinnlägga sig om en hög standard på både preventivt och terapeutiskt vårdarbete. Inom vissa landsting finns även politiska beslut om preventionssatsningar, till exempel Västerbottensprojektet. I en representativ demokrati är detta ett uttryck för folkviljan inom landstinget och måste respekteras, även av preventionsmotståndare.

#### Goda exemplars betydelse

Preventionstanken har en förankring – inte bara i den medicinska historien, i lagar och rekommendationer, hos många läkare och vårdarbetare – utan också i allmänhetens inställning. Det är för oss viktigt att ge goda exempel på preventivt arbete från olika håll i landet, med god kostnadseffektivitet och hög etisk målsättning. Ett bra exempel på detta är projekt för förebyggande av barnolycksfall. Sådana projekt finns nu på många håll och röner stor uppskattning från olika bedömare, kanske för att preventionarbetet där kan illustreras i en form som också går att utvärdera (16). Arbetet för en bättre folkhälsa går både via förebyggande och botande medicinska insatser – det gäller att kunna gå på två ben, annars bli man till slut halt!

#### Referenser

1. Skrabanek P. Risk-factor epidemiology: science or non-science? In: Health, lifestyle and environment – countering the panic. London: Manhattan Institute, The Social Affairs Unit, 1991.
2. Skrabanek P. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? *J Med Ethics* 1990;16:187-90.
3. McCormick J, Skrabanek P. Coronary heart disease is not preventable by population interventions. *Lancet* 1988;ii: 839-41.
4. Oliver M. Doubts about preventing coronary heart disease. Multiple interventions in middle aged men may do more harm than good. *BMJ* 1992; 304:393-4.
5. Collins R, Peto R, MacMahon S et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335:827-38.

6. Holme I. An analysis of randomized trials evaluating the effect of cholesterol reduction on total mortality and coronary heart disease incidence. *Circulation* 1990;82:1916-24.
7. Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA. Lowering cholesterol concentration and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *BMJ* 1990;301:309-14.
8. Smith GD, Pekkanen J. Should there be a moratorium on the use of cholesterol-lowering drugs? *BMJ* 1992;304: 431-4.
9. Kristiansen IS, Eggen AE, Thelle DS. Cost effectiveness of incremental programmes for lowering serum cholesterol concentrations: is individual intervention worth while? *BMJ* 1991; 302:1119-22.
10. Imperial Cancer Research Fund OX-CHECK Study Group. Prevalence of risk factors for heart disease in OX-CHECK trial: implications for screening in primary care. *BMJ* 1991;302: 1057-60.
11. Hellenius ML, de Faire U, Holm G, Krakau I. Prevention av hjärt/kärlsjukdomar i primärvården – prelimi- nära 2-års resultat från ett hjärt/kärl-program i Sollentuna. Svenska Läkaresällskapets handlingar *Hygiea* 1990; 99:8 (abstrakt).
12. Haglund BJA. The community diagnosis concept – a theoretical framework for prevention in the health sector. *Scand J Prim Health Care Suppl* 1988;1:11-21.
13. Husläkare – för kontinuitet och trygghet i vården. Stockholm: Socialdepartementet, Ds 1992;41.
14. Husläkare. Internationell jämförelse. Stockholm: Spri 1992;333.
15. Retningslinjer för prioriteringar inom norsk helsetjeneste. Norges Offentlige utredningar (NOU) 1987;23.
16. Schelp L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents. Stockholm: Stockholms universitet, 1987. (Thesis)

#### Författarpresentation

Peter Nilsson, distriktsläkare,  
Dr med vet.  
Vårdcentralen  
240 10 Dalby

### Call for Abstracts

## TEACHING WOMEN'S HEALTH: A MULTIDISCIPLINARY CONFERENCE

15-17th September, 1993

London, England

The aims of the conference are:

- To facilitate international networking among education- alists interested in women's health and curriculum development in medicine and nursing.
- To exchange information on the ways in which women's health care is incorporated into the medical/nursing curricula, covering content, teaching methods and theoretical or strategic issues.
- To discuss problems encountered when attempting to implement women's health curricula, including social, political and professional issues.

Further details on abstract submission or registration can be obtained from:

**Julie George**  
Women's Health Care Research Unit  
Department of General Practice  
Basic Medical Sciences Bldg at QMW  
London E1 4NS  
England

Conference organised with the assistance of the Women's Health Care Research Unit, Department of General Practice, Joint Medical Colleges of St. Bartholomew's and the Royal London Hospitals.



# Frågor och svar om läkemedel

LBO 5544

## 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 08/570385 00, fax 08/57038506.

## Moduretic och lågt S-Na

**FRÅGA:** En 74-årig kvinna har behandlats med Tenormin (atenolol) 50 mg x1 och Moduretic (amilorid 5 mg och hydroklortiazid 50 mg i kombination) x1 i många år på grund av högt blodtryck. Natriumnivåerna i blod har varit något låga, 130–131 mmol/l (refvärde 133–146 mmol/l) medan nivåerna av kalium, glukos och urat samt trombocyter har varit normala. Byte till Plendil (felodipin) misslyckades på grund av dålig blodtryckskontroll. Vad kan en låg natriumnivå på grund av Moduretic innebära? Skall behandlingen med Moduretic avslutas och ersättas med ett annat läkemedel?

**SVAR:** Hyponatremi är en välkänd men ovanlig biverkan av behandling med tiaziddiuretika. Verkningsmekanismen är inte helt klarlagd. Man har föreslagit att medlen medför minskad reabsorption av natrium i distala tubuli utan att påverka urinkoncentrationen eller urinmängderna. Onormalt höga koncentrationer av antidiuretiskt hormon har också påvisats hos patienter som rapporterats ha denna biverkan.

Amilorid har natriuretisk och kaliumsparande effekt. Allvarlig hyponatremi har rapporterats efter kombinationsbehandling med tiazider och amilorid. Hyponatremi är vanligen mild eller måttlig. Hos vissa patienter kan emellertid hyponatremi vara uttalad och medföra med allvarliga kliniska symtom som centralnervösa biverkningar. Hyponatremi på grund av diuretika är sannolikt vanligare hos äldre och hos kvinnor. Denna uppfattning baseras på en relativt liten retrospektiv studie och litteraturnomgång.

Lindrig hyponatremi, S-Na > 125 mmol/l, orsakar sällan kliniska symtom, men patienterna får oftare symtom om minskningen av koncentrationen har skett snabbt. Vi har inte funnit några studier eller någon information i litteraturen om långsiktiga biverkningar av mild hyponatremi. En kardiolog som vi konsulterat anser att den milda hyponatremi i det aktuella fallet är ofarlig och rekommenderar inte byte till annat läkemedel av denna orsak. Man kan också tänka sig en viss sänkning av dosen så att effekten bibehålls men hyponatremi minskar.

**Sammanfattning:** Hyponatremi är alltså en välkänd men ovanlig biverkan av behandling med hydroklortiazid och amilorid. Det finns inga uppgifter i litteraturen om långsiktiga biverkningar till följd av måttlig hyponatremi.

## ACE-hämmare och graviditet

**FRÅGA:** Kan ACE-hämmare användas under graviditet eller finns det risk för missbildningar?

**SVAR:** Sedan länge är det känt att ACE-hämmare kan ge fosterskador och även fosterdöd om de ges under graviditeten särskilt i andra och tredje trimestern. De fosterskador som främst har beskrivits tidigare har varit oligohydramnios, hypotension och oliguri/anuri. På senare år har man i ökande grad uppmärksammat rapporter om defekt skullförbening hos foster/barn till mödrar som behandlats med ACE-hämmare under delar eller hela graviditeten. Den första rapporten om fostermissbildning, med skelett och skullabnormaliteter på grund av ACE-hämmare publicerades 1981. Fram till 1989 finns ytterligare tre liknande fallrapporter. Från 1983 klassas alla ACE-hämmare som kategori D beträffande graviditet.

## Patienter med epilepsi och karbamazepin bör helst undvika dextropropoxifen

**FRÅGA:** En 78-årig kvinna har behandlats med karbamazepin (Tegretol®) 200 mg två gånger dagligen sedan två veckor på grund av neuralgisk smärta. Patienten tar också dagligen cirka sex tabletter Paraflex comp (innehåller kloroxazon 125 mg, salicylsyra 500 mg samt dextropropoxifen 45 mg) och ibland dessutom Distalgesic (varje tablett innehåller dextropropoxifen 72.5 mg samt paracetamol 325 mg). Finns det risk för interaktion mellan dextropropoxifen och karbamazepin?

**SVAR:** Den första väldokumenterade rapporten om interaktion mellan karbamazepin och dextropropoxifen publicerades 1977. Sju patienter som hade regelbunden behandling med karbamazepin fick tilläggsbehandling med dextropropoxifen (i USA: propoxyphene) 25 mg x3. Två patienter fick uttalade biverkningar och avslutade behandlingen med dextropropoxifen redan efter två dagar – inga koncentrationsbestämningar gjordes. Hos de övriga fem patienterna steg koncentrationen karbamazepin med mellan 45 och 77 procent. Hos tre av patienterna uppträdde typiska intoxikationssymtom av den höga karbamazepinkoncentrationen. Man fann ingen stegring i koncentrationen av karbamazepinmetaboliten epoxid.

I en annan studie från samma grupp forskare studerades sex patienter som behandlades med 600–800 mg karbamazepin dagligen. Dessa patienter fick dextropropoxifen 65 mg x3 som ytterligare behandling. Hos alla sex patienterna steg karbamazepinkoncentrationen under dextropropoxifenbehandlingen med i medeltal 60 procent under de första sex behandlingsdagarna. I motsats till de flesta patienter steg även epoxidkoncentrationen något. Man drog slutsatsen att patienter med epilepsi och som har behandling med karbamazepin bör undvika dextropropoxifen. Om det ändå anses som en nödvändig terapi måste karbamazepinkoncentrationen följas ytterst noggrant från första dagen och dosen justeras efter koncentrationssvaret.

I en rapport som helt nyligen publicerats behandlades åtta patienter med karbamazepin och dextropropoxifen och i dessa fall hade karbamazepinnivåerna stigit med mellan 69 och 600 procent. Mekanismen för denna interaktion har antagits vara en inhibering av en funktion i systemet med enzym i cytokrom P-450 i levern med minskad metabolism av karbamazepin som följd.

När dextropropoxifen i de här åtta fallen utsattes, minskades snabbt detta inhibition.



## Ledbiverkningar av influensavaccin

**FRÅGA:** En patient vaccinerades med influensavaccin, Vaxigrip. Efter 16 dagar fick patienten en reaktiv artrit i fotleden. Kan detta ha något samband med den tidigare vaccinationen? Patienten har haft artrit en gång tidigare.

**SVAR:** I Läkemiddelsverkets biverkningsregister finns (februari-90) sex rapporter med patienter som fått synovit och/eller artrit efter vaccination med influensavaccin och där sambandet bedömts som troligt. Fyra av fallen inträffade redan 1972 och två 1987. Dessutom finns två fall rapporterade av artralgi, där sambandet med vaccination mot influensa bedömts som troligt.

Fall av artrit i samband med vaccination mot svininfluensa har omnämnts i amerikansk litteratur. På SBL, som dels tillverkar eget influensavaccin, dels distribuerar samtliga andra tillverkares vacciner, har man inte fått några rapporter om artrit efter vaccination utöver dem som finns i Läkemiddelsverkets biverkningsregister. Det är dock rimligt att anta, att inte alla inträffade fall rapporteras och att det många gånger är svårt att avgöra om patienten hunnit bli smittad på vanligt sätt. Den sanna frekvensen av denna biverkan är alltså inte känd, men torde vara låg. Det brukar anges att influensavaccin bör ges med försiktighet till patienter med reumatoid artrit eller annan autoimmun sjukdom, då tillståndet kan försämrans akut. Denna rekommendation tycks dock vara dåligt underbyggd. Inom Svensk reumatologisk förening har man därför i samråd med infektionsläkare beslutat sig för att rekommendera vaccination till reumatiska patienter med lung- eller hjärt-kärlsjukdom, men inte till övriga patienter. För övrigt råder man till försiktighet med influensavaccination till patienter med reumatoid artrit.

Det har tidigare också diskuterats om vaccin mot svininfluensa till och med skulle kunna utlösa reumatoid artrit, men vid en epidemiologisk utvärdering efter 45 miljoner givna doser vaccin mot svininfluensa, sågs ingen ökad incidens av nya fall av reumatoid artrit.

Vi föreslår att det aktuella fallet anmäls till läkemiddelsverkets biverkningsregister.

**Kommentar:** Rapporterar du själv biverkningar av vaccinationer?

## Antiflogistika till profyripatient

**FRÅGA:** En 50-årig kvinna med latent porfyri och knäledsartros medicinerar med Magnecyl 1x2. Hon har trots detta besvärlig värk i knäleden. Finns det något antiflogistikum som inte är "förbjudet" hos patienter med porfyri?

**SVAR:** Man bör vara allmänt försiktig vid medicinering av patienter med porfyri eftersom även läkemedel, som inte angivits som farliga, kan utlösa attacker hos känsliga porfyripatienter. Riksföreningen mot porfyrisjukdomar har tillsammans med Apoteksbolaget utarbetat en lista över läkemedel som hittills rapporterats kunna utlösa porfyriattacker. Här står bland annat diklofenak (ex Voltaren) upptagen medan till exempel ibuprofen (ex Brufen) inte nämns.

Vid telefonkontakt med Riksföreningen mot porfyrisjukdomar vid St Görans sjukhus framkommer att det i deras kontinuerligt uppdaterade information från ett porfyricenter i Glasgow inte finns något känt fall av porfyriattack som kunnat sättas i samband med behandling med ibuprofen. Ibuprofen bedöms därmed som ett "någorlunda säkert" antiflogistikum enligt Riksföreningen och Glasgow.

Eftersom det inte finns något rapporterat fall av porfyriattack i samband med medicinering med acetylsalicylsyra (ASA) och ASA är det läkemedel som anses vara förstahandsmedel till profyripa-

tienter med smärta, vill vi i första hand föreslå, att patientens dos ASA ökas något. Om detta är otillräckligt, kan man överväga ett antiflogistikum exempelvis ibuprofen.

## Trimetoprim och hudreaktioner

**FRÅGA:** En 30-årig kvinna har behandlats med trimetoprim under sju dagar mot en UVI. På sjunde behandlingsdagen reagerade patienten med en feberreaktion, frossa, trötthet samt ett finprickigt exantem. Kan denna sena reaktion vara orsakad av trimetoprimbehandlingen? Patienten har tidigare reagerat mot trimetoprimsulfa.

**SVAR:** Flera liknande frågor har tidigare besvarats vid läkemedelsinformationscentralen. I dessa svar fastställs, att urtikaria och även andra hudreaktioner liksom allergiska reaktioner kan förekomma efter behandling med trimetoprim. Reaktionerna inträffar vanligtvis efter 7-11 dagars behandling. Det finns även en del fall av erytema multiforme som satts i samband med trimetoprimbehandling.

Även feberreaktion omnämns i litteraturen som en biverkan av trimetoprim.

I Läkemiddelsverkets biverkningsregister finns för trimetoprim (1991) drygt 800 rapporter om hudbiverkan som bedöms ha ett troligt samband med trimetoprimbehandling. Det flesta är exantem som ofta uppträtt efter en veckas behandling med trimetoprim. Exantemet uppträder ofta i samband med feber. Frossa har också rapporterats i enstaka fall, som kommit efter 2-3 dagars behandling.

Vi föreslår att det beskrivna fallet rapporteras till biverkningsregistret.

## Amning och Imigran

**FRÅGA:** Hur lång tid efter en dos Imigran (6 mg s.c.) bör man vänta med att amma?

**SVAR:** Imigran (sumatriptan) är en selektiv 5-hydroxytryptamin-1-lik receptoragonist som kan användas för behandling av migrän. Läkemedlet utsöndras i bröstmjolk hos försöksdjur, men inga data har påträffats för människa. Man rekommenderar att mammor som tar sumatriptan inte ammar.

Sumatriptan elimineras relativt snabbt, halveringstiden är två timmar. Man beräknar att hos en kvinna som väger 65 kg finns cirka tre procent av läkemedlet i blodbanan vid jämvikt och det är den från den andelen som läkemedel sen kan distribueras till bröstmjölken. Uppgift om mjölk/blodkoncentrationskvot saknas, men om man antar att den är mycket hög, till exempel tio, så skulle den dos barnet får vid amning två timmar efter det att modern fått en injektion sumatriptan vara 0.03 mg. Motsvarande siffror vid amning 24 timmar efter läkemedelsintag är 13 ng. Hur stor andel av denna dos som är biotillgänglig för barnet är inte känt. Hos vuxna är biotillgängligheten efter peroral tillförsel av sumatriptan endast cirka 14 procent, främst på grund av hög sk förstapassageeffekt, det vill säga medlet metaboliseras i hög grad vid första passagen genom levern.

Dessa hypotetiska beräkningar tyder på att den dos barnet får vid amning 24 timmar efter läkemedelsinjektionen är så liten, att den sannolikt inte har någon effekt alls på barnet.

**Kommentar:** I kapitlet om "Läkemedel under graviditet och vid amning" som kommer i den nya Läkemiddelsboken 93/94, som för närvarande sammanställs, kommer resonemanget ytterligare att belysas. Läs det!

# Förskrivningen av serumlipidsänkande medel

INGEGERD AGENÄS

Den svenska befolkningen har höga värden för blodfetter. I en internationell studie (MONICA) hade den svenska gruppen av män ett genomsnittligt värde på 6.2 mmol/l. Spridningen bland de 30 deltagande områdena var från 4.2 mmol/l till 6.5 mmol/l. Från de övriga nordiska länderna redovisades i denna studie högre genomsnittstal än från Sverige. Ett internationellt genomsnitt låg vid ungefär 5.8 mmol/l.

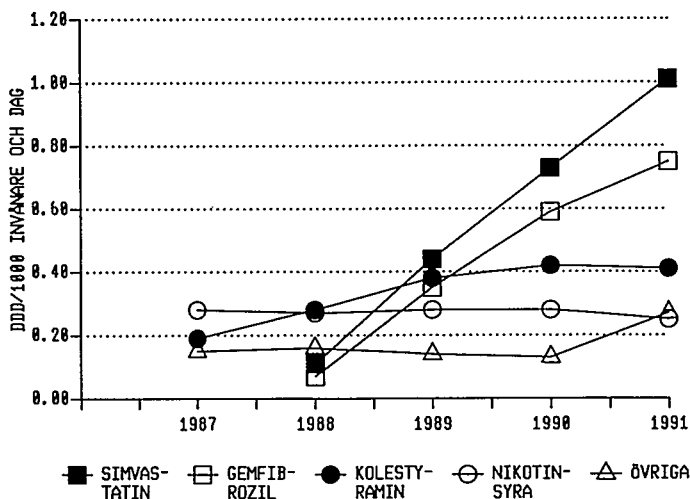
I Sverige har Läkemedelsverket tillsammans med enheten för internationell hälso- och sjukvårdsforskning vid Karolinska Institutet (IHCAR) och med stöd av Apoteksbolagets nämnd för rationell läkemedelsanvändning (ANNA) genomfört den första svenska informationsatsningen med "dubbelblindprövning" i det så kallade HIP-projektet (hyperlipidemi i primärvården). Ett urval vårdcentraler har av specialutbildade apotekare fått information om läkemedelsinformationskommitténs rekommendationer för förskrivning av serumlipidsänkande läkemedel. Ett matchat urval andra vårdcentraler har inte fått motsvarande information. Informationsatsningen var mycket populär. Det faktiska utfallet värderas för närvarande. Till det som utvärderas hör val av läkemedel inom gruppen serumlipidsänkande läkemedel.

## Utvecklingen av användningen av serumlipidsänkande medel i Sverige

Användningen av serumlipidsänkande medel i Sverige ökade kontinuerligt från 0.7 DDD/1000 inv/dag 1987 till 2.7 DDD/1000 inv/dag 1991 (Figur 1). Vid en jämförelse med de övriga nordiska länderna finner man att Finland och Island har högre, medan Danmark och Norge har lägre försäljning än Sverige. Kostnaderna ökade under samma tidsperiod mer än volymen (Figur 2).

Rekommendationen från läkemedelsinformationskommitténs workshop 1988 (Treatment of Hyperlipidemia 1989:3) framgår av Figur 3. Sedan rekommendationerna utfärdades har pravastatin (Pravachol) – liksom simvastatin en HMG-CoA-hämmare – och bezafibrat (Bezalip) registrerats.

Trots placeringen som tredjehandsmedel i rekommendationerna var simvastatin redan 1989 den största substansen och dess andel av försäljningen mätt både i DDD och kronor har fortsatt att öka (Figur 1 och 2). Den andra substans som fått starkt ökad användning under perioden är gemfibrozil. Kolestyramin har oförändrad och nikotinsyra och -derivat minskad försäljning. De nya preparaten visade en kraftig försäljningsökning under 1991. Under första halvåret 1992 har läkemedelsanvändningen ökat i



Figur 1. Serumlipidsänkande medel. Försäljningsutvecklingen 1987–1991.

alla läkemedelsgrupper till följd av ökad produktivitet i vården och hamstring inför ändringar i läkemedelsförmånen. Serumlipidsänkarna ökade betydligt mer än läkemedelsanvändningen totalt och mest ökade simvastatin.

Studier i den svenska befolkningen visar att förhöjda blodfetter är vanligare i Norrland än i Svealand och Götaland. Försäljningen av serumlipidsänkande medel varierar starkt i olika delar av landet. Norrlandslänen återfinns över hela skalan. Två sydsvenska län, Malmöhus och Kalmar län, har den högsta respektive lägsta försäljningen (Figur 4).

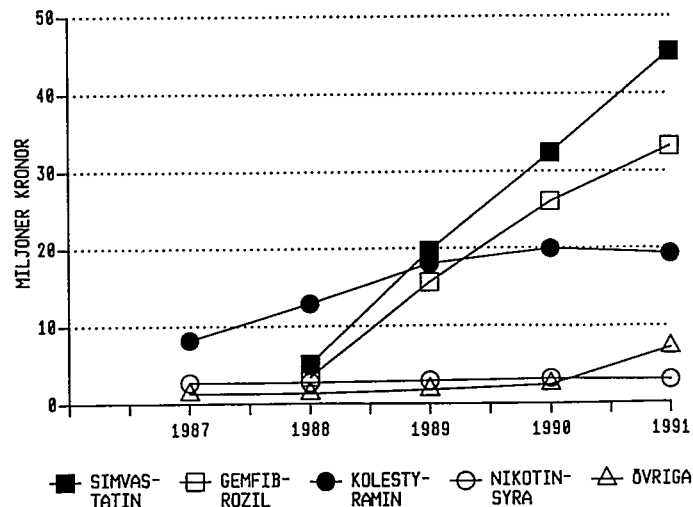
Preparatvalet är olika i länen och speglar uppenbarligen lokala rekommendationer/terapitraditioner, som inte överensstämmer med läkemedelsinformationskommitténs. Simvastatin visar den största försäljningsvariationen med stor användning i Östergötlands, Malmöhus och Västerbottens län och liten i Södermanlands, Kalmars och Jämtlands län.

Kostnaden för serumlipidsänkande medel 1991 var 108 mkr (Figur 2). Om riket hade samma nivå på användningen som det högsta länet skulle kostnaden vara 44 mkr högre. Om riket dessutom haft samma val av läkemedel som det dyrast länet skulle kostnaden bli ytterligare 8 mkr högre.

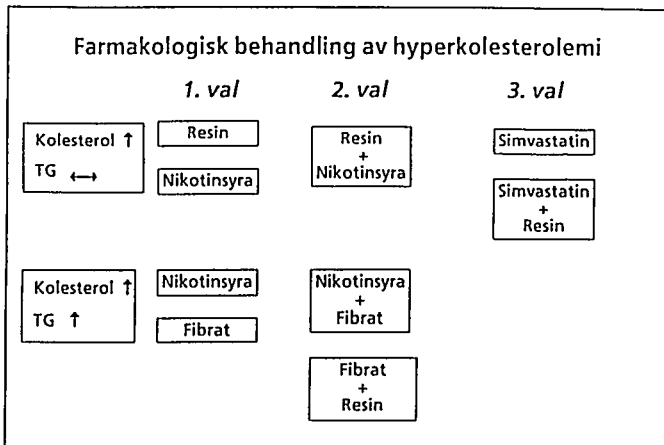
Ålders- och könsfördelningen för patienter, som använder serumlipidsänkande medel, avviker från den vi är vana att se (Figur 5). Användningen är högst bland män i åldern 60–64 år, där någon procent av befolkningen kan vara användare. Även för kvinnor är användningen högst i åldersgruppen 60–64 år. För äldre blir sedan konsumtionen jämförbar mellan könen. Användningen bland yngre män är betydligt högre än bland kvinnor i samma åldrar. Fyrtio procent av den totala försäljningen går till män i åldern 35–64 år. De brukar betraktas som den primära målgruppen för behandling. Preparatvalet är relativt lika i alla åldersgrupper.

## SPRI om kolesterolsänkande medel

I en ny rapport från SPRI nr 335: Kolesterolsänkande läkemedel – Praxis och ekonomi – finns utöver redovisning av läkemedelsförsäljningen också resultaten av en enkätundersökning till ett urval förskrivare i fyra olika län. Urvalet har varit allmänläkare verksamma inom primärvården, läkare vid medicinkliniker, företagsläkare och privatpraktiker. Enkäten genomfördes i maj 1990.



Figur 2. Serumlipidsänkande medel. Försäljningsutvecklingen 1987–1991.



Figur 3. Farmakologisk behandling av hyperkolesterolemi.

Enkäten innehöll frågor bland annat om

- praxis för och attityder till utredning och behandling av hyperlipidemi, särskilt i relation till läkemedelsinformationskommitténs rekommendationer;
- exponering för information om användning av lipidsänkande läkemedel.

55 procent av de tillfrågade besvarade enkäten.

Läkare från Västmanland var mest positiva till blodfettsscreening, efterföljda av läkare från Stockholms län. Det större intresset i Västmanland berodde på att distriktsläkarna där var mer positiva än sina kollegor i de övriga länen. Den vanligaste orsaken till rutinmässig provtagning var tidigare hjärt/kärlsjukdom hos patienten. Andra grupper som testades var patienter med diabetes eller med släkthanamnes för hjärt-kärlsjukdomar eller hyperlipidemi, liksom överviktiga patienter och rökare.

Stockholmsläkarna uppgav sig ta ställning till behandling av förhöjda blodfetter mer ofta än läkare från de övriga landstingen. Den läkarkategori som oftast tar ställning till blodfettbehandling är privatläkare, därefter läkare i företagshälsovården. En förklaring till privatpraktikernas höga värden antas vara dels att de har många patientbesök över huvud taget, dels att deras patienter ofta har hjärt-kärlproblem och är äldre. Man antar då också att de insatta åtgärderna kan tänkas avse primärpreventiva åtgärder hos tidigare friska individer. Företagshälsovården förmodas behandla symptomfria medelålders individer.

**Läkemedelsbehandling.** I enkäten efterfrågades hur ofta man skrev ut blodfettssänkande läkemedel. Ungefär 70 procent av läkarna skrev ut blodfettssänkande läkemedel med ett genomsnitt av 2.5 recepte per månad.

Enkäten följde läkemedelsinformationskommitténs riktlinjer för att utröna om läkarna accepterade och följde rekommendationerna.

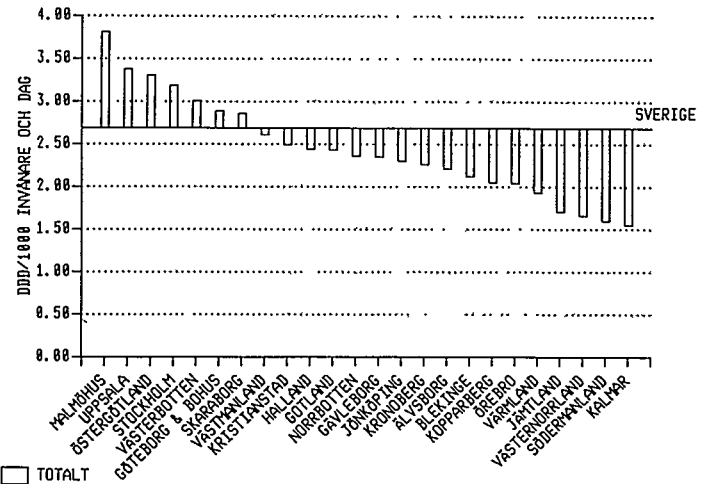
**Ideal plasmakolesterolvå** – 5.2 mmol/l – drygt hälften av läkarna följde denna nivå. Skäl till att inte följa den var framför allt att den var för låg.

**Gränsvå** – 5.2–6.4 mmol/l – patienten bör erhålla allmänna råd. Över 70 procent av förskrivarna följde denna gränstragning. Huvudanledningen till att inte följa den var att de rekommenderade åtgärderna var för omfattande och aktiva.

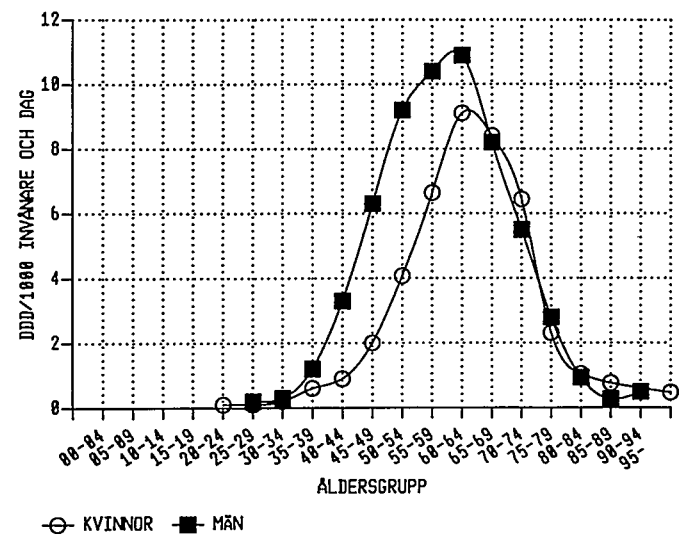
**Hyperkolesterolemi** – >6.5 mmol/l vid två mättillfällen med minst en veckas mellanrum – fyra av fem följde denna definition. Bland de övriga ansåg de flesta att värdet är för lågt.

**Åtgärder**

– vid **nyupptäckt** hyperkolesterolemi ickefarmakologisk behandling och kontroll efter ett halvt år. Nio av tio uppgav sig följa



Figur 4. Serumlipidsänkande medel. Försäljningen 1991.



Figur 5. Serumlipidsänkande medel. Försäljning mot recept 1991.

denna rekommendation. De som inte följde ansåg att hänsyn borde tas också till patientens ålder. Några hade kortare kontrollperiod än ett halvt år.

– efter ett halvt år – 6.5–7.8 mmol/l och inga andra riskfaktorer – fortsatt ickefarmakologisk behandling. Mer än nio av tio följer denna rekommendation.

**Ålderns betydelse** – 80 procent av läkarna ansåg att man bör ha en övre åldersgräns för farmakologisk behandling. I Västerbotten redovisade 90 procent av läkarna den uppfattningen.

**Könsskillnader** – rekommendationen är att det inte finns underlag för att inte behandla män och kvinnor lika. Hälften av läkarna anser att man bör behandla könen lika.

**Läkemedelsinformationens betydelse**  
De informationskällor som tillmättes störst betydelse var Läke-medelsverkets (SLA) och Läkartidningen.

**Varför finns det skillnader i läkemedelsförsäljningen?**

Det finns i denna studie *inte* något samband mellan den epidemiologiska riskbilden i befolkningen och förskrivningen av blodfettssänkande medel. En förutsättning för att det skall bli aktuellt med behandling är att diagnos ställs. De generella attityderna till screening var olika i de olika länen, följsamheten till de lägre gränsvärdena var inte speciellt hög. Utebliven screening kan leda till att patienter inte identifieras. Tveksamheten till de lägre gränsvärdena bör däremot inte påverka förskrivningen eftersom det där inte är aktuellt med medikamentell intervention.

# Svensk hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv

LB 5546

P OWE PETERSSON

*P Owe Petersson var under 1980-talet direktör vid Världshälsoorganisationens Europa-kontor i Köpenhamn, där han ansvarade för den hälsopolitiska avdelningen. Artikeln belyser hälsopolitiska strukturer och utvecklingstendenser i Europa under 1980-talet. Utvecklingen i Sverige belyses kortfattat i ett internationellt perspektiv, samtidigt som betydelsen av den fortsatta diskussionen poängteras mot bakgrund av "Vägval 1991".*

Egentligen måste man gå tillbaka till 1978, då Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s Barnfond (UNICEF) tillsammans anordnade Alma-ATA-konferensen i Casacstan. På basen av den så kallade Alma-deklarationen angående "Hälsa för Alla år 2000" började man på WHO:s Europa-kontor i Köpenhamn, att utarbeta de 38 delmålen för den första pan-europeiska hälso- och sjukvårdspolicyn, som sedan accepterades av regionalkommittén 1984. Regionalkommittén är WHO:s Europaparlament med representanter från medlemsstaternas regeringar. Det europeiska "Hälsa för Alla"-dokumentet är på många sätt mycket intressant, eftersom det lägger fast en hälso- och sjukvårdspolicy oberoende av ländernas politiska, ekonomiska, kulturella och sociala struktur.

Storbritannien hade redan 1946 infört sin "National Health Service" – två år innan WHO bildades 1948 – anmärkningsvärt tidigt i ett internationellt perspektiv. De nordiska länderna, med en ganska centralt utformad hälso- och sjukvårdspolicy, började dra upp riktlinjerna för sina strukturer på 1950-talet. Öst-Europa hade ett karaktäristiskt normativt system med femårsplanering, planekonomi och mycket strikta hälso- och sjukvårdsprinciper med stark dominans av förebyggande arbete. I Centraleuropa och i medelhavsområdet förekom flera olika hälso- och sjukvårdssystem med flexibla och liberala ramar. Egeninitiativ och privat verksamhet har alltid varit och är fortfarande starka drag inom framför allt medelhavsområdets strukturer.

Gemensamt kan sägas, att där en politisk vilja fanns att utveckla strate-

giska hälso- och sjukvårdsplaner, där genomfördes strukturer och processer som liknar dem vi är vana vid att arbeta med i de nordiska länderna.

## 1980-talet

Under 1980-talet inträffade mycket snabba förändringar i olika, europeiska geopolitiska system. I Centraleuropa uppstod en mycket kraftig turbulens i och med Berlin-murens rivning i november 1989, vilket utlöste dramatiska förändringar, framför allt i öst-väst-relationerna i Europa.

Innan de politiska strukturerna förändrades, fanns i det också i Europa, både i öst och väst, tecken som pekade på nödvändigheten av förändringar av hälso- och sjukvårdens organisation, framför allt beträffande följande områden:

- *Ekonomi och etik:* Hur kunde man förbättra den ekonomiska driftsfunktionen? Vad är etiskt och vad är oetiskt att göra eller inte göra?
- *Miljö och hälsa:* Alternativa rörelser och miljöpartier väckte den politiska medvetenheten och placerade både miljö och hälsa på den politiska dagordningen.
- *Avvägningen mellan sjukvård och hälsovård:* Hur förbättra hälsofrämjande, förebyggande arbetet, delvis på sjukvårdens bekostnad, men med förbättrad och kanske förbilligad sjukvård på längre sikt?
- *Patienten som konsument:* Patientens rättigheter kommer i förgrunden, köpa-sälj-system utvecklas och ställer nya krav på både struktur och process inom hälso- och sjukvården.

Mycket hade också inträffat som gjort, att hälso- och sjukvården, liksom miljövården, inte är ett land-problem, utan ett problem utan gränser och "murar". Tjernobyl-katastrofen riktade uppmärksamheten på sådana problem liksom luft- och vattenföroreningar gjort tidigare.

## Det nya Europa

Det nya, EG-inspirerade Europa, som växte fram under de senare åren på 1980-talet, kände inga gränser. Friheten poängterades, rörligheten av folk, varor, tjänster och kapital framstod som väsentliga begrepp. Allt detta skapade nya problem socialt, ekonomiskt och miljömässigt och ställde krav på nya strukturer och system. Mot den bakgrunden såg man framför sig olika senarier nämligen:

- Dual Europe – det delade Europa;
- Fortress Europe – Fästnings-Europa;
- Caring Europe – Utbildnings-Europa.

**Dual Europe:** Karakteriseras av "vi och dem". Starka marknadsekonomiska krafter reglerar tillvaron, skarpa gränser mellan olika klasser, mellan arbetslösa och anställda, mellan olika regioner; "motorregioner och bakgårdar". Vissa oundvikliga miljöproblem koncentreras till olika "dumpningsområden" med låg livskvalitet som följd.

**Fortress Europe:** En fortsatt utveckling av EG-verksamheter med mycket gynnsamma förhållanden för vissa ekonomiska grupper. En typ av väst-europeisk "Marshall-plan" kommer att efter prövning ge ekonomiskt stöd till östra Europa. Invandringen från tredje världen kommer att regleras genom en ganska stram invandringspolitik, gränser dras upp mellan olika medborgargrupper, man kan skilja mellan medborgare med fullständiga samhällsliga rättigheter och sådana med begränsade sociala rättigheter. Nya "murar" som inte syns reglerar tillvaron och egentligen är Fortress Europe en fortsatt förstärkning av det tvådelade Europa men mindre drastiskt och mera på mikronivå.

**Caring Europe:** Ett kompromiss/jämlikhetsförslag som bygger på ökad jämlikhet mellan könen, reduktion av arbetstiden och utveckling av nya stödjande system socialt, ekonomiskt och samhälleligt i allmänhet. Arbeta är viktigt och större individuell frihet eftersträvas på arbetsmarknaden. Utbildning, i princip livslång, förutsätts liksom också flexibilitet inom arbetsmarknaden. Ett brett utbud av kulturella aktiviteter erfordras för stimulans och välbefinnande.

I det framtida Europa kommer inte politiskt dragna gränser att vara så avgörande som förr. Beroende på samhörighet på historisk, traditionell, etnisk, religiös eller kulturell och kommersiell grund kommer samhällen att gruppera sig i olika understrukturer. Detta nya "regionernas Europa" kommer också för framtiden att få stor betydelse för hälso- och sjukvårdens utformning. Gemensamt för många av dessa nya regioner är att självförsörjningsgraden sannolikt kommer att minska, samtidigt som goda förbindel-

ser med andra regioner, med kompetens inom till exempel forskning och näringsliv som man själv saknar, kommer att få ökad betydelse. I detta nya "regionernas Europa" kommer centralstyrningens inverkan att minska. Kanske kommer vi att se en utveckling i Sverige med Mälardalen som en region, en västregion med Göteborg som centrum, en sydregion med Malmö-Köpenhamn i ett integrerat samarbete efter brobyggandet och en Norrlandsregion med Umeå-Luleå som centrumorter. I dagarna står just regionfrågorna i centrum - inte minst i konstitutionella reformdebatter inom EG. I Sverige har diskussionen om nya regionala strukturer tagit upp frågan om friregioner och förslag har tagits fram om ny fördelning av offentliga uppgifter mellan och inom olika nivåer.

#### Exempel på hälso- och sjukvårdssystem

I nordväst-Europa har man företrädesvis haft nationella hälso- och sjukvårdssystem som i stort sett har ansetts fungera bra. Som exempel kan nämnas hälso- och sjukvårdssystemet i Storbritannien, som utvecklades redan 1946. Systemet är skattefinansierat, resurserna fördelas av hälsovårdsministeriet till regioner och distrikt. Trots en ganska normativ struktur har privatverksamhet alltid varit av stor betydelse. Det danska systemet påminner rätt mycket om det engelska och båda betonar vikten av allmänpraktiserande läkare inom primärvården. Finland, Island, Norge och Sverige har alla likartade system, som är centralt styrda, men med delegation på regional och lokal nivå för vissa funktioner. Processmässigt bygger dessa system på representativ demokrati, där man till exempel på landsningsnivå har rätt att bestämma skattens storlek för att täcka fastlagda ansvarsområden. Inom ramen för centrala råd och anvisningar utarbetar man lokala planer för hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Intill helt nyligen såg man i öst-Europa en homogen grupp av länder som alla hade statliga, heltäckande hälso- och sjukvårdssystem av stark normativ karaktär. Hela systemet byggde på en normativ planläggning med måluppfyllelse inom femårsperioden. Trots den enhetliga strukturen såg man stora variationer, framför allt i kvalitet och säkerhet, inom och mellan de olika länderna.

I medelhavsområdet kan man se exempel på en utveckling mot nordiska system, där man inom hälso- och sjukvårdsstrukturerna är på väg från ett komplicerat försäkringssystem mot ett mera enhetligt nationellt system. Man har ofta försökt att kombinera decentralisering med centrala direktiv, där hälso- och sjukvården i princip

är baserad på skatter. Inom ett sådant system lade Italien 1978 fram sitt hälso- och sjukvårdspolitiska program. Portugal etablerade så tidigt som 1979 ett nationellt hälso- och sjukvårdssystem, som bygger på dessa principer. I Grekland 1982 och i Spanien 1984 lyckades man inte utan stora svårigheter, att införa ett nationellt system. I dessa länder har man dock fortfarande kvar ett stort utrymme för privat hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I centrala Europa, i länder som Österrike, Belgien, Frankrike, Tyskland, Holland och Schweiz, finner man hälso- och sjukvårdssystem med stor liberal flexibilitet och med många olika aktörer. Inga enskilda aktörer kan självständigt diktera villkoren, samverkan erfordrar och förhandlingar mellan olika företrädare, representerande olika verksamhetsområden, behövs för att nå fram till enhet. Både volym och kvalitet av hälso- och sjukvården och priser och återbärningar i försäkringssystem fastläggs i årliga förhandlingar mellan alla parter. Man har också ofta ett rikt utbud av service, även om det finns försäkringssystem, som ersätter det mesta för de flesta. Privata försäkringar kompletterar. I Schweiz har i stort sett alla en privat tilläggsförsäkring, medan man i Frankrike knappast behöver det, efter som det nationella systemet räcker väl. I Österrike och Tyskland ligger man i dessa fall lite mitt emellan. Holland är det klara undantaget, där en tredjedel av befolkningen har privata försäkringar, eftersom man inte täcks av den statliga försäkringen, när man nått en viss inkomst.

I alla liberala, pluralistiska hälso- och sjukvårdssystem är stor vikt lagd vid individens och läkarens frihet. Individen har rätt att söka vart han vill, måste kunna lita på full diskretion och vilja känna sig personligen omhändertagen. Trots ofta komplicerade samspel inom hälso- och sjukvården finns det lagar och förordningar, som garanterar den enskildes rättigheter och möjligheter - hälso- och sjukvårdens nätverk är finmaskigt och det är liten risk att någon faller igenom utan att fångas upp någonstans!

#### Tendenser i dagens Europa

Normativa system inom hälso- och sjukvården brukar karakteriseras av enhetlighet baserad på centrala, statliga normer. Liberala hälso- och sjukvårdssystem kännetecknas av mångfald i utbudet, är decentraliserade med starkt privat inslag och har stor vikt lagd vid individens och läkarens frihet. Då man mot denna bakgrund skall försöka belysa hälso- och sjukvårdssystemets utveckling i Europa under de senaste åren, ser man en tendens till viss uppluckring av de normativa systemen i nordväst-Europa

och östra Europa, vilket framför allt beror på ökade krav beträffande effektivitet och ekonomi.

I central-Europa, där hälso- och sjukvårdssystemen redan har ett starkt pluralistiskt inslag, är man mera avvaktande. Man känner en viss attraktivitet beträffande normativa system, men samtidigt vill man behålla en stark liberal inriktning.

I södra Europa, med oftast mer ofullständigt utvecklade hälso- och sjukvårdssystem med stark liberal karaktär, hade man under 1980-talet en ambition att utveckla normativa system med nationellt utformade hälso- och sjukvårdsstrukturer.

Det är kanske möjligt att dessa pendlingar i Europa mellan normativa och liberala system inom den närmaste 5-10-årsperioden kommer att avta och att vi i "regionernas Europa" kan hitta den rätta balansen mellan optimala normativa och liberala komponenter i hälso- och sjukvårdsstrukturen.

#### Vägval

Som förberedelse för landstingsförbundets projekt "Vägval 1991" anordnades på WHO i Köpenhamn ett internationellt expertmöte tillsammans med Socialstyrelsen. Den samlade internationella expertisen ansåg, att svensk hälso- och sjukvård har en hög institutionell, teknisk och utrustningsstandard. Den svenska hälso- och sjukvården har också kunnat visa, att man kan bedriva verksamheten inom begränsade ekonomiska ramar med god kvalitet. Strävan efter förnyelse har resulterat i decentralisering av ansvar och befogenheter från staten till sjukvårdshuvudmännen. Samtidigt noteras ett växande missnöje med hälso- och sjukvården. Detta är framför allt beroende på befolkningsförändringen, ökade anspråk och medicinskt tekniska framsteg samt växande finansieringssvårigheter. Strukturellt finns också en viss tröghet i systemen, som medför svårigheter i anpassningen av vården. Paradoxalt fann man i Sverige, trots det internationellt goda hälsoläget, hög sjukskrivningsfrekvens och hög förtidspensionering. Relativt stora och tilltagande hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper konstaterades samt en ojämn fördelning av läkare och andra hälso- och sjukvårdsresurser inom landet. Bättre samverkan mellan hälsovårdens, sjukvårdens och socialvårdens stödjande funktioner bedömdes som väsentlig, framför allt inom ungdoms- och äldreomsorgen och i specifika problemområden, till exempel beträffande droger och alkohol. Expertmötet mynnade ut i en del allmänna ställningstaganden av följande karaktär:



1. Sjukvården är inte tillräckligt serviceinriktad. Man arbetar i ett traditionellt myndighetsbetende snarare än i ett modernt, professionellt servicebetende.
2. Hälso- och sjukvårdspolitikerna i Sverige är inte jämnt fördelade. Klassrelaterad ohälsa har bidragit till att välförhållandena har ökat. Hälsofrämjande åtgärder får genomslagskraft, mest hos den redan friska, välutbildade och välsituerade delen av befolkningen.
3. Man får för lite pengar till vård. Sjukvårdshuvudmännen dras med stora ekonomiska underskott, man får inte de resurstillskott som demografiska och teknologiska utvecklingen kräver. Huvudmännens möjlighet till fortsatt expansion är begränsad.
4. Man får för lite vård för pengarna. De påtagliga resurser, som sjukvården trots allt har, utnyttjas inte optimalt. Lagar, förordningar och rutiner kan begränsa sjukvårdshuvudmannens flexibilitet och möjlighet att anpassa tillgång på arbetskraft till efterfrågan av vård.
5. Försäkringskostnader ökar mycket snabbare än vårdkostnader; värden

utsätts för regelbundna, politiskt beslutade budgetrestriktioner medan däremot försäkringsförmånerna inte prövas på samma sätt.

6. Samverkan mellan försäkringskassa och sjukvårdshuvudman rekommenderas för tänkbara transferringar mellan systemen.

Det var bland annat mot bakgrunden av ovanstående som Landstingsförbundets "Vägval" tog sin avstamp.

I "Vägval 1991" belyser man hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden och summerar bland annat, att det viktigaste "inom sjukvården är att vidareutveckla vårdens möte med patienten, att förstärka det stöd som vården kan ge människan i samspel med samhälle och arbete och att avhjälpa de problem som uppstår, när funktionsbortfallet dominerar i olika skeden av livet".

Man summerar vidare "att vi är på väg bort från det teknokratiska samhället och de styrmekanismer som formlades av det hierarkiska industrisamhället där strukturerna inte är lika hierarkiska utan mer liknar nätverk. Vägen dit är lång och det finns flera vägar att välja. Det nya samhället kan inte byggas på några få strategiska lag-

ändringar eller organisatoriska rockader. De måste byggas på det som medborgaren önskar och vill och mindre på det man önskar och vill".

Det är ganska naturligt att dagens hälso- och sjukvårdspolitikerna i det rådande finansiella läget, dominerar av ett marknadsekonomiskt synsätt. Men – i ett längre perspektiv – är det viktigt att hela tiden aktualisera de principer och policyanalyser som tas upp till diskussion i "Vägval 1991" för att på bästa sätt medverka till uppbyggnaden av morgondagens hälso- och sjukvård på basen av vunna erfarenheter.

### Författarpresentation

P Owe Petersson, överläkare vid Samhällsmedicinska enheten, Göteborgs sjukvård och adjungerad professor i internationell folkhälsovetenskap vid Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.

Göteborgs sjukvård  
Samhällsmedicinska enheten  
Nya Varvet, hus 40  
421 71 Västra Frölunda

## MIRANAX®

Tabletter 250 mg, 500 mg.

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt M01A E02  
Deklaration. 1 tablett  $\pm$  250 mg innehåller: Natriumnaproxen 275 mg respond naproxen 250 mg, constit. et color (titandioxid)

1 tablett  $\pm$  500 mg innehåller: Natriumnaproxen 550 mg respond naproxen 500 mg, constit. et color (titandioxid).

Egenskaper. MIRANAX innehåller natriumsaltet av d-2-(6'-metoxy-2'-nafyl)-propionsyra med det generiska namnet natriumnaproxen. Natriumnaproxen har antiinflammatoriska, analgetiska och antipyretiska egenskaper. Den exakta mekanismen för den antiinflammatoriska verkan är ej känd. Natriumnaproxen hämmar prostaglandinsyntesen. Substansen blockerar bildningen av PGF<sub>2</sub> $\alpha$ , vilket orsakar hyperkontraktilitet i uterus vid dysmenorré. Natriumnaproxen har också visat sig ge en minskad menstruationsblödning vid primär- och spiralinducerad menorrhagi. Natriumnaproxen förlänger blödningstiden, mätt enligt Ivy's metod och hämmar trombocytaggregationen.

Natriumnaproxen hämmar den renala prostacyklinsyntesen. Hos patienter med normal njurfunktion är denna effekt utan väsentlig betydelse. Hos patienter med kronisk njursufficiens, hjärtinsufficiens eller leverinsufficiens samt tillstånd med förändringar i plasmavolymer kan den hämmande renala prostaglandinsyntesen leda till akut njursufficiens, vätskeretention och hjärtsvikt. Se under Kontraindikationer.

Natriumnaproxen absorberas snabbt och fullständigt. Maximal plasmakoncentration uppnås efter 1 timme. Natriumnaproxen har en biologisk halveringstid på 10–17 timmar. Steady state uppnås efter 4–5 doser. Absorptionen påverkas vanligen inte av samtidigt intag av antacida eller föda. Vid terapeutiska doser är natriumnaproxen till mer än 99% bundet till serumalbumin. Distributionsvolymen är liten ca 0,1 l/kg kroppsvikt. Cirka 30% av natriumnaproxen metaboliseras till 6-O-desmetyl-naproxen, som ej är farmakologiskt aktiv. Natriumnaproxen utsöndras huvudsakligen via urinen och endast i små mängder (1–2%) via feces. Intakt naproxen återfinns huvudsakligen i blodet.

Indikationer. Akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet. Akuta infall av migrän. Dysmenorré utan organisk orsak. Reumatoid artrit. Osteoartror. Mb Bechterew. Juvenil reumatoid artrit. Kontraindikationer. Levercirrhos, svår hjärtsvikt och svår njursjukdom (glomerulusfiltration under 30 ml/min).

På grund av korsreaktion skall MIRANAX ej ges till patienter som fått symptom på astma, rinit eller urticaria vid intag av acetylsalicylsyra eller andra antiinflammatoriska medel av icke-steroid natur. Överkänslighet mot naproxen och natriumnaproxen. Tillstånd med ökad blodningsbenägenhet. Aktivt ulcus ventriculi et duodeni.

Försiktighet. Vid behandling av patienter med magtarmsjukdomar i anamnesen tillrådes försiktighet. Vid behandling av patienter med lätt till måttlig hjärtsvikt, njursjukdom eller leversjukdom, speciellt vid samtidig diuretikabehandling, måste risken för vätskeretention och försämrad njurfunktion beaktas.

Graviditet. Kategori C. Se speciellt avsnitt märkt [g]. Antiflogistika kan hämma kontraktioner i uterus och fördröja förlösningen. De kan även leda till pulmonalhypertension och neonatal andningsinsufficiens genom kontraktion eller slutning av ductus arteriosus intrauterint. Antiflogistika kan hämma trombocytfunktionen hos fostret. Ovanstående effekter finns rapporterade för t ex indometacin, naproxen och acetylsalicylsyra. Efter intag av indometacin kan hämning av njurfunktionen hos fostret leda till oligohydramnion och neonatal anuri. Neonatal anuri finns även beskrivet för natriumnaproxen. Beskrivna effekter på fostret antas bero på substansernas hämmande effekt på prostaglandinsyntesen.

Behandling med antiflogistika med hämmande effekt på prostaglandinsyntesen bör under de sista graviditetsmånaderna endast ske på strikt indikation och i låg dosering. Under dagarna före beräknad förlösning skall dessa medel undvikas helt.

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

Biverkningar. Gastrointestinala biverkningar såsom dyspepsi, magsmärtor, illamående och kräkningar är de mest frekvent rapporterade biverkningarna.

Vanliga (>1/100)	<b>Allmänna:</b> Trötthet, yrsel, huvudvärk. <b>GI:</b> Dyspepsi, smärta i epigastrikt, illamående, kräkningar, diarré. <b>Hud:</b> Exantem eller huderosioner. <b>Neurologi:</b> Öronsusningar.
Mindre vanliga	<b>Allmänna:</b> Milt perifert ödem, hårfall, feber. <b>GI:</b> Gastrointestinal blödning, magsår, ulcerativ stomatit. <b>Hud:</b> Urtikaria, fotosensitiv dermatit (porphyria cutanea tarda och epidermolysis bullosa). <b>Lever:</b> Ikterus. <b>Lufsvägar:</b> Rinit, astma. <b>Psyk:</b> Insomningssvårigheter, koncentrations- och svårigheter. <b>Urogenitalt:</b> Nefropati. <b>Ögon:</b> Synstörningar. <b>Öron:</b> Hörselnedsättning.
Sällsynta (<1/1000)	<b>Allmänna:</b> Anafylaktisk reaktion. <b>Blod:</b> Hematuri, trombocytopeni, granulocytopeni, leukopeni, aplastisk och hemolytisk anemi, agranulocytos. <b>Cirkulation:</b> Vaskulit. <b>GI:</b> Kolit, perforation. <b>Hud:</b> Stevens-Johnson syndrom, angioneurotiskt ödem, erythema multiforme, epidermal nekros. <b>Lever:</b> Toxisk, i isolerade fall fatal, hepatit. <b>Lufsvägar:</b> Eosinofil pneumoni. <b>Metabol:</b> Natriumretention. <b>Psyk:</b> Psykiska störningar såsom glömska, förvirring och lätt oro, aseptisk meningit.

Laboratorievärden: Förhöjda leverfunktionsvärden har i vissa fall rapporterats för icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel.

Natriumretention har ej rapporterats i metaboliska studier, men det är möjligt att patienter med misstänkt eller verifierad hjärtsvikt löper större risk vid medicinerat med MIRANAX. Natriumnaproxen hämmar trombocytaggregationen och förlänger blödningstiden. Blodsjukdomar som angivits under rubriken Blod har endast rapporterats i ett fåtal fall och sambandet har ej kunnat säkerställas.

Dosering. Akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet: 250–500 mg morgon och kväll, högst 1000 mg per dygn. MIRANAX rekommenderas ej till barn under 50 kgs kroppsvikt vid akuta smärttillstånd.

Akuta anfall av migrän: 750 mg vid tecken på begynnande anfall, därefter 250 mg vid behov dock högst 1250 mg per dygn.

Dysmenorré: 250–500 mg vid behov dock högst 1250 mg per dygn. Behandlingen påbörjas vid första tecken på menstruation.

Reumatiska sjukdomar: 250–500 mg morgon och kväll, högst 1000 mg per dygn.

Patienter med gravt nedsatt njur- eller leverfunktion bör följas noggrant och eventuellt reduktion av dosen övervägas. Se även under kontraindikationer.

Interaktion. Eftersom natriumnaproxen är högradigt plasmoproteinbundet finns teoretiska möjligheter för interaktion med hydantoiner, antikoagulantia eller starkt proteinbundna sulfonamider. Även om kliniskt betydelsefulla interaktioner inte är kända, bör patienter med dessa medel observeras med avseende på överdosering, då samtidig medicinerat med MIRANAX förekommer. Natriumnaproxen interagerar även med beta-receptorblockerande medel, ciklosporin, dikumarolgruppen, litium, loopdiuretika, metotrexat, probenecid och tiazider och tiazidbestämda diuretika. Se även speciellt avsnitt märkt [i], M01A Icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel, Antipyretiska analgetika (allmänt) samt M01A E02 Naproxen.

Observera. Patienter med ulcus i anamnesen bör kontrolleras kontinuerligt. MIRANAX kan påverka tester av 17-ketogena steroider och 5-HIAA i urin och bör tillfälligt utsättas 48 timmar före provtagning. En studie antyder att mängden fritt naproxen i serum ökar hos äldre trots att den totala serumkoncentrationen är oförändrad. Det är oklart vad detta innebär men lägsta effektiva dos tillrädd till äldre patienter.

Tillverkare: UCB

Förpackningar: Tabletter 250 mg (vita, filmdragerade, konvexa med skåra på ena sidan och S på andra).

30 st (tryckförpackning)  
Tillhandahålls ej för närvarande.  
100 st (plastburk)

Tillhandahålls ej för närvarande.  
Tabletter 500 mg (vita, filmdragerade, ovala, 19 x 8,8 mm med skåra på ena sidan)

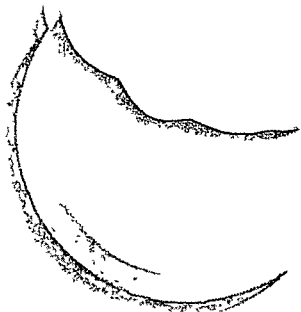
30 st (tryckförpackning)  
100 st (plastburk)



SYNTEX NORDICA AB  
BOX 19003 152 25 SÖDERTÄLJE TEL. 08 550 326 10

För ytterligare produktinformation, ring 020-55 01 00

# BRUS



- Snabblöslig
- Snabb effekt
- Grapefrukt/  
apelsinsmak
- Buffrande effekt

**Zantac**<sup>®</sup>  
(ranitidin HCl)

Zantac<sup>®</sup> (ranitidin HCl) är en H<sub>2</sub>-receptorblockerare och finns som tabletter i styrka 150 mg (20 st, 60 st och 50 x 1 st) samt 300 mg (10 st och 30 st), Zantac<sup>®</sup> brustablett 150 mg (60 st), Zantac<sup>®</sup> mixtur 15 mg/ml (300 ml), Zantac<sup>®</sup> injektionsvätska 25 mg/ml (5x2 ml). För vidare information se katalogtext.

**Glaxo**

SEKTIONEN FÖR GASTROENTEROLOGI  
Glaxo AB, Box 263, 431 23 Mölndal. Tel: 031-67 09 00



# VÄLKOMMEN TILL SEINÄJOKI I AUGUSTI 1993

8 Nordiska kongressen i allmänmedicin arrangeras i Seinäjoki i finska Österbotten den 11-14 Augusti 1993.

Kongressen arrangeras för allmänpraktiserande läkare samt lärare och forskare i allmänmedicin.

Kongressens tema är klinisk allmänmedicin. Kongressens motto "Allmänläkaren - kliniker och medmänniska - betonar familjeläkarens viktigaste egenskaper.

Kongressens plenulföreläsningar behandlar diabetes, demens, muskel-ledsjukdomar och ryggbesvär.

Föreläsningar och fria föredrag om:

- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| - luftvägsinfektioner   | - diagnostiska strategier |
| - diabetes              | - allmänläkaren som       |
| - demens                | koordinatör av            |
| - muskel-ledsjukdomar   | behandlingen              |
| - ryggbesvär            | - fallbeskrivningar       |
| - vårdkontinuiteten och | - postersektion           |
| patient-läkarrelationen | - presentation av         |
| - samfundsdiaognos och  | doktorsavhandlingar       |
| primärvårdens           | - round table             |
| epidemiologi            | - fria sektioner          |



Sydösterbottens Landskapsmuseum / foto Hilikka Koskiniemi



"Helvellesravinen", Ruovesi / Ruoveden Malkaitu Oy



Seinäjoki kyrka / Alvar Aalto / foto Kalevi A. Mäkinen

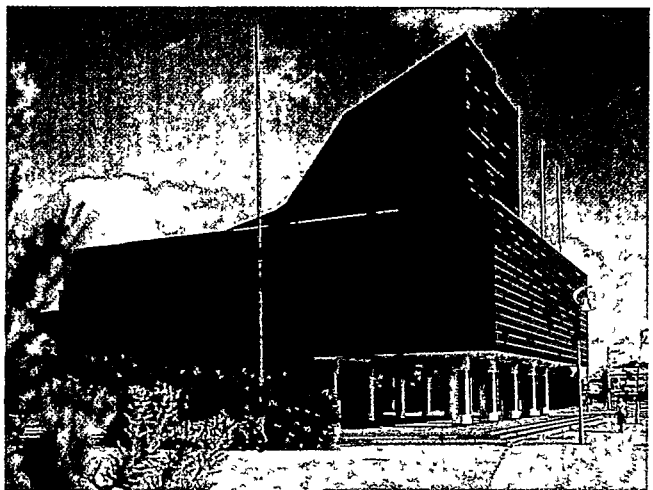
I anslutning till kongressen ordnas även några satellit-symposier samt poster och medicinsk utställning.

Socialt program: ledsagar- och barnprogram, utflykter, gemensam österbottnisk afton, stadens mottagning, festmiddag mm.

Sammanfattningar av poster och fria föredrag till kongressen skall insändas före den 1 april 1993.

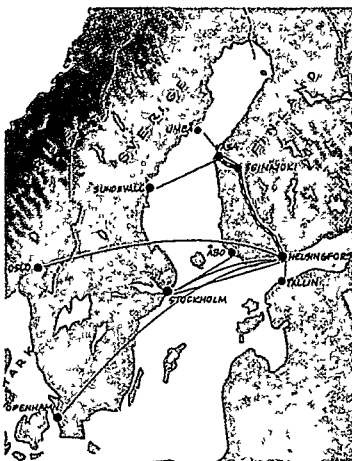
Kongressavgiften är FIM 1500,- och ledsagaravgiften FIM 600,-. Barn 5-16 år betalar FIM 350,- och barn under 5 år deltar gratis. Vid anmälan efter den 1 april 1993 gäller högre avgifter.

Inbjudan till kongressen har sänts ut till allmänläkare och allmänmedicinska institutioner i Norden i oktober 1992.



Stadshuset / Alvar Aalto / foto Kalevi A. Mäkinen

Beställ kongressinbjudan med anmälningsblanketter och formulär för sammanfattningar från kongressbyrån under adress:



8 Nordiska kongressen i allmänmedicin

c/o

L.R. International Ab

Backasgatan 2 B

SF-00500

Helsingfors

Finland

Tel.

+358-0-773 1177

(Tarja Tukkiemi eller Riitta Katila)

Fax

+358-0-773 1187

**8 NORDISKA  
KONGRESSEN  
I ALLMÄN  
MEDICIN**

Seinäjoki 11.-14.8.1993



# Säkerheten främst!

Plendil® är ett naturligt val för både läkare och patient.

En sak är säker! Det är viktigt att ha fullständig kontroll när man behandlar högt blodtryck. Dygnet runt och på ett sätt som är okomplicerat och tryggt för både läkare och patient.

Plendil® är den kärlselektiva Ca-antagonisten som effektivt behandlar både mild, måttlig och svår hypertoni. Bieffekterna är lätt förutsägbara samt i huvudsak relaterade till medlets

kärldilaterande effekt. Plendil® kan användas som monoterapi men också i kombination med  $\beta$ -blockerare eller ACE-hämmare.

För patienten är Plendil® lätt att leva med. Doseringen är bara en tablett om dagen och effekten varar 24 timmar. Gammal som ung tolererar behandlingen mycket bra.

Plendil® finns som depottabletter 2,5 mg, 5 mg och 10 mg. Starta alltid behandlingen med 5 mg.

**Plendil®**   
FELODIPIN

Häsle Läkemedel AB, 431 83 Mölndal.  
Tel 031-776 35 00. Fax 031-776 35 01.

Den kärlselektiva Ca-antagonisten mot hypertoni.

# Beror erytromycinresistens hos streptokocker på överförbrukning av erytromycin?

LB 05547

– En retrospektiv studie av en daghemsepidemi

SVANTE KALIN · ÅSA OSSIANSSON

*Ett utbrott med erytromycinresistent grupp A streptokocker (ERGAS), med 112 odlingspositiva fall, inträffade 1987–88 i Vislanda, en mindre ort i Kronobergs län. Samtidigt var förekomsten av erytromycinkänsliga streptokocker hög. Utbrottet hade ett tvåpuckligt förlopp. I det första skedet var större delen av fallen lokaliserade till ett daghem och två barngrupper i deltidsskolan, medan den senare anhopningen av fall förekom i spridda ålders- och barngrupper. Flertalet fall hade lindriga svalginfektioner. Erytromycinanvändningen i Vislanda var lägre än i Alvesta, kommunens centralort, där ett fåtal fall av ERGAS noterades. Detta stöder uppfattningen att en virulent, erytromycinresistent stam, T-typ 4, MIC 16 mg/l spridits på daghemmet. ERGAS-stammen var resistent endast mot erytromycin. Persistens av streptokocker efter penicillin V behandling förekom i sex av 108 odlingskontrollerade fall, medan en annan typ av streptokocker påvisades hos tio personer.*

Erytromycin introducerades 1952 och redan 1959 rapporterades den första erytromycinresistenta streptokockstammen (1). Flera större utbrott med ERGAS har rapporterats från Japan under 1970-talet, med en andel resistent stammar upp mot 60 procent (2). Flertalet fall hade halsinfektioner med streptokocker typ T 12 med resistens mot erytromycin, linkomycin, kloramfenikol och tetracyclin.

I västra Australien fick man 1985 en dramatisk ökning av antalet infektioner med ERGAS (3). Flera olika T-typer förekom. Stammarna var inte resistent mot kloramfenikol och hade samma frekvens av tetracyclinresistens som övriga grupp A streptokoc-

ker. Majoriteten av fallen härrörde från sårinfektioner.

Från Finland har beskrivits en epidemi med ERGAS-orsakade svalginfektioner (4). Stammarna var känsliga för klindamycin. I Finland, som på de flesta andra håll, har man börjat använda makrolidantibiotika på flera indikationer, till exempel infektioner orsakade av legionella, chlamydia, campylobakter och pertussis. Försäljningen har ökat från 1,11 DDD (definierade dygnsdoser)/1000 inv/år 1978 till 2,72 DDD/1000 inv/år 1987 (4). I Sverige har försäljningen under samma tid ökat från 1,2 DDD/1000 inv/år 1978 till 1,6 DDD/1000 inv/år 1987 (5).

I Sverige beskrevs den första epidemin med ERGAS från Getinge (6). Från januari 1984 till juni 1985 diagnostiserades 294 fall. Nästan alla var av typ T 12. Större delen härrörde från daghemsepidemier. Personal var sällan infekterad (8 procent), medan föräldrar och syskon oftare drabbades (23 respektive 36 procent). Stammen fanns kvar 1990 och utgjorde då cirka två procent av grupp A streptokockerna.

Våren 1987 noterades i Göteborg 5,9 procent ERGAS (7). Under 1988–89 sjönk frekvensen av erytromycinresistenta stammar kraftigt (8).

Målet med denna studie var att beskriva åtgärder och behandling vid en streptokockepidemi i ett primärvårdsområde samt att undersöka om förbrukningen av erytromycin har någon betydelse för uppkomsten av utbrott med ERGAS.

## Patienter och metoder

### Områdesbeskrivning

Alvesta kommun är belägen i södra Småland i Kronobergs län. I kommunen finns tre vårdcentraler – Vislanda, Alvesta och Moheda. Deras betjäningssområden omfattar 6000, 9500 respektive 4000 personer. I Vislanda finns ett daghem med tre avdelningar samt två grupper med deltidsskola. I varje vårdcentral betjäningssområde finns ett apotek.

Under våren 1987 noterades i Vislanda en ökad förekomst av tonsillit och scarlatina. I maj påvisades förekomst av erytromycinresistenta strep-

tokocker. För att begränsa spridningen av ERGAS upprättades ett handlingsprogram. Alla barn på daghemmets tre avdelningar och två förskolegrupper svalgodlades. Hos barn med negativ odling togs ytterligare en svalgodling. Svalgodling gjordes även på dagbarnen hos de kommunala dagmammorna. Vid positivt svar kontaktades familjerna och ombads uppsöka vårdcentralen för svalgodling på samtliga familjemedlemmar.

### Inleveransstatistik

Inleveransstatistik till apoteken i Alvesta, Moheda och Vislanda inhämtades från Apoteksbolagets centrala statistiksystem (5).

### Odlingsmetod

Odling togs med steril bomullspinne och skickades samma dag i modifierat Stuartmedium till Mikrobiologiska avdelningen vid Centrallasarettet i Växjö. MIC-bestämning utfördes vid Mikrobiologiska avdelningen i Växjö med traditionell ingjutningsmetod. T-typning utfördes vid Bakteriologiska centrallaboratoriet i Lund.

### Behandling

Alla med betahemolytiska streptokocker behandlades med penicillin V (12,5 mg/kg kroppsvikt 2 gånger dagligen i 10 dagar). Familjemedlemmar till odlingspositiva barn behandlades profylaktiskt med penicillin V redan innan odlingssvaret erhållits. Ingen patient uppgav överkänslighet mot penicillin. Alla ombads återkomma 3–5 dagar efter kurens avslutande för kontrollodling. Patienter med växt av streptokocker vid kontrollodling förskrevs klindamycin.

## Resultat

### Antibiotikaanvändning

Figur 1 visar inleveransstatistiken för erytromycin till apoteken. Inom primärvårdsområdet är det endast Alvesta som kommer upp till riksgenomsnittet. I Vislanda och Moheda används mindre erytromycin. Vislanda ligger lägst 1985 och 1987. Det föreligger en viss ökning av erytromycinförbrukningen i Vislanda mellan åren 1985 och 1986.

### Spridning inom primärvårdsområdet

Det första fallet med ERGAS i Kronobergs län noterades i Moheda, januari 1987. Det rörde sig om en sårodling. Patienten hade varit i Australien och hade vid hemkomsten flera infekterade sår. Han har inte haft någon kontakt med personer boende i Vislanda. Det dröjde till september 1987 innan nästa fall registrerades i Moheda. Det första fallet av ERGAS i Vislanda diagnosticerades hos ett daghemsbarn i mars 1987 (Figur 3). Under perioden september 1987 till och med april 1988 erhöles 16 svalgodlingar med växt av ERGAS (Figur 2).

I Alvesta vårdcentralens område noterades från januari 1988 till och med december 1990 enstaka fall med ERGAS. En mindre topp inträffade februari–mars 1988. Sammanlagt erhöles 40 odlingar med växt av ERGAS (Figur 2). Odling i patientens omgivning och screening företogs i betydligt mindre utsträckning än i Vislanda.

### Odlingsfynd

Förloppet av epidemin framgår av Figur 3. Antalet odlingar med ERGAS var störst i maj 1987. Andelen ERGAS var i maj 47 procent, i juni 49 och i juli 55 procent. En ny topp, lägre än den första, framkommer februari–april 1988. Vid detta utbrott drabbades dagisbarnen i mindre utsträckning. Efter april 1988 har endast två fall ERGAS påträffats i Vislanda (augusti och december 1988).

Under mars–augusti 1987 togs 485 svalgodlingar varav 70 visade ERGAS medan 57 visade erytromycinkänsliga streptokocker. Samtliga typade isolat var av T-typ 4. Elva odlingar visade streptokocker grupp C eller G.

MIC-bestämning visade, att streptokocken var resistent mot erytromycin (MIC 16 mg/l) men fullt känslig för penicillin, doxycyklin och klindamycin med MIC-värden <0.016, 0.125 samt 0.032 mg/l.

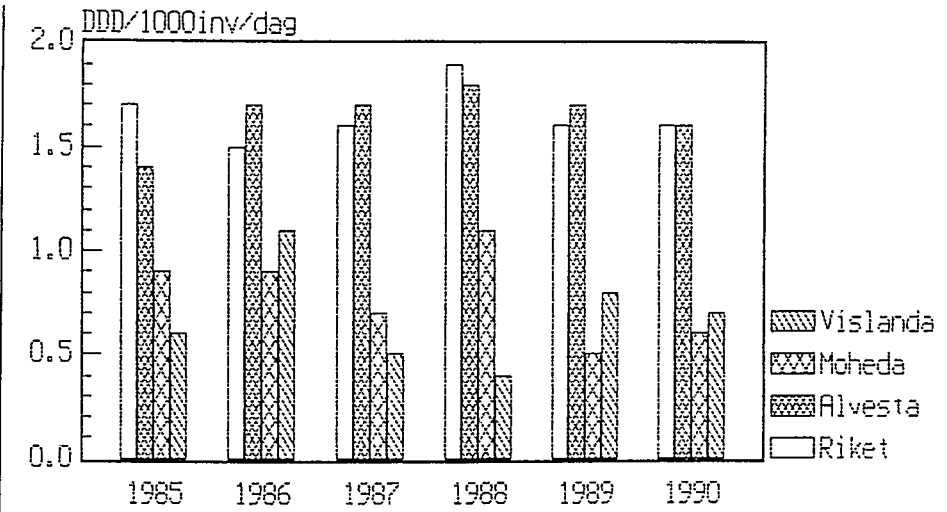
Tabell I visar den totala förekomsten av grupp A streptokocker hos barn och vuxna. Tre procent av personalen och 13 procent av syskonen var endast bärare av ERGAS medan sex procent av föräldrarna hade ERGAS.

### Klinik

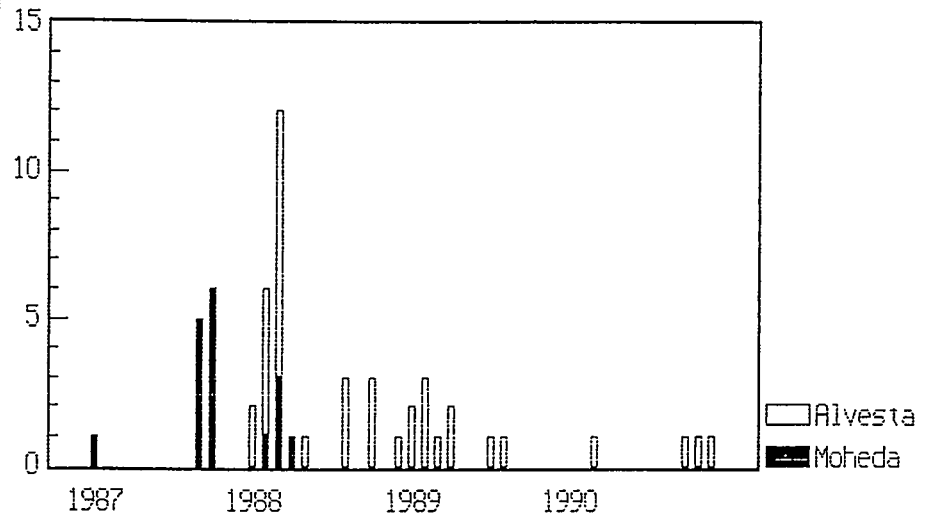
Av 53 patienter med ERGAS, som sökte vårdcentralen på grund av symptom 1987–88, hade 21 tonsillit, 18 faryngit, 8 scarlatina, 4 hudinfektioner och 2 njurpåverkan. En man (23 år) som hade tonsillit med ERGAS, hade en subklinisk glomerulonefrit med hematuri och proteinuri. En kvinna (24 år) med njurengagemang diagnostiserades ha IgA-nefrit.

### Antibiotikabehandling

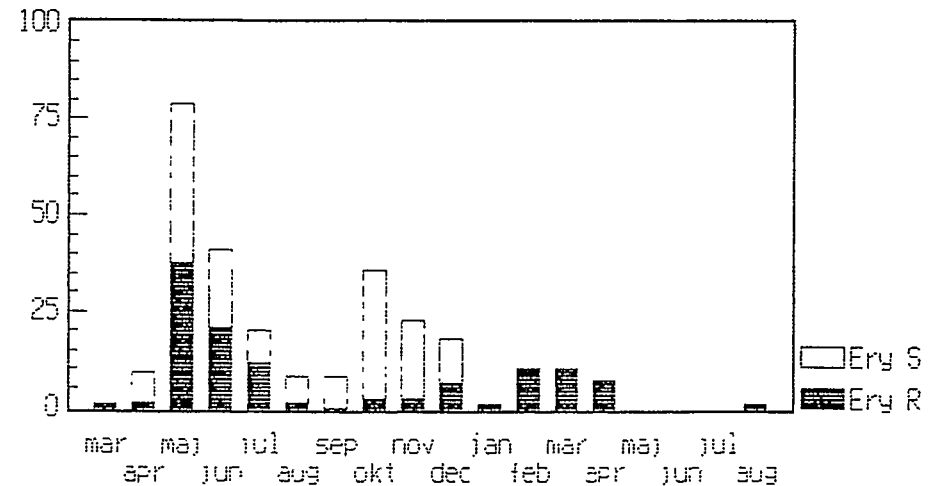
Under epidemin gavs 211 kurer penicillin V, 32 kurer klindamycin, fyra



Figur 1. Inleveransstatistik till apotek 1985–90. Erytromycin.



Figur 2. Odlingsverifierade fall med ERGAS i Moheda och Alvesta 1987–1990.



Figur 3. Odlingsverifierade fall med Grupp A streptokocker (GAS) i Vislanda 870301–880831.

kurer trimetoprimsulfa och en doxycyklinkur. Mot en hudinfektion gavs vid ett tillfälle isoxapenicillin. Nitton kurer gavs till familjemedlemmar, som senare visade sig odlingsnegativa.

### Persistens och reinfektion

Hos de patienter som fått penicillin V togs kontrollodling vid 108 tillfällen inom två veckor efter kuren. I 16 fall (15 procent) växte streptokocker grupp A vid kontrollodling. I sex fall (fyra ERGAS och två erytromycin-

känsliga) isolerades samma typ av streptokocker vid kontrollodling. I tio fall påvisades efter behandling en annan typ av streptokocker. Penicillin eliminerade den ursprungliga streptokockstammen i 94 procent av fallen.

De 16 som hade växt av streptokocker grupp A vid kontrollodling hade i fyra fall samma streptokocktyp, som förekom vid kontrollodlingen i familjen. I nio fall fanns typen ej i familjen och från tre familjer hade odling ej tagits.

Tolv patienter som fick klindamycin kontrollodlades på adekvat sätt. Hos samtliga var kontrollodlingen negativ.

## Diskussion

Detta utbrott av erytromycinresistenta streptokocker i Vislanda inträffade framför allt på daghemmet och i två förskoleklasser. Ofta antas att erytromycinresistens beror på en stor förbrukning av erytromycin. I Japan sammanföll den ökade erytromycinresistensen med en hög förbrukning av erytromycin och andra makrolider (2,9). Överförbrukning antas vara orsaken till den ökade förekomsten av ERGAS i Dundee (10). I Spanien med en stigande erytromycinförbrukning har erytromycinresistensen ökat hos pneumokocker men inte hos streptokocker (11).

Alla ERGAS-stammar var av typ T 4. Denna typ har beskrivits vid tidigare utbrott, men T 12 har varit betydligt vanligare. Vid Halmstadsepidemin dominerade typ T 12. MIC för erytromycin låg på 4–8 mg/l. Eftersom vi endast funnit en T-typ och samma MIC-värde hos alla isolat, drar vi slutsatsen, att en enda stam synes ha varit ansvarig i samtliga fall. ERGAS typ T 12 har ofta varit resistent mot ett flertal antibiotika. Vid utbrottet i Australien (3) förekom fem olika T-typer men inte T 4. Graden av erytromycinresistens varierade. Därför kan inte den ökade förekomsten vara resultat av ett enda lokalt utbrott. Ett observation är, att vårt indexfall från januari 1987 var en man, som just varit i Australien.

Erytromycinförbrukningen i Vislanda har legat under riksgenomsnittet (Figur 1). Inte heller hos oss tycks hög förbrukning av erytromycin kunna förklara utbrottet. En mera trolig förklaring är att en stam, som råkade vara bärare på en gen med erytromycinresistens fått fäste på daghemmet. Dessutom måste stammen ha en förmåga att sprida sig i populationen och samtidigt måste motståndskraften hos den aktuella populationen vara låg. Holmström (6) drar slutsatsen, att utbrottet på daghemmen i Halland inte kan skyllas på ökad förbrukning av makrolidantibiotika, utan att en virulent stam kommit in på ett daghem.

En hög erytromycinförbrukning gynnar den resistenta stammen på bekostnad av känsliga stammar. Därför är det viktigt att hålla nere erytromycinförskrivningen om man vill bli av med stammen. Under epidemin var vi restriktiva med erytromycinförskrivning och 1988 sjönk den ytterligare i Vislanda (Figur 1).

Tidigare strategi från Lund (12) har gått ut på att endast behandla odlingsverifierade fall. Holmström använde en modifierad form av denna strategi (6) och familjemedlemmar odlades

endast om barnen hade ERGAS. Vi odlade från familjemedlemmar till barnen med streptokocker oberoende av resistensmönster och behandlade familjemedlemmar till odlingspositiva fall. Detta ledde till att 19 familjemedlemmar fick penicillin trots att deras odling senare visade sig vara negativ. Vi antar, att våra åtgärder bidragit till att ERGAS försvunnit i Vislanda. I Alvesta, där ingen systematisk epidemiologisk kartläggning gjordes, har en fortsatt låg förekomst av ERGAS noterats (Figur 2).

I vårt material var förekomsten av ERGAS bland barnen i de olika grupperna lägre än i Hallandsepidemin (6)(Tabell I). Under pågående epidemi hade man i Halmstad endast få fall med erytromycinkänsliga streptokocker. I Vislanda förekom däremot på daghemmet flera fall av erytromycinkänsliga streptokocker jämfört med ERGAS. Om man slår samman dessa grupper blir den totala förekomsten av streptokocker av samma storleksordning som i Halmstad.

Utläkningsfrekvensen i denna undersökning är betydligt högre än vad som redovisats från Halmstad (75 procent), som då endast gällde ERGAS. Vid symtomatiska infektioner har upp till 30 procent terapimisslyckanden med penicillin redovisats (13). Det kan bero på att bakterierna inte eliminerats helt och hållet från infektionsfokus (14) trots att penicillinkoncentrationen blir tillräckligt hög i tonsillvävnad (15). Ny smitta tycks ha varit en orsak till att det på nytt växte hos våra patienter, eftersom 10 av 16 hade annan streptokocktyp vid kontrollodling. Smittan förefaller inte ha kommit från den egna familjen eftersom stammen som växte vid kontrollodling endast fanns i fyra familjer av tretton. Andra orsaker som nämnts till terapimisslyckanden har varit betalaktamasproduktion hos munhålebakterier och samspelet mellan alfa- och betastreptokocker (14).

V-penicillin har visat sig ge dålig utläkning av recidiv (6,13,17). Vi valde klindamycin som behandling och fick inget recidiv i tolv odlingskontrollerade fall. Det har framhållits, att det kan finnas risk, att ERGAS utvecklar resistens mot klindamycin (16). En del tvekar också att använda medlet på grund av biverkningsrisken.

Sammanfattningsvis anser vi att detta utbrott av ERGAS inte kan förklaras av överförbrukning av erytromycin och att penicillinbehandlingen av familjemedlemmar till odlingspositiva barn i samband med epidemisk spridning av streptokocker på daghem ledde till en obetydlig överförbrukning av antibiotika.

## Referenser

1. Lowbury EJM, Hurst I. The sensitivity of staphylococci and other wound bacteria to erythromycin, oleandomycin and spiramycin. *J Clin Pathol* 1959;12:163-9.
2. Maruyama S, Yoshioka H, Fujita K, Takimoto M, Satake Y. Sensitivity of group A streptococci to antibiotics. *Am J Dis Child* 1979;133:1143-5.
3. Stingmore N, Francis GRJ, Toohy M, McGeachie DB. The emergence of erythromycin resistance in *Streptococcus pyogenes* in Fremantle, Western Australia. *Med J Aust* 1989;150:626-31.
4. Järvinen H, Nissinen A, Houvinen P. Erythromycin resistance in group A streptococci. *Lancet* 1989;1:1022-3.
5. Apoteksbolagets centrala statistiksystem.
6. Holmström L, Nyman B, Rosengren N, Wallander S, Ripa T. Outbreaks of infections with erythromycin-resistant group A streptococci in child day care centres. *Scand J Infect Dis* 1990;22:179-85.
7. Zackrisson G, Lind L, Roos K, Larsson P. Erythromycinresistant beta-hemolytic streptococci group A in Göteborg, Sweden. *Scand J Infect Dis* 1988;20:419-20.
8. Larsson P, Roos K, Lind L, Zackrisson G. A follow-up of an outbreak of erythromycinresistant hemolytic streptococci A in Göteborg. *Scand J Infect Dis* 1990;22:119.
9. Forsgren A, Walder M. Haemophilus influenzae, pneumococci, group A streptococci and staphylococcus aureus: Sensitivity of out-patient strains to commonly prescribed antibiotics. *Scand J Infect Dis* 1982;14:39-43.
10. Phillips G, Parrat P, Orange GW, Harper J, McEwan H, Young W. Erythromycinresistant streptococcus pyogenes. *J Antimicrob Chemother* 1990;25:723-4.
11. Perez Trallero E, Garcia Arenzana JM, Urbieta Egana M. Erythromycin resistance in streptococci. *Lancet* 1989;2:444-5.
12. Belfrage-Sanzén I, Bygren PG, Christensen P, Holm SE, Hovelius B, Schälén C. Förekomst och handläggning av

**Tabell I. Antal individer med erytromycinresistenta grupp A streptokocker (ERGAS) och GAS (känsliga samt resistenta mot erytromycin) bland barn på daghem och deltidsförskola samt bland personal och familjemedlemmar till ERGAS-infekterade barn, mars-augusti 1987. Föräldrar och syskon är endast odlade om barnet hade streptokocker.**

	Antal odlade	Andel odlingar med växt av GAS (%)	Därav andel ERGAS (%)
Barn	94	54	47
Personal	35	14	20
Föräldrar	82	22	28
Syskon	52	46	29

streptokockepidemier på daghem. Läkartidningen 1980;77:1929-33.

13. Gastanaduy AS, Kaplan EL, Huwe BB, McKay C, Wannamarker LW. Failure of penicillin to eradicate group A streptococci during an outbreak of pharyngitis. Lancet 1980;2:498-501.
14. Strömberg A, Schwan A, Cars O. Five versus ten days treatment of group A streptococcal pharyngotonsillitis: A randomized controlled clinical trial with phenoxymetylpenicilin and cefadroxil. Scand J Infect Dis 1988;20:37-46.
15. Strömberg A, Friberg U, Cars O. Concentration of phenoxymetylpenicillin and cefadroxil in tonsillar tissue and tonsillar surface fluid. Eur J Clin Microbiol 1987;6:525-9.
16. Hansman D. Chemotherapy of streptococcal infections. implications of antimicrobial drug resistance in streptococcus pyogenes. Med J Aust 1989;150:611-2.
17. Schwartz RH, Wientzen RL, Pedreira F, Feroli EJ, Mella GW, Guandolo VL. Penicillin V for group A streptococcal pharyngotonsillitis. A randomized trail of seven vs ten days' therapy. JAMA 1981;246:1790-5.

#### Författarpresentation

*Svante Kalin och Åsa Ossiansson, distriktsläkare.*

Vårdcentralen Vislanda  
Gröna gatan 8-10  
34030 Vislanda

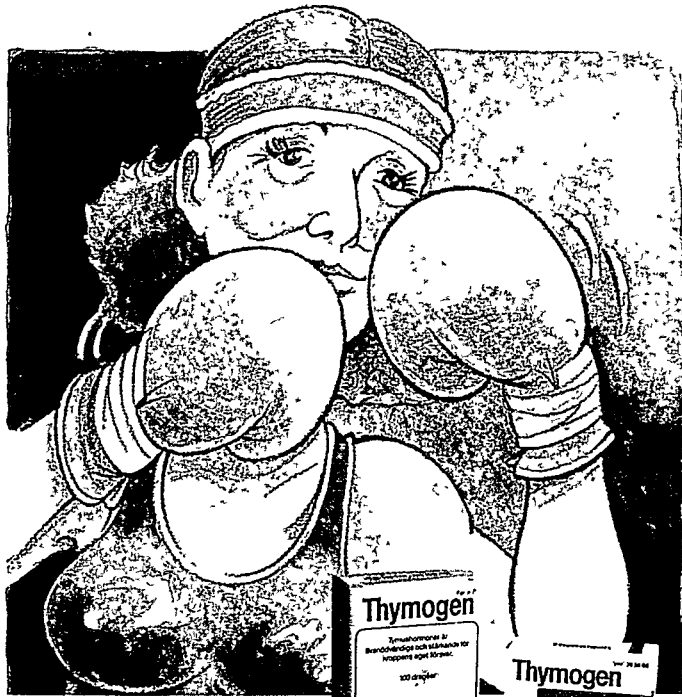
## UPPROP TILL BALINTGRUPPLEDARE!

Svenska föreningen för medicinsk psykologi, Balintsektionen, har samlat namn och adresser till ett register på utövande Balintgruppledare. Då detta inte är helt 'up to date', vill vi uppmana alla som arbetar med BalintgruppHandledning att höra av sig till oss, så att vi kan komplettera registret.

Vi vill gärna att ni hör av er till oss, per brev eller telefon!

*Helga Sjöström*  
*Kungstensgatan 28, Uppg 2, 5 tr*  
*113 57 Stockholm*  
*Tel 08-673 30 79*  
eller  
*Monika Björklund*  
*Edsängsvägen 11 B*  
*191 54 Sollentuna*  
*Tel 08-96 21 25*

# Skärpt beredskap i kroppens naturliga försvar



Redan strax efter 30-års ålder är den egna tymusproduktionen halverad. Återkommande infektioner, värk och stelhet beror ofta på en obalans eller försvagning av försvaret. Tillförseln av tymushormoner är det enda sättet att kompensera den egna minskade produktionen.

Är du uppdaterad om det senaste inom tymusforskningen?

Thymogen finns som tablett för peroralt bruk och som injektionslösning för subkutan eller intramuskulär injektion. Registrerat naturmedel nr. 88-508+ och 84-6001. Har ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll.

Ja tack!

Sänd mig de senaste forskningsrönen om Thymogen

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_



**MEDIC HERB AB**  
BIOLOGISKA MEDICINER

Medic Herb AB, Box 30060, 400 43 Göteborg



# WONCA/SIMG CONGRESS 1993



*Quality of Care in Family Medicine/General Practice*

June 13 - 17, The Hague, The Netherlands

Five days presenting a great variety of aspects of general practice, practical and theoretical, but always inspiring.  
Meet and make friends from all over Europe, and the rest of the world.  
Sunday, June 13, opening ceremony, cultural events and festivities.

Daily:

- ★ *keynote speakers on the theme of the day;*
- ★ *30 lectures related to the theme of the day;*
- ★ *30 free standing papers covering all aspects of general practice;*
- ★ *several workshops, demonstrations and skill training seminars;*
- ★ *symposia on the main topics of general practice;*
- ★ *125 posters covering the whole field of research;*
- ★ *seminars on the use of computers;*
- ★ *exhibition of a model practice;*
- ★ *pharmaceutical exhibition.*

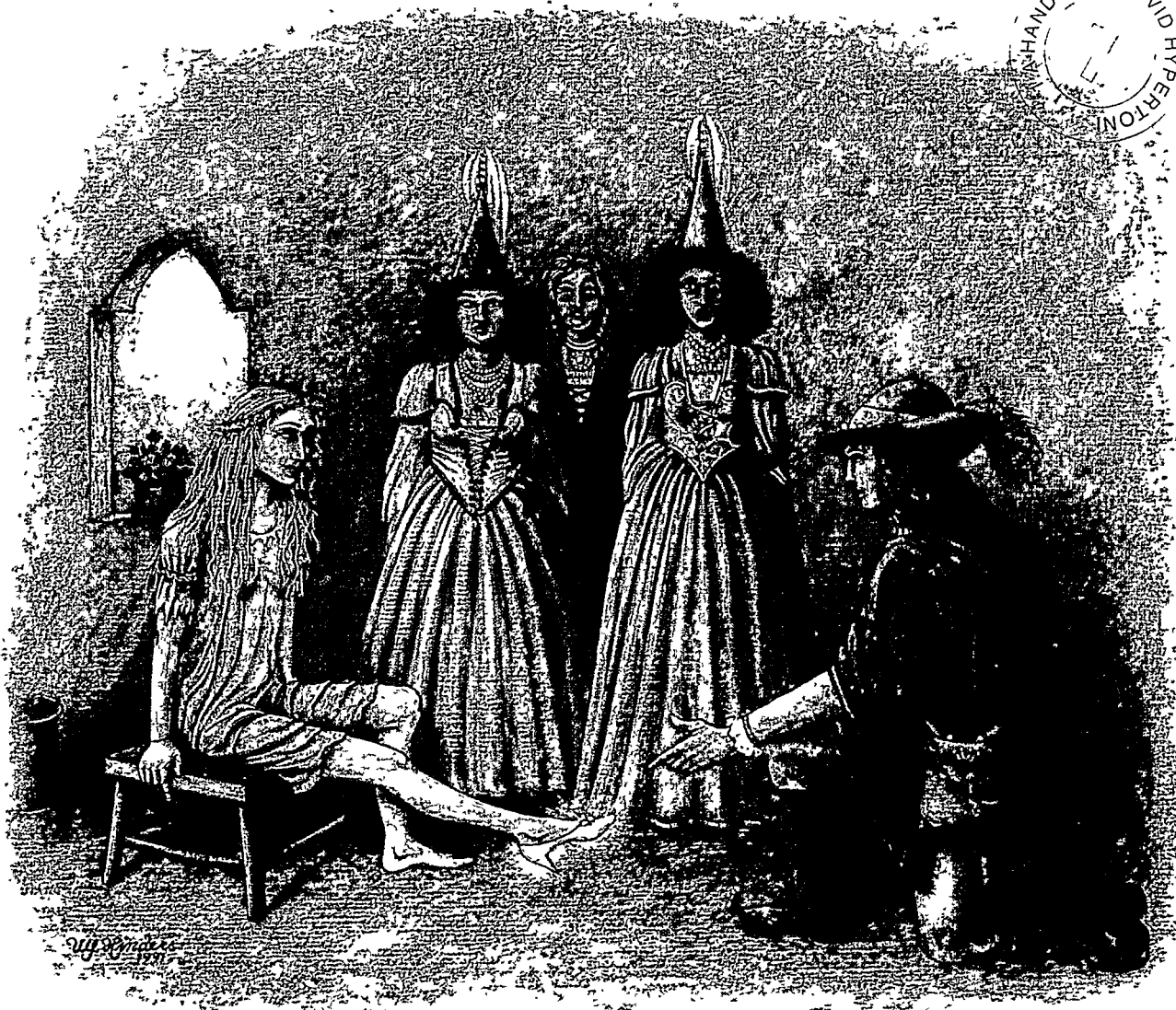
A total number of more than 600 items will be discussed.

*Daily there will be interesting social activities for accompanying persons.*

Registrate before March 13 and obtain a reduction.

For further information: WONCA/SIMG Congress Secretariat,  
P.O. box 3231, 3502 GE Utrecht, The Netherlands.  
Tel.: (\*\*31-30) - 88 17 00; Telefax: (\*\*31-30) - 87 06 68.

WONCA/SIMG CONGRESS 1993, THE HAGUE  
THE MEETING POINT FOR GENERAL PRACTICE IN EUROPE



REKONSTRUKTION  
HÄNDSMEDEL VID HYPERTONI

## Att skon passar kan vara värt ett kungarike

Kalciumantagonister av dihydropyridintyp är effektiva och väl fördragbara läkemedel vid hypertoni. En relativt vanlig biverkan är dock ankelödem där frekvensen varierar mellan tre och tjugo procent.

Lomir SRO® (isradipin), Sandoz' kärlektiva kalciumantagonist, har en ankelödemfrekvens på mellan tre och fem procent, även i doser upp till 15 mg dagligen [1-7].

I bl a en stor svensk studie, Swedish Isradipine Study in Hypertension (SWISH), blev frekvensen 4,1%. Värt att notera är att ingen patient behövde avbryta sin terapi pga ankelödem [5].

**Lomir SRO® 2,5–5 mg × 1 vid hypertoni**  
*Slow Release Oral*

1. Persson B et al. Am J Med 1989;86(4A).
2. Sundstedt CD et al. Am J Med 1989;86(4A).
3. Sandoz data on file 1989. Med Doc; 603-391.
4. Sandoz data on file 1989. Med Doc; 603-400.
5. Jern S et al. J Cardiovasc Pharmacol 1991;18(3).
6. Luomanmäki K et al. J Cardiovasc Pharmacol 1992;20.
7. FASS 1992.

Förpackningar:  
2,5 mg kapslar om 30 respektive 100 stycken samt endosförpackning för sjukhusbruk med 98 kapslar.  
5 mg kapslar om 30 respektive 100 stycken samt endosförpackning för sjukhusbruk med 98 kapslar.

För ytterligare information var god se FASS.

 **SANDOZ**

Sandoz AB Box 1150 183 11 Täby

**Lomir SRO®**   
*isradipin Slow Release Oral*

# Hur upplevs en hälsoundersökning?

ANNE-SOFIE HISWÄLS · OSKAR REYKDALSSON · MALIN ANDRÉ

*På senare år har man allt mer diskuterat negativa effekter av hälsoundersökningar av unga friska människor. Flera rapporter visar dock att deltagarna är nöjda. Vi har gjort en beskrivande undersökning av deltagarna i en hälsoundersökning på vårdcentralen Tisken i Falun. De första 100 deltagarna 1991 telefonintervjuades 10–20 dagar efter besöket på vårdcentralen. Sex månader senare fick samtliga ett frågeformulär hemskickat. På detta sätt fick vi reda på upplevelser kort tid efter besöket och även i ett senare skede. Hela 94 procent av deltagarna hade positiv inställning till inbjudan att delta, sex procent var tveksamma, medan ingen hade negativ inställning. Deltagarna upplevde ingen oro vare sig strax efter besöket eller sex månader senare. Nittio procent fick samma eller bättre resultat än de väntat sig. Mer än hälften av deltagarna hade ändrat sina vanor i förebyggande syfte redan två veckor efter besöket och behöll de positiva förändringarna sex månader senare.*

## Bakgrund

I flera studier har man visat, att arbete med riskfaktorer minskar risken för ohälsa, men även att riktad prevention inte påverkar riskprofilen (1–3). På senare år har man allt mer diskuterat negativa effekter av hälsoundersökningar, bland annat att deltagarna oroar sig i onödan (4–8). Deltagare i blodtrycksscreening fick symtom när de fick veta att de hade högt blodtryck (9). Första året efter att man fått diagnosen ökade sjukskrivningarna ungefär en vecka (10–11). I USA har resultat från hälsoundersökningar använts till att höja försäkringspremien hos dem som har vissa riskfaktorer (12). En undersökning utförd i Luleå visade, att deltagarna oroade sig mycket om resultatet av hälsoundersökningen antydde ökad risk för sjukdom (8). Alla dessa negativa effekter bör man försöka undvika när man arbetar med prevention. Syftet med studien var att ta reda på om vi lyckats med

det preventiva arbetet på vårdcentralen Tisken i Falun.

## Material och metod

I upptagningsområdet bor cirka 13000 invånare. Sedan 1984 har det genomförts hälsoundersökningar och sedan januari 1990 görs hälsokurvor enligt Habomodellen (se nedan). Alla 35 och 40 års män och 35 års kvinnor får inbjudan till kostnadsfri hälsoundersökning. Vid vårdcentralen görs cirka 300 hälsoundersökningar varje år.

Före hälsoundersökningen får man hemskickat två frågeformulär och svaren går man sedan igenom med deltagaren. Det görs också mätningar av vikt, längd, midja, stuss, blodtryck, kolesterol, gamma GT, glukos, Hb hos kvinnor samt eventuellt EKG. All denna information sammanställs till en hälsokurva, som den undersökte får en kopia av. Uppföljning av upptäckta riskfaktorer sker enligt särskilt schema.

Vår undersökning är beskrivande. Vid undersökningstillfället tillfrågades deltagarna, om de var villiga att låta sig intervjuas och hade då givetvis möjlighet att avböja. De 100 första deltagarna telefonintervjuades 10–20 dagar efter hälsoundersökningen (januari–maj 1991). Intervjun utfördes efter ett färdigt frågeformulär med fasta svarsalternativ, men med möjlighet till egna kommentarer. Sex månader senare fick de ett brev med ett frågeformulär angående eventuellt kvarstående oro och livsstilsförändringar. Telefonintervjun genomfördes utan bortfall och 94 procent svarade också på frågeformuläret.

## Resultat

Av de 100 telefonintervjuade var 65 personer 35 år och 35 personer 40 år – 38 kvinnor och 62 män. På enkäten svarade 35 kvinnor och 59 män. Samtliga i bortfallet var 35 år gamla.

I telefonintervjun uppgav 94 procent, att de vid inbjudan hade positiv inställning till hälsoundersökningen, sex procent var tveksamma och ingen var negativ. Åttionio procent upplevde samtalet på vårdcentralen som bra, en procent som dåligt och tio procent varken bra eller dåligt.

Personalen på vårdcentralen väckte inte någon oro hos deltagarna i hälsoundersökningen (Tabell I). Mer än hälften fick ett resultat av hälsoundersökningen som de hade förväntat sig. Att man fick sämre resultat än väntat gjorde inte att man blev mer orolig. Nittiofyra procent av deltagarna litade på att resultaten speglade risk för ohälsa, sex procent var tveksamma. Flertalet deltagare uppgav två veckor efter besöket att de hade ändrat sina vanor i förebyggande syfte. Mest handlade det om matvanor, mindre om motionsvanor och en liten del om andra vanor. Sex månader efter besöket uppgav något fler att de hade påverkats av hälsoundersökningen genom att förändra kost- och motionsvanor (Tabell II).

Sextiofyra personer av 94 funderade fortfarande på resultaten av hälsoundersökningen sex månader senare. En tredjedel av deltagarna försökte ta reda på mer när det gäller hälsofrågor genom att diskutera med familjen, vänner och grannar.

Vi fick många synpunkter på hälso-

Tabell I. Upplevelse av oro hos deltagare i hälsoundersökning.

	Andel (%) 10–20 dagar efter hälsoundersökningen (n=100)	6 månader efter hälsoundersökningen (n=94)
Inte orolig	91	89
Lite orolig	7	11
Ganska orolig	2	0
Mycket orolig	0	0

Tabell II. Upplever man att man gjort några livsstilsförändringar i förebyggande syfte.

	Andel (%) 10–20 dagar efter hälsoundersökningen (n=100)	6 månader efter hälsoundersökningen (n=94)
Ja	52	59
Nej	48	41

kurvan både i telefonintervjun och enkätundersökningen, bland annat att man ville få fler prover tagna och att alla borde få ett läkarbesök. En deltagare var missnöjd med samtalet och tyckte att intervjuaren inte var bra. Man tyckte att telefonsamtalet var lättamt och roligt, men att man ändå fick ett professionellt och skickligt bemötande. Många talade om hur bra de tyckte det var att bli uppskattad av sjukvården på det här sättet och att det kändes som om någon brydde sig om dem. De flesta var mycket nöjda och ville ha en mer långsiktig planering med regelbundna kontroller i förebyggande syfte.

### Diskussion

Det är svårt, att på ett någorlunda användningsfritt sätt, fånga människors inställning till företeelser inom vården. Genom att använda oss av både intervju och enkät, hoppas vi att vi fått korrekta svar på våra frågor. Vår egen (positiva) inställning till det preventiva programmet kan ha påverkat svaren. Även det faktum att undersökningen utgick från primärvården, som också var ansvarig för programmet, kan ha påverkat resultatet. Med dessa reservationer är det ändå vår bedömning, att resultaten från vår undersökning visar, att deltagarna var mycket positiva och tacksamma över att få vara med i hälsoundersökningen. De ser det som ett bra komplement till den sjukvård som landstinget bedriver.

Den positiva inställningen styrks av en ovanligt hög svarsfrekvens. Deltagarna upplever samtalen med vårdcentralen som roliga, lättsamma och professionella. Detta leder till att de tar till sig informationen och säger sig ha ändrat sina vanor i förebyggande syfte. De vanor man förändrat är främst kosten, vilket kan förklaras av att kostens betydelse för hälsan fått stort utrymme i vår hälsoundersökning.

När det gäller orosfrågan, säger cirka 90 procent att de inte upplever någon oro, även om de fått sämre resultat än väntat. En hälsoundersökning behöver således inte skapa oro. Jämförelse kan göras med en studie gjord av Birgitta Olsson i Luleå (8), där deltagarna mådde dåligt och oroad sig efteråt. I den studien fick deltagarna resultaten genom datasvar i stället för ett personligt meddelat besked.

Då vår studie beskriver upplevelser, kan man inte säkert säga, att det man uppger av förändrat beteende är sant, men upplevelser är ju sanna för den enskilde individen. De man vänt sig till (35- och 40-åringar) är ofta småbarnsföräldrar och därför en viktig målgrupp för livsstilsförändringar. Det man kan åstadkomma här torde

ha stor betydelse för den växande generationen.

### Referenser

1. Kannel WB, Sytkowski PA. Atherosclerosis risk factors. *Pharmacol Ther* 1987;32:207-35.
2. Wilhelmsen G et al. The multifactor primary prevention trial in Göteborg, Sweden. *Eur Heart J* 1986;7:279-88.
3. Person LG, Lindström K. HK 33-42. Primärprevention via hälsokontroll av yngre medelålders män i Habo. *AllmänMedicin* 1988;9:51-4.
4. Stoate HG. Can health screening damage your health? *J R Coll Gen Pract* 1989;39:193-5.
5. Dehlholm B, Faergeman O. Psykologiske og sociale konsekvenser ved positivt testresultat ved screeningsundersøgelse for kardiovaskulære sygdomme. *Månedsskr Prakt Laeger* 1988;66:759-64.
6. Mossey JM. Psychosocial consequences of labelling in hypertension. *Clin Invest Med* 1981;4:201-7.
7. Monk M. Blood pressure awareness and psychological well-being in the health and nutrition examination survey. *Clin Invest Med* 1981;4:183-9.

8. Olsson B. Hur upplevs deltagande i riskfaktorscreening. *AllmänMedicin* 1990;11:144-7.
9. Stewart G. Headache and hypertension. *Lancet* 1953;I:1261-6.
10. Haynes RB et al. Increased absenteeism from work after detection and labelling of hypertensive patients. *N Engl J Med* 1978;5:741-4.
11. Charlsen et al. Absenteeism and labelling in hypertensive subjects. Prevention of an adverse impact in those at high risk. *JAMA* 1982;73:165-70.
12. Stone DA. The resistible rise of preventive medicine. *J Health Polit Policy Law* 1986;11:671-97.
13. Sytkowski PA, Kannel WB, Agostino RB. Changes in risk factors and the decline in mortality from cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1990;322:1635-41.

### Författarpresentation

*Ann-Sofie Hiswåls, distriktssköterska, Vårdcentralen Tisken.*

*Oskar Reykdalsson, FV-läkare i allmänmedicin, samma vårdcentral.*

*Malin André, distriktsläkare och vårdcentralschef, Vårdcentralen Britsarvet, Falun.*

Vårdcentralen Tisken  
Myntgatan 8  
791 51 Falun

## I STOCKHOLM GICK DET!

LB0 5549

Från och med 1992 får distriktsläkarna i Stockholms läns landsting ersättning för att handleda de studenter som går i kursen i allmänmedicin. Det är Hans Åberg, professor i allmänmedicin vid Karolinska institutet, som lyckats frigöra "sin" del av de så kallade LUA-medlen från den stora landstingspotten. En liten del av pengarna avsätts för att ersätta lönen för distriktsläkare (i första hand dem som handlett studenter) som vill forska. Resten går till vårdcentralerna. De totala LUA-medlen för kurserna i allmänmedicin räcker till 1810 kronor per student och praktikperiod (6-7 dagar) och sex månaders distriktsläkarlön översatt till forskningsmånader.

*Anna-Karin Furhoff*

# Långt från sjukhus – observationsavdelning i glesbygd

YVONNE LARSSON · ÅSA MATTSSON · PETER OLSSON

De flesta distriktsläkare i Sverige saknar möjligheten att behålla svårt sjuka patienter för observation mer än någon timme på sin mottagning. Den allmänmedicinska praktiken utmärks just av det riskfyllda beslutet om behandling med aktiv expectans eller remiss till sjukhus. I Norrlands glesbygd finns dock mellannivåer i vår sjukvårdsstruktur, ofta kallade OBS-avdelningar. Efter ÅDEL-reformen, där kommunen tog över sjukhemmen, blev antalet sängplatser, personal och kostnader tydligare. Vi vill beskriva och analysera verksamheten på OBS-avdelningen på Jokkmokks vårdcentral och vi redovisar här kortfattat delar av resultatet. Det kan ha allmänt intresse, inte minst för de många kollegor som ibland vikarierar ovan polcirkeln.

## Historik

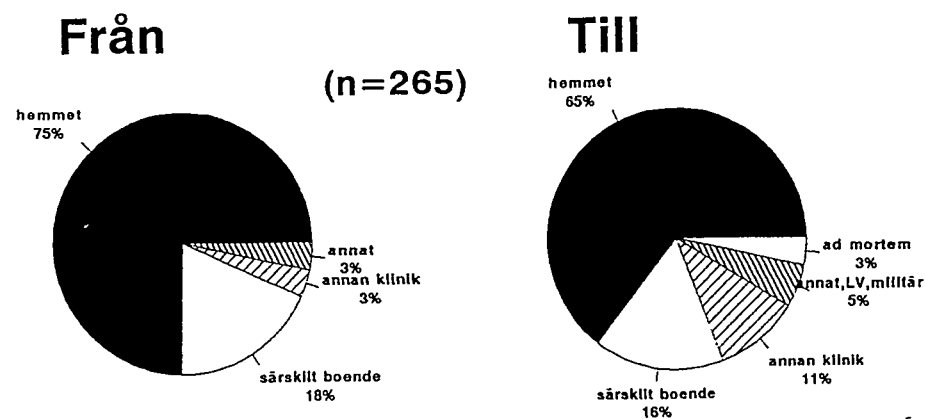
Jokkmokks vårdcentral har anor sedan lång tid tillbaka. Redan år 1891 kom den första extra provinsialläkaren. Den första sjukstugan upprättades 1896–97 och hade fyra vårdplatser. Redan då var avsikten att avhjälpa problemet med de långa avstånden till lasaretten. År 1930 byggdes en ny sjukstuga med 24 vårdplatser.

Fram till 1964 hade sjukstugan vuxit till 57 vårdplatser – en allmänavdelning (30 platser), en kronikeravdelning (20 platser) och en förlossningsavdelning (7 platser). En lasarettliknande verksamhet bedrevs med bland annat omfattande kirurgiska operationer och två läkare, sju sjuksköterskor, tre distriktssköterskor och biträdespersonal var stationerade där.

År 1985 hade sjukstugan 70 vårdplatser och innefattade både sjukhemsplatser och observationsplatser.

## Bakgrund

Jokkmokk har 6.700 invånare och knappt 4.000 av dessa bor i tätorten. Kommunen är lika stor som Skåne, Halland och Blekinge med en areal större än 19.000 km<sup>2</sup>. Omkring 20 pro-



Figur 1. Patienter inskrivna från och utskrivna till Jokkmokks sjukhem, avd 1, 1991.

cent av befolkningen är över 65 år och cirka 4.5 procent över 80 år. Vårdcentralen är indelad i fyra vårdlag, där tre har ordinarie läkare och filialmottagningar. Avståndet till sjukhuset i Gällivare är drygt 10 mil och till Boden drygt 12 mil. I januari 1992 öppnades en observationsavdelning med åtta sängplatser.

## Material och metod

Med hjälp av journaler och inskrivningsliggare har vi samlat in uppgifter om ålder, kön, diagnoser, in/utskrivande läkare, vårdtid och vårdinnehåll för samtliga patienter som under 1991 vårdades på sjukhemsavdelning 1. Den inrymde då fem sängplatser avsedda för observation. Registreringen innefattade 265 vårdtillfällen. Vi har räknat in- och utskrivningsdag som en vård dag vardera. De diagnoser som angivits på slutanteckningarna registrerades. Klassifikationen som använts är ICD-9.

Sjuksköterskorna gjorde en egen klassificering av vårdinnehållet. Man valde bland nio möjliga alternativ.



Interiör OBS-avdelningen, Jokkmokks vårdcentral. Sjuksköterskan Britt-Marie Wählström vårdar patient från Sirkas sameby.

Vår analys inriktade sig särskilt på avgränsningen gentemot andra vårdgivare, dels mot primärkommunen som ansvarar för social omvårdnad av äldre, dels mot den mer specialiserade sjukhusvården.

## Resultat

### Patienter

Antalet patienter som skrevs in och ut varje månad varierade mellan 20 och 30. Vi fann en viss nedgång under juni och december. Tre fjärdedelar av patienterna kom från hemmet och två tredjedelar av dem kunde återvända direkt efter vården (Figur 1). De flesta av dem som kom från särskilt boende kunde återvända dit. Endast nio patienter kom från annan klinik. Nio patienter avled och medelåldern för dessa var 80 år.

### Vårdtider

Medelvårdtiden var 7.75 dagar (Figur 2) och majoriteten av patienterna vårdades mellan en och två veckor – endast 16 patienter vårdades med än 21 dagar. De stod dock för en fjärdedel av det totala antalet vård dagar.

### Ålders- och könsfördelning

Medelåldern på samtliga patienter var 71.5 år (Figur 3). Åttio procent var över 60 år gamla. Antalet inlagda under 50 år var endast 33 stycken. Bara fyra patienter var under 21 år och ingen av dem vårdades mer än tre dygn. Alla svårt sjuka barn remitterades till barnklinik. Fler män (53 procent) än kvinnor vårdades, men kvinnorna var genomsnittligt något äldre och hade kortare vårdtid. Endast en kvinna mot nio män vårdades för alkoholsjukdom.

### Diagnoser och vårdinnehåll

De invärtesmedicinska diagnosgrupperna dominerade (Figur 4). Vanligast var cirkulationsorganens sjukdomar. Om vi till traumatologin räknar frakturer och övriga skador och förgiftningar, blir det den näst största gruppen. Infektioner och sjukdomar i andningsorganen förekom ofta, liksom psykiska diagnoser. Sex av de patienter som överfördes till långvård saknade diagnos.

Även i sjuksköterskornas egen klassificering av vårdinnehållet dominerade medicinsk vård, följt av kirurgisk och psykiatrisk vård. Åtta patienter vårdades av sociala skäl. Endast sju patienter fick ortopedisk, kirurgisk och medicinsk eftervård.

### Läkare och vårdlag

Sexton olika läkare deltog i in- eller utskrivning av patienter. De fast anställda läkarna stod för drygt hälften av inskrivningarna. Några större skillnader mellan vikarierande och fast anställd läkare, kunde inte återfinnas i analysen av de variabler som vi registrerat. Fast anställda läkare skrev dock fler slutanteckningar på avlidna.

### Diskussion

Medelvårdtiden på OBS-avdelningen är jämförbar med de 7,9 dagar på allmän internmedicinsk avdelning som gäller på andra sjukhus i Sverige. Även åldersfördelningen är jämförbar med andra sjukhusklinikers.

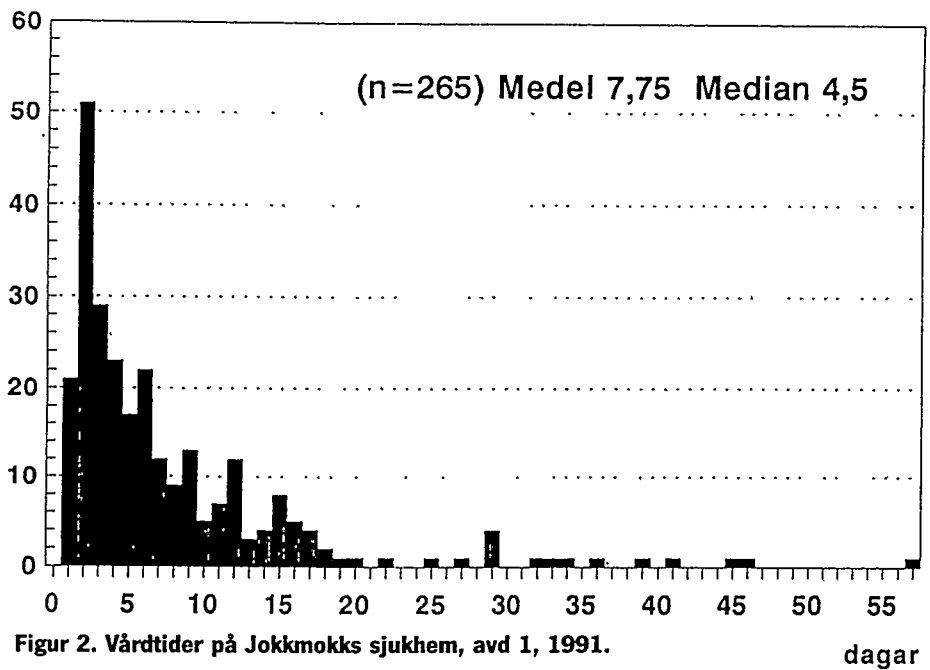
Samarbetet och utbytet med sjukhuskliniker skulle kunna utvecklas. Fler patienter borde kunna remitteras från specialistklinik till OBS-avdelning och vi skulle kunna använda vår speciella kompetens och utnyttja det hälsofrämjande, att speciellt äldre och kroniskt sjuka kunde vårdas nära hemmet. Terminalvård av patienter med maligna sjukdomar och akut försämrade patienter med hög ålder kan rentav få en bättre vård nära hemmet.

Validitet och reliabilitet kan för många specifika diagnoser ifrågasättas, speciellt när det gäller äldre patienter med svikt i flera organsystem. De speglar ändå ganska väl den medicinska dimensionen av verksamheten. Panoramat påminner om en invärtesmedicinsk avdelning, men även psykiatri, skador/förgiftningar och symptomdiagnoser är vanliga.

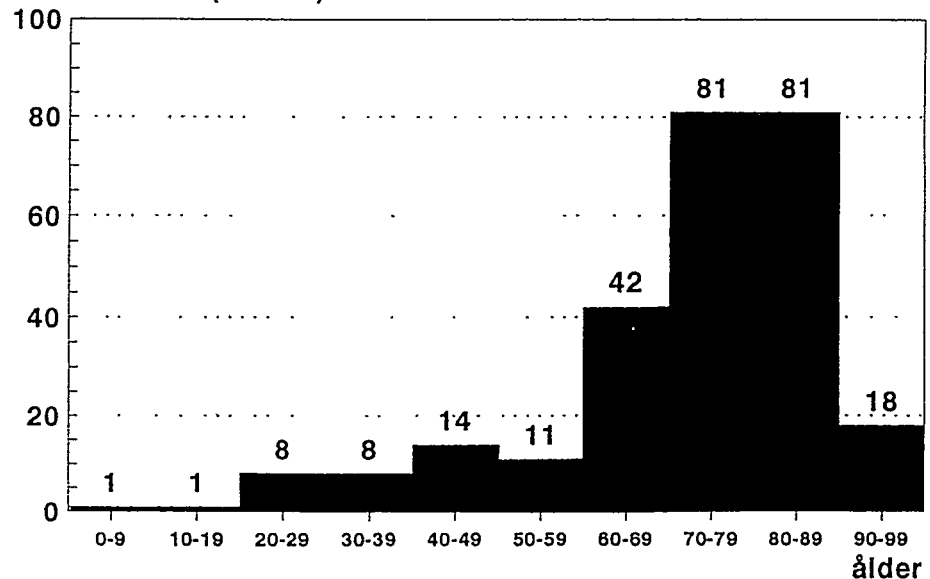
När det gäller de olika vårdlagen har vi funnit skillnader som kan bero på åldersfördelningen och antalet individer, men även då det gäller den geografiska närheten till sjukhuset. Det gäller då främst Vuollerim som har närmast till Centrallasarettet i Boden.

Primärkommunens ansvar för de äldre sjuka med mera kroniskt omvårdnadsbehov måste dock betonas. Patienter kan bli klinikfärdiga även på OBS-avdelningen! Problemet har

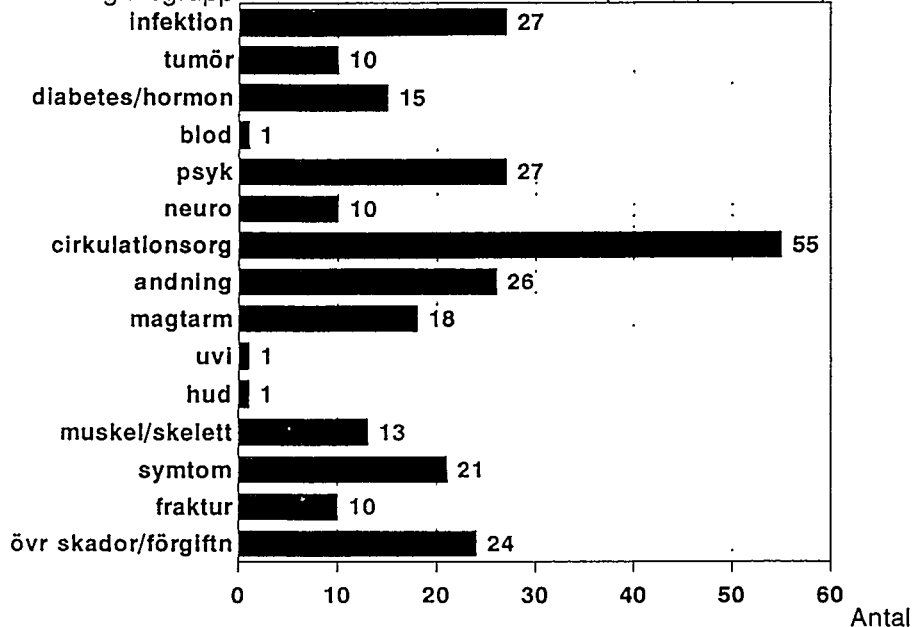
antal



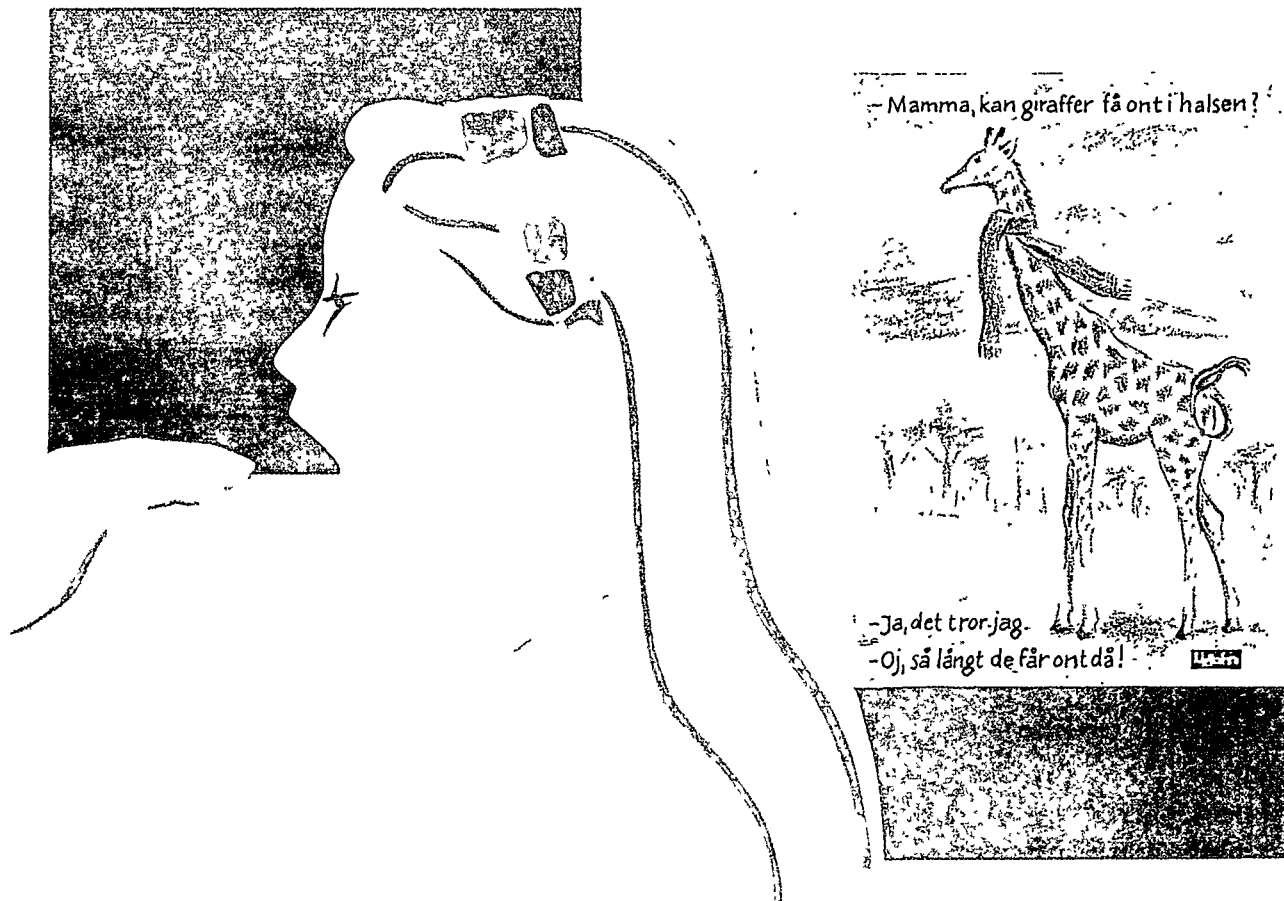
antal (n=265)



Diagnosgrupp (n=259, saknas 6)



# Recidiverande streptokocktonsillit?



## Patientbeskrivning:

Karin behandlades för 3 veckor sedan för en bakteriologiskt verifierad grupp A streptokocktonsillit med penicillin V i 10 dagar. Hon söker nu för ont i halsen igen och klinisk tonsillit konstateras. Snabbtest för grupp A streptokocker är positiv. Vilket antibiotikum väljer du att behandla med?

Vid recidiv inom två veckor efter avslutad penicillinbehandling rekommenderas Dalacin (klindamycin) som ett av alternativen, då ytterligare en penicillinkur ger hög recidivfrekvens (1,2). I en svensk studie på patienter med recidiv av streptokocktonsillit, visades att samtliga patienter som behandlades med Dalacin blev bakteriologiskt utläkta mot endast 36% av de penicillinbehandlade (1). Smittkälla i patientens omgivning bör eftersökas.

Dalacin är ett antibiotikum med effekt mot grampositiva kocker som streptokocker och pneumokocker men även mot viktiga anaeroba patogena bakterier. Biverkningarna är i allmänhet få, gastrointestinala störningar är vanligast förekommande. Dalacin skall inte ges till patienter med känd överkänslighet mot klindamycin eller linkomycin.

1. *Klindamycin bättre än penicillin V vid recidiv av streptokocktonsillit, A Orrling, C Kamme, C Schalén, A Stjernquist-Desatnik, Sv. Läkaresällskapets Riksstämman 92, s. 311, 28.*
2. *Eradication of group A streptococci from the upper respiratory tract by amoxicillin with clavulante after oral penicillin V treatment failure, EL Kaplan, DR Johnson, J Pediatr, 2, 1988, s. 400-3.*

Dalacin finns i  
75 mg kapslar, 40 st  
150 mg kapslar, 30 st, 40 st och 100 st  
300 mg kapslar, 16 st, 32 st och 100 st  
Mixtur 15 mg/ml, 80 ml

**Dalacin**<sup>®</sup>  
klindamycin

PRODUCT OF  
**Upjohn**  
ANTIBIOTIC  
RESEARCH

Upjohn AB  
Box 289  
433 25 Partille  
031-44 9100

ännu inte fått någon formell och ekonomisk lösning.

Å andra sidan får vi inte vårda patienter som är i behov av modern högspecialiserad vård. Många gånger är det bättre att ordna en bra transport av en stabil patient i direkt kontakt med mottagande klinik. Det är till exempel tveksamt om yngre patienter med hjärtinfarkt och stroke i akutskedet bör vårdas på OBS-avdelningen. Modern svensk handläggning av dessa tillstånd och eventuella komplikationer till behandling kräver sjukhusets tekniska resurser. Icke-akuta utredningar och intensiv medicinsk behandling med enklare modern teknik går däremot att genomföra.

Eftersom vikarierande läkare står för hälften av inläggningarna, ofta under jourtid, är det viktigt att förankra och ständigt diskutera vilka patienter vi ska vårda.

#### Utveckling eller avveckling?

Obeservationsplatserna har stor betydelse för befolkningen i glesbygd. Det gäller speciellt de äldre som är i majoritet bland inlagda patienter. Avdelningen är en nödvändig service till en kommun av Jokkmokks karaktär med långa avstånd till sjukhus.

OBS-avdelningen innebär en hel del arbetstillfällen lokalt. Beräknas kostnaden per vård dag med traditionella mått, blir beloppet relativt högt, men trots detta lägre än för sjukhusen. Om hänsyn även tas till inbesparade långa transporter av både patienter och besökande anhöriga, ökar kostnadseffektiviteten.

Nu aviseras en dramatisk omstrukturering av den slutna vården i Norrbotten, med en fokusering kring kanske två moderna lasarett mot nuvarande sex sjukhus. Vilken roll kommer då OBS-avdelningen att spela i framtiden? Hur slår historiens pendel?

De långa avstånden ökar snarast betydelsen av vårdenheten. Kontinuerlig uppföljning och utbildning av personal är avgörande för vårdkvaliteten. Betoningen bör koncentreras på de invärtesmedicinska åkommor som är vanliga. Även mer akuta och ovanliga tillstånd måste kunna hanteras. Därför är det viktigt att vårdcentralen är utrustad med hög kompetens och modern utrustning.

Det går inte att jämföra verksamheten på en vårdcentral i tätort med en i glesbygd. Ett mera utvecklade utbyte av erfarenheter mellan olika glesbygdsvårdavdelningar vore värdefullt, inte minst för att hålla kvaliteten hög. Annars kan föråldrade metoder finnas kvar länge i isoleringen.

När ADEL-reformen får genomslag, uppstår ett glapp i vårdnivåerna. Det finns patienter som inte passar för vård, utredning och behandling inom de specialiserade sjukhusen, men som

ändå är för svåra för primärkommunen.

Då finns det möjligen behov av en effektiv mellanvårdform även i tätort!

#### Referenser

Larsson Y, Mattsson Å, Olsson P. Långt från sjukhus. Obs avd i glesbygd. Rapport avd 1, 1991. Jokkmokks vårdcentral. April 1992.

#### Författarpresentation

Yvonne Larsson, sjuksköterska.

Åsa Mattsson, sjuksköterska.

Peter Olsson, distriktsläkare

Jokkmokks vårdcentral

Box 65

962 22 Jokkmokk

## ARBETSGRUPP FÖR BARN- OCH SKOLHÄLSOVÅRDSFRÅGOR

Är du intresserad av att vara med i SFAMs arbetsgrupp för barn- och skolhälsovårdsfrågor? Den har just bildats med Lena Kälvesten, distriktsläkare i Sundsvall, som sammankallande. SFAM har under senaste åren bildat flera arbetsgrupper - exempelvis datagruppen och kvalitetssäkringsgruppen - i vilka specialintresserade distriktsläkare utanför styrelsen engageras och arbetar för utveckling inom ett speciellt område. Gruppen kan även fungera som remissvarsinstans i frågor gällande området. SFAM kan stödja gruppens arbete genom visst ekonomiskt bidrag till exempelvis resekostnader. Ta kontakt med Lena Kälvesten, Granloholms vårdcentral, Lasarettsvägen 18, 851 86 Sundsvall om du är intresserad av att arbeta med barn- och skolhälsovårdsfrågor.



ÖRNSKÖLDSDVIK STAD 1894-1994

## NORRLÄNDSKA ALLMÄNLÄKARDAGAR

I

ÖRNSKÖLDSDVIK 2-3 SEPTEMBER 1993

### Tema: Hälsa som livsmening

Medverkar gör bland andra  
Karl Erik Fichtelius, Christer Enkvist och  
Karin Johannison.  
För information, ring 0660/89805

**Hjärtligt välkomna!**

*Kollegorna i Örnsköldsvik*



## HUR ÄR UTBILDNINGSKVALITETEN PÅ DIN VÅRD-CENTRAL?

SFAM kan erbjuda SPUR-inspektion!

Sedan några år pågår på initiativ av Läkarförbundet kvalitetsbedömningar av specialistutbildningen vid kliniker och vårdcentraler inom olika specialiteter. Avsikten är att man skall kunna sammanställa uppgifter om kvaliteten på specialistutbildningen. Dessa uppgifter kommer att finnas tillgängliga på Läkarförbundet och presenteras i Läkartidningen.

Under utvecklingen av SPUR-inspektionerna (Specialistutbildningsrådet) har den viktigaste erfarenheten av dessa inspektioner varit, att de inneburit ett stort stöd och en stimulans till förbättringar av utbildningssituationen vid den egna kliniken eller vårdcentralen.

SFAM bedömer dessa SPUR-inspektioner som mycket värdefulla och kan nu erbjuda intresserade vårdcentraler att få sådan inspektion genomförd.

Själva inspektionen är enkelt upplagd och innebär ingen direkt belastning. En enkät skickas ut i förväg, varefter inspektören under en dag kommer till den aktuella vårdcentralen. I samband med detta besök bedöms utbildningssituationen ur olika aspekter. Dagen avslutas med en genomgång tillsammans med utbildningsläkare, vårdcentralschef och andra intresserade.

**Vill du veta mer om utbildningssituationen på din vårdcentral?**

**Vill du veta hur den kan förbättras?**

Är du intresserad och vill bli inspekterad eller få ytterligare information? Skriv till dr Magnus Eriksson, Centralvägen 7, 152 57 Södertälje eller ring 08--550 252 21 (kl 8-17).



## Cancerfonden

### Tre miljoner till höjd vårdkvalitet inom cancervården

Cancerfonden har för 1993 anslagit tre miljoner kronor att fördela till projekt som förbättrar vårdkvaliteten inom cancervården. Cancerfonden inbjuder härmed intresserade att söka ekonomiskt bidrag för sådana projekt.

Syftet med projektet ska vara att praktiskt pröva nya modeller för bättre omhändertagande och omvårdnad av cancerpatienter, finna former för att bättre tillgodose cancerpatienternas psykosociala omvårdnad etc. Projekten kan genomföras inom öppen eller sluten vård, hemsjukvård eller annan inrättning där cancerpatienter vårdas.

Projektet får löpa under högst tre år och rapportering ska lämnas årligen. För att projektet ska kunna beviljas måste sjukvårdshuvudmannen förbinda sig att överta ansvaret för den fortsatta verksamheten om projektet utfaller positivt.

Ytterligare upplysning om villkoren för vårdkvalitetsprojektet, samt ansökningsformulär lämnas av Sylvia Sauter, Cancerfondens kansli, tel 08-772 28 00.

Ansökan med projektbeskrivning, budget samt utvärderingsplan ska vara Cancerfonden tillhanda senast den 14 september 1993 under adress:

**Cancerfonden – Vårdkvalitet  
Box 17096, 104 62 Stockholm.**

## ÖNH contra ENT

Om två helt skilda sätt att skriva en lärobok

### Öron-, näs- och hals-sjukdomar

Redaktörer:  
OLLE HALLEN  
MATTI ANNIKO

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1991.

Pris: 1030 kronor  
377 sidor

Språk: Svenska  
80 författare  
Hårda pärmar  
1100 gram  
Traditionell layout  
Relativt magert illustrerad  
Relativt få färgbilder – samlade i början  
Rejäl uppslagsbok  
Tråkigt uttömmande

Kommentar: Egentligen talar tabellen för sig själv, varför ytterligare kommentarer känns lätt överflödiga. Liksom tidigare (AllmänMedicin 1/92, sid 38) kan jag rekommendera **den svenska ÖNH-boken** som en synnerligen användbar uppslagsbok i den kliniska vardagen. Den är ytterst gedigen, men kanske lite tråkig och den utgår från svenska förhållanden och traditioner. Om jag däremot vore kandidat på öronkursen, skulle jag utan minsta tvekan köpa **den engelska ENT-boken**. Den är billig, den har en mycket aptitlig layout och de engelska antibiotikarekommendationerna stör inte alltför mycket. Den lockar verkligen till läsning och den är väl värd en plats också i den allmänmedicinska bokhyllan. Svenska läroboksproducenter har mycket att lära av sina engelska kollegor.

#### Anders Håkansson

Vårdcentralen Teleborg  
Box 5044  
350 05 Växjö

### Yrkesinriktad rehabilitering

Handledning för chefer och arbetsledare

INGER STANFORS

Lund: Studentlitteratur, 1992.  
59 sidor.  
ISBN 91 44 34891 6

Boken är i första hand skriven för chefer och arbetsledare inom såväl privat som offentlig tjänst. Den är mycket lättläst och ger en bra beskrivning på bakgrunden till de förändringar som skett inom arbetsmiljölagen och rehabiliteringen. Författaren belyser genomgående hur viktigt det är med samverkan för att rehabiliteringsarbetet ska lyckas. Hon beskriver vad som menas med yrkesinriktad rehabilitering, förebyggande åtgärder och arbetsanpassning. Hon visar på de olika myndigheter som chefer/arbetsledare

### Clinical ENT. An illustrated textbook

GERARD M O'DONOGHUE  
GRANT J BATES  
ANTONY A NARULA

Oxford: Oxford University Press, 1992.

Pris: 22.50 pund  
223 sidor

Språk: Engelska  
3 författare  
Mjuka pärmar  
550 gram  
Modern layout  
Mycket rikligt illustrerad  
Många färgbilder – genom hela boken

Stimulerande lärobok  
Mera översiktlig

kan vända sig till och beskriver kortfattat olika lagparagrafer, som kan vara till hjälp i rehabiliteringsarbetet.

Boken vänder sig i första hand till de chefer och arbetsledare, som redan är intresserade av rehabilitering. För dessa är boken ett alldeles utmärkt redskap men enligt min mening saknas ett avsnitt i boken. Fortfarande finns ju chefer/arbetsledare, som inte har klart för sig vilken kostnad företaget har på grund av sjukfrånvaron. Arbetsgivaren betalar sjuklön för anställd under de första fjorton dagarna av en sjukperiod. Flertalet företag förefaller ha den uppfattningen, att den sänkta arbetsgivaravgiften kompenserar kostnaden för sjukfrånvaron, men frågan är om detta är korrekt. Om boken innehållit ett avsnitt som visat ekonomiska beräkningar enligt ovan, hade den känts mer komplett.

Birgitta Lundquist, Rehab-konsult  
Försäkringskassan, lokalkontoret  
351 84 Växjö

## Barnhälsovård

HAGELIN E  
MAGNUSSON M  
SUNDELIN C

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1992.  
232 sidor.  
ISBN 91 21 13509 6

Har det hänt något inom barnhälsovården under de senaste fem åren? Behöver du som har "Barnhälsovård" i dess första upplaga nu köpa den andra? Svaret på båda frågorna blir ett ganska klart "ja". Vi har fått ett nytt hälsoövervakningsprogram och vi har fått ett nytt vaccinationsprogram. Därför blir det lite knöligt, att som uppslagsbok på barnvårdscentralen ha kvar den gamla upplagan.

Annars är det mesta i boken naturligtvis sig likt, även om man har stuvat om lite i kapitlen och på sina ställen lagt till och uppdaterat. Till det yttre är förändringen större. Omslaget har skiftat färg från ljusblått till mörkblått och fotografiet av det lekande nakna barnet har fått ge plats för en komposition i blått, rött och gult, signerad Claes Sundelin.

#### Anders Håkansson

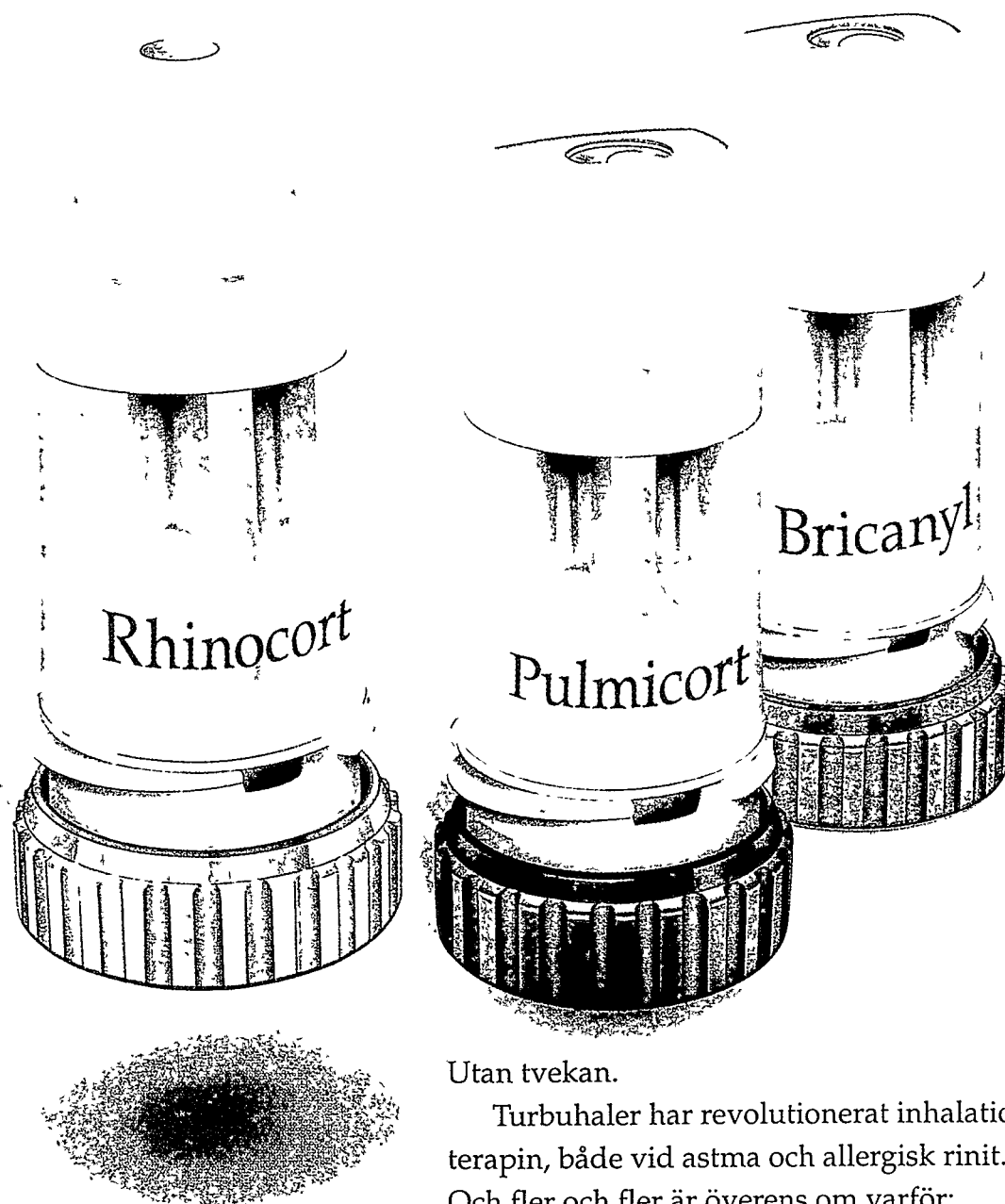
Vårdcentralen Teleborg  
Box 5044  
350 05 Växjö

# Författarregister 1992

Artiklar publicerade i *AllmänMedicin* 1992. Sorterade efter första författare.

- Agenäs I.** Psykofarmakaanvändningen i Sverige under 1980-talet. *AllmänMedicin* 1992;13:22-3.
- Agenäs I.** Hearing om bensodiazepiner. *AllmänMedicin* 1992;13:67.
- Andersson D.** Allmänmedicin i PIFF-tappning – ett accepterande av nuvarande felaktiga resursfördelning mellan slutenvård och öppenvård? *AllmänMedicin* 1992;13:4. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, resursfördelning, ledare.
- Andersson D, Petersson C.** STOP för tveksamhet om hypertonibehandling av äldre? *AllmänMedicin* 1992;13:92-3. SEARCH WORDS: Hypertension; Human; Aged; Cerebrovascular disorders.
- Andersson I, Park G, Fulton B.** The management of acute pain. *AllmänMedicin* 1992;13:189-91. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Andersson S-O.** Mor å far krigar å kulorna går genom mej. Rapport från en konferens om barnmisshandel och omsorgssvikt. *AllmänMedicin* 1992;13:262-3. SEARCH WORDS: Child abuse; Child welfare; Child custody; Congresses; Human; Child; Iceland; Parent-child relations; Child abuse, sexual.
- André M, Gabriellii B, Leissner U, Lysell E, Westerlund A.** Decentralisering hela vägen – att förändra en sjukvårdsorganisation. *AllmänMedicin* 1992;13:40. SEARCH WORDS: Recensioner.
- André M.** Jakten på kvalitet – drevet går i Dalaskogar. *AllmänMedicin* 1992;13:243-6. SEARCH WORDS: Physicians, family; Education, medical, continuing; Quality assurance, health care; Sweden; Quality of health care.
- Anonymous.** Specialistutbildning i allmänmedicin. SEARCH WORDS: Family practice; Education, medical, continuing; Teaching; Sweden.
- Asplund R.** Sömn, diures och peptidhormoner. Micturition habits and diuresis in relation to sleep and well-being in elderly subjects with emphasis on antidiuretic hormone and treatment with desmopressin. *AllmänMedicin* 1992;13:203-5. SEARCH WORDS: Sleep disorders; Diuresis; Vasopressins; Urination; Human; Female; Male; Aged.
- Beckman A, Carlsson C.** Grundläggande akupunktur vid smärtbehandling. *AllmänMedicin* 1992;13:275. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Beckman A, Haavik TK, Stephansen BK, Bjerkli H, Kloll LP.** Revmatologi. *AllmänMedicin* 1992;13:276. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Bentzen N.** Kvalitetsvurdering i almen medicin – vores udfordring i 90'erne! *AllmänMedicin* 1992;13:248-50. SEARCH WORDS: Quality assurance, health care; Family practice; Denmark; Quality of health care; Medical audit.
- Bergstad B, Brouneus B, Norén I.** Ledarutveckling i primärvården på våra egna villkor. *AllmänMedicin* 1992;13:10-1. SEARCH WORDS: Primary health care; Education, medical, continuing; Physicians, family; Sweden; Leadership.
- Björkelund C, André M.** Rapport från vårmöte i Växjö, 14–16 maj 1992. *AllmänMedicin* 1992;13:171-4. SEARCH WORDS: Family practice; Congresses; Sweden.
- Björkelund E.** Cortison vid asthma bronchiale – tänk efter först. *AllmänMedicin* 1992;13:81. SEARCH WORDS: Cortisone; Asthma; Status asthmaticus; Case report; Human; Female; Male; Child.
- Bolin L, Sydmo E, Berglund A, Löfberg H.** Försöksverksamhet med distribution av bra hjälpmedel via Apotek. *AllmänMedicin* 1992;13:68.
- Brorsson A.** Lunde IM. Patienters egenvurdering – et medicinsk perspektivskift. *AllmänMedicin* 1992;13:35-6. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Brorsson A, Henningsson S, Håkansson A.** Primärvårdsdiagnoser för datorjournal. *AllmänMedicin* 1992;13:266. SEARCH WORDS: Medical records systems, computerized; Primary health care; Terminology.
- Carlsten A.** Försäljning av receptfria analgetika 1986–1991. *AllmänMedicin* 1992;13:215-6.
- Cars H, Lemne C.** Liten handbok för kliniska prövare. *AllmänMedicin* 1992;13:235-6. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Cars H, Björgell A, Björgell P.** JourläkARBOKEN. *AllmänMedicin* 1992;13:275-6. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Chotai J.** Tanke, känsla och handling – en bakgrund till kognitiv terapi. *AllmänMedicin* 1992;13:73-6. SEARCH WORDS: Health promotion; Cognitive therapy; Patient participation.
- Christiansson M, Furhoff A-K, Larsson S.**Handledningen i allmänmedicin under specialistutbildningen – rapport från årgång –90. *AllmänMedicin* 1992;13:124-7. SEARCH WORDS: Family practice; Education, medical, continuing; Questionnaires; Teaching; Drug information services; Attitude to health.
- Eckerlund K, Edström E, Itkes-Olofsson H, Millner J, Niklasson F, Gyllenhammar E.** I Balints fotspar – en Balint-grupp reser till London. *AllmänMedicin* 1992;13:184-6. SEARCH WORDS: Physicians, family; Physician-patient relations; London.
- Eckerman I, Lindstrand A, Gunnarsson V.** Fortbildning i omsorgsfrågor för personal med olika huvudmän – en rapport från Nacka. *AllmänMedicin* 1992;13:186-8. SEARCH WORDS: Mental retardation; Interprofessional relations; Education, medical, continuing; Education, nursing, continuing; Human.
- Edström L-G.** Rapport från ett journalarkiv – "vårdtyngdsmätning" i primärvård. *AllmänMedicin* 1992;13:271.
- Edwards B, Malmström M.** Upprepad korttidsfrånvaro hos 60-talister i Staffans-torp. *AllmänMedicin* 1992;13:132-6. SEARCH WORDS: Insurance, health; Sweden; Human; Adult; Female; Male; Morbidity.
- Elvingsson I, Tonnessen TI.** Smärta och andra symtom hos cancerpatienten – diagnos och behandling. *AllmänMedicin* 1992;13:146. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Englund O.** Specialistexamen i Sundsvall 1991. *AllmänMedicin* 1992;13:105-9. SEARCH WORDS: Family practice; Education, medical, continuing; Sweden; Educational measurement.
- Engvall M.** Konsultationsgrupp med videoinspelade patientmöten. *AllmänMedicin* 1992;13:32-5. SEARCH WORDS: Referral and consultation; Physicians, family; Video recording; Physician-patient relations.
- Enström I.** Ambulatory blood pressure measurement. A tool for more comprehensive blood pressure evaluation. *AllmänMedicin* 1992;13:200-1. Blood pressure monitors; Ambulatory care; Hypertension; Human; Female; Male; Middle age; Dissertations, academic.
- Eriksson C-G, Bruhn JG (red).** Naturliga läkemedel. *AllmänMedicin* 1992;13:37-8. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Eriksson C-G, Moe Chistie V.** Den andra medicinen – Alternative utovere og deres pasienter. *AllmänMedicin* 1992;13:84. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Falkenberg M.** Behandlingskontroll av diabetesvården i primärvården med HbA1C. *AllmänMedicin* 1992;13:78-9. SEARCH WORDS: Diabetes mellitus; Hemoglobin A, glycosylated; Human; Female; Male; Primary health care.
- Falkenberg M.** Bayliss RIS, Tunabridge WMG. Thyroid disease. The facts. *AllmänMedicin* 1992;13:88. SEARCH WORDS: Recensioner.
- Fallsberg M.** Mediciner – bot eller hot? Bilder ur kroniskt sjuka människors tankevärld. *AllmänMedicin* 1992;13:118-22. SEARCH WORDS: Drugs; Chronic diseases; Drug therapy; Human; Drug information services; Attitude to health.
- Fallsberg M.** Lydnad eller ansvar – patientens syn på sin medicinering. *AllmänMedicin* 1992;13:167-70.
- Faresjö T, Arenius M, Davidson K.** Psykisk ohälsa i primärvården – patientbeskrivning från en försöksverksamhet med psykoterapeutiskt team. *AllmänMedicin* 1992;13:16-8. SEARCH WORDS: Psychotherapy; Mental disorders; Human; Male; Female; Patient care team; Risk factors; Socioeconomic factors; Outpatients.

# Revolutionen.



Utan tvekan.

Turbuhaler har revolutionerat inhalations-  
terapi, både vid astma och allergisk rinit.

Och fler och fler är överens om varför:

Den är mycket enkel att använda<sup>1,2,3,4</sup>.

Dessutom innehåller den enbart rent läkemedel.

## Turbuhaler

*Så skall en revolution se ut.*

Rhinocort® Turbuhaler® ( budesonid 100 µg/dos ) nasal steroid vid allergisk och vasomotorisk rinit. Pulmicort® Turbuhaler® ( budesonid 100, 200 resp 400 µg/dos ) inhalationssteroid vid astma. Bricanyl® Turbuhaler® ( terbutalin 0,25 resp 0,5 mg/dos )  $\beta_2$  stimulerare vid astma och kronisk bronkit.  
Referenser: 1. E. Aalto et al, Annals of Allergy, Volume 69, 1992. 2. H. Ahlström, E. Svenonius, M. Svensson, Allergy 44, 1989. 3. J. Duncan, A.C.W.S. Nmg, G.K. Crompton, Drug Invest 2, 1990. 4. G.R. Petrie et al, Drug Invest 2, 1990.

Draco Läkemedel AB / Tika Läkemedel AB, Lund 046-33 70 00

**Fichtelius KE.** Allmänläkarbok som murbräcka. *AllmänMedicin* 1992;13:158. SEARCH WORDS: Debatt.

**Grundström L, Pedersen K.** Tala är silver – skriva är guld. *AllmänMedicin* 1992;13:226. SEARCH WORDS: Physician-patient relations; Patient education; Correspondence.

**Gyllerup S.** Cold as a risk factor for coronary mortality. A study of aggregated data from different regions in Sweden. *AllmänMedicin* 1992;13:103. SEARCH WORDS: Coronary diseases; Coronary climate; Human; Sweden; Risk factors; Dissertations, academic.

**Hallberg H.** Divorced middle-aged men – psychosocial and medical aspects. *AllmänMedicin* 1992;13:59-60. SEARCH WORDS: Divorce; Human; Male; Middle age; Adult; Morbidity; Life change events; Risk factors; Sweden; Dissertations, academic.

**Hallberg H, Ettinger L, Retterstol N, Dahl AA, Malt UF.** Kriser och neuroser. *AllmänMedicin* 1992;13:235. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Hallberg H, Netzell R.** Vilka patienter söker på jourmottagningen? *AllmänMedicin* 1992;13:19-20. SEARCH WORDS: Emergency medical services; Patient acceptance of health care; Questionnaires; Patient satisfaction.

**Hannerz A, Högsveden I, Frank L.** Allergier hos mellanstadiebarn i Habo. *AllmänMedicin* 1992;13:14-6. SEARCH WORDS: Hypersensitivity; Human; Child; School health services; Questionnaires.

**Hedberg C.** Kropp och existens. *AllmänMedicin* 1992;13:227-30. SEARCH WORDS: Body image; Physician-patient relations; Family practice; Patient acceptance of health care.

**Hey M, Rudebeck CE.** General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentation and bodily empathy. *AllmänMedicin* 1992;13:163-4. SEARCH WORDS: Allmänmedicin, klinisk praktik, klinisk kompetens, medicinsk fenomenologi, diagnostisk process, symtompresentation, kroppskänedom, empati, doktorsavhandlingar.

**Håkansson A.** Allmänmedicinsk geografi. *AllmänMedicin* 1992;13:152-3. SEARCH WORDS: Family practice; Sweden.

**Håkansson A, Hallén O, Anniko M (reds).** Öron-, näs- och hals-sjukdomar. *AllmänMedicin* 1992;13:38. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Håkansson A, Cronberg S.** Infektioner. *AllmänMedicin* 1992;13:148. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Håkansson A, Bergsjö P, Förde R, Sjöli SI, Telje J, Thesen J.** Svangerskapsomsorg i allmenpraxis. *AllmänMedicin* 1992;13:189. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Håkansson A, Persson B, Westgren M (reds).** Perinatal medicin. *AllmänMedicin* 1992;13:189. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Håkansson A, Andrén P.** Vem tar hand om barnen – och vem tar hand om de gamla? En receptstudie. *AllmänMedicin* 1992;13:220-2. SEARCH WORDS: Patients; Phy-

sicians; Physicians, family; Human; Child; Aged; Age factors; Prescriptions, drug.

**Håkansson A, Gervas J.** Europeisk allmänmedicin i tabellform. Rapport från EGPRW-möte i Nottingham. *AllmänMedicin* 1992;13:166. SEARCH WORDS: Family practice; Congresses; England; Europe.

**Håkansson J.** Cancerdiagnostik vid Kroksoms hälsocentral – en kvalitetsundersökning. *AllmänMedicin* 1992;13:252-3. SEARCH WORDS: Quality of health care; Neoplasms; Human; Female; Male; Ambulatory care facilities.

**Ivarsson L, Hansen BU.** Medicinsk revision av provtagning avseende antinucleära antikroppar (ANA) vid vårdcentral. *AllmänMedicin* 1992;13:62-3. SEARCH WORDS: Antibodies, antinuclear; Ambulatory care facilities; Medical audit; Human; Lupus erythematosus, systemic.

**Jablonski H.** Det splittrade arvet efter Balint. *AllmänMedicin* 1992;13:183-4. SEARCH WORDS: Family practice; Physician-patient relations.

**Jaenson E.** Läkarförbundets 2:a idéskiss SLAF stärker inte mina patienters position i hälso- och sjukvården. *AllmänMedicin* 1992;13:51. SEARCH WORDS: Debatt, allmänmedicin.

**Jaenson E.** EG – en 12-mannagrupp i Malmö. Ett exempel på efterutbildning i egen regi. *AllmänMedicin* 1992;13:155.

**Järhult B.** En invandrare eller flykting korsar ditt spår. *AllmänMedicin* 1992;13:54-6. SEARCH WORDS: Emigration and immigration; Refugees; Family practice; Health status; Sweden.

**Jönsson RG, Lindskog B (red).** Företags-hälsovård. *AllmänMedicin* 1992;13:40. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Kallioinen M, Granholm O, Jakobsson M.** Primärvårdens forsknings- och utvecklingsenheter. *AllmänMedicin* 1992;13:142. SEARCH WORDS: Primary health care; Research; Sweden.

**Kjellsson PO, Calltorp J (red).** Ekonomi och administration i kliniskt perspektiv. *AllmänMedicin* 1992;13:146. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Kulneff-Herlin A.** Sensitivitet och specificitet vid streptokocktester och s-CRP i samband med luftvägsinfektioner. *AllmänMedicin* 1992;13:139-42. SEARCH WORDS: Streptococcal infections; Respiratory tract infections; Antibiotics; Human; C-reactive protein; Streptococcus pyogenes.

**Källkvist A, Hofgaard Lycke K, Handal G, Lauvås P.** Att handleda läkare – en pedagogisk introduktion. *AllmänMedicin* 1992;13:236. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Lenhoff K, Persson S.** Kardiologi – hjärtsjukdomar hos vuxna. *AllmänMedicin* 1992;13:276. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Lindblad E.** Kan den kvalitativa metodologin bidra till att utveckla teorin om den allmänmedicinska praktiken? *AllmänMedicin* 1992;13:259-60. SEARCH WORDS: Family practice; Quality of health care; Research.

**Lindholm LH, Enström I.** Ambulatory blood pressure measurement. A tool for more comprehensive blood pressure evaluation. *AllmänMedicin* 1992;13:200-1. SEARCH WORDS: Hypertoni, ambulatorisk blodtrycksmätning, läkemedelsbehandling.

**Lindholm LH, Gyllerup S.** Cold as a risk factor for coronary mortality. A study of aggregated data from different regions in Sweden. *AllmänMedicin* 1992;13:103. SEARCH WORDS: Kyla, hjärtinfarkt, riskfaktor, registerstudier, socialgrupp, socio-ekonomiska faktorer, blodfetter, hypertoni.

**Lindholm LH, Nilsson P.** Metabolic disturbances in primary hypertension. Special focus on non-pharmacological treatment of hyperinsulinemia. *AllmänMedicin* 1992;13:102. SEARCH WORDS: Hypertoni, läkemedelsbehandling, risk-faktorer, insulin, blodfetter, socialgrupp, doktorsavhandlingar.

**Nilsson P.** Metabolic disturbances in primary hypertension. Special focus on non-pharmacological treatment of hyperinsulinemia. *AllmänMedicin* 1992;13:102. SEARCH WORDS: Hypertension; Hyperinsulinism; Insulin; Risk factors; Human; Dissertations, academic.

**Lisper B.** Astmaåret –92 på apoteken. *AllmänMedicin* 1992;13:256-8.

**Lönning I.** Det allmenne i medicin og helsepolitikk. *AllmänMedicin* 1992;13:25-8. SEARCH WORDS: Family practice; Congresses; Norway; Health policy.

**Lorentzson S.** Diagnostik af lungesygdomme i almen praksis. *AllmänMedicin* 1992;13:145. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Lund Olsen I, Gnarpe H.** Chlamydia pneumoniae, en ny luftvägs patogen. *AllmänMedicin* 1992;13:268-9. SEARCH WORDS: Chlamydia pneumoniae; Respiratory tract infections; Human; Female; Male; Case report.

**Lundmark S.** Att förebygga lårbensbrott – en utmaning! *AllmänMedicin* 1992;13:136-9. SEARCH WORDS: Hip fractures; Human; Osteoporosis; Female; Male; Aged; Risk factors.

**Löfvander M.** Hälso- och sjukvård för invandrare och flyktingar i Sverige (del 1). Organisationsformer och somatiskt hälsoperspektiv. *AllmänMedicin* 1992;13:176-9. SEARCH WORDS: Emigration and immigration; Refugees; Sweden; Health status; Health services; Psychophysiologic disorders; Human.

**Löfvander M.** Hälso- och sjukvård för invandrare och flyktingar i Sverige (del 2). Psykologiska och psykiatriska aspekter. *AllmänMedicin* 1992;13:217-20. SEARCH WORDS: Emigration and immigration; Refugees; Health services needs and demand; Community health services; Socioeconomic factors; Transients and migrants.

**Löfvander M, Angel B, Hjern A.** Att möta flyktingbarn och deras familjer. *AllmänMedicin* 1992;13:274-5. SEARCH WORDS: Recensioner.

**Malmberg B-G.** Begriper vi journalerna? *AllmänMedicin* 1992;13:157. SEARCH

**WORDS:** Medical records; Nomenclature; Unified medical language system.

**Mattsson B.** Meurle-Hallberg K, Gunnérus Å. Kroppen som fysik- kroppen som jag. *AllmänMedicin* 1992;13:86. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Nerbrand C.** Rapport från SIMGs allmänmedicin kongress i Klagenfurt, 9-13 september 1991. *AllmänMedicin* 1992;13:8-9. **SEARCH WORDS:** Family practice; Austria; Congresses;

**Nilsson B.** Efterutbildning - "inre eller yttre tvång". *AllmänMedicin* 1992;13:100.

**Nilsson B.** Allmänmedicinska specialisters efterutbildning i Norge. *AllmänMedicin* 1992;13:224-5. **SEARCH WORDS:** Family practice; Education, medical, continuing; Norway.

**Nilsson B.** Antonovsky A. Hälsans mysterium. *AllmänMedicin* 1992;13:192. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Nilsson B, Olsson B.** Obsolet och omnipotent eller rigid och pessimistisk. *AllmänMedicin* 1992;13:50.

**Nordling B.** Allmänmedicin i Hamburg. *AllmänMedicin* 1992;13:30-2. **SEARCH WORDS:** Family practice; Germany; Education, medical, undergraduate; Physicians, family; Physician's role.

**Nordling B.** Hamm H. Allgemeinmedizin. *AllmänMedicin* 1992;13:36. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Nordling B.** Den normale aldring - del 1 och 2. *AllmänMedicin* 1992;13:39. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Nordling B.** Ebskov B. Skadestuekirurgi. *AllmänMedicin* 1992;13:147. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Nordling B.** Engberg-Pallesen A, Frijs-Madsen B, From Hansen P, Magnusson G, Viidik A, Worm J. Sygdomme i alderdommen - klinisk geriatri. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Norling P.** Lötval J, Rössner S. Invärtesmedicinsk handbok. *AllmänMedicin* 1992;13:145. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Olbo E.** Astmapatienters kunskap om sin sjukdom. *AllmänMedicin* 1992;13:67.

**Olofsson C.** Jacobsen D, Kjeldsen SE, Wickström E. Akutte forgiftninger - en veileder. *AllmänMedicin* 1992;13:39. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Olsson P.** Nordbring F. Antibiotika och kemoterapi. *AllmänMedicin* 1992;13:38. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Olsson P.** Thune Jacobsen E. Nansengadekvarteret under lup. *AllmänMedicin* 1992;13:148. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Olsson P.** Kvalitative metoder - på fram-marsch! Rapport från en fördjupningsverkstad, Hjelmeland, Norge, November 1991. *AllmänMedicin* 1992;13:127-9. **SEARCH WORDS:** Family practice; Quality of health care; Norway.

**Olsson P, Eriksson U.** Folkhälsorapporter i återvändsgränd. Finns det en utväg? *AllmänMedicin* 1992;13:130. **SEARCH WORDS:** Family practice; Public health; Sweden.

**Persson B.** Perspektivet bakåt i historien "Vårdens idéhistoria". *AllmänMedicin* 1992;13:64. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Persson B.** Det specialiserade sjukhus-systemets uppgång, konsolidering, storhetstid och begynnande nedgång. *AllmänMedicin* 1992;13:232-3. **SEARCH WORDS:** Physicians, family; Hospitals, special; Health facilities; Specialities, medical.

**Persson B.** Bli varse det du ser! Om vänt-rumslitteraturens dolda budskap och dagens folkmedicin. *AllmänMedicin* 1992;13:265-6. **SEARCH WORDS:** Medicine, traditional; Outpatients; Literature; Patient education.

**Persson B, Löfvander M.** Nordisk forskarsymposium om humanistisk sundhetsforskning. Hindsgravl slot, Fyn, Danmark, 4-6 mars 1992. *AllmänMedicin* 1992;13:205-10. **SEARCH WORDS:** Health services research; Congresses; Denmark; Humanism.

**Persson L.** Kvalitetsarbete i allmänmedicin. *AllmänMedicin* 1992;13:69-71. **SEARCH WORDS:** Family practice; Quality of health care; Bibliography.

**Petersson C.** Carlsson B. Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap. *AllmänMedicin* 1992;13:147. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Petersson C.** Johansson I, Lynöe N. Medicin och filosofi - en introduktion. *AllmänMedicin* 1992;13:272. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Petersson C.** Nordenfelt L. Livskvalitet och hälsa. *AllmänMedicin* 1992;13:272-4. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Ribacke M.** Allmänmedicinens kvalitets-säkring en uppgift för professionen. *AllmänMedicin* 1992;13:48.

**Ribacke M.** Wilcock GK, Gray JAM, Longmore JM. Geriatric problems in general practice. *AllmänMedicin* 1992;13:88. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Ribacke M.** Kvalitetssäkring inom laboratoriemedicinen. *AllmänMedicin* 1992;13:241.

**Ribacke M.** Kvalitetssäkring i allmänmedicin via kvalitetsindikatorer. *AllmänMedicin* 1992;13:241-3. **SEARCH WORDS:** Quality assurance, health care; Family practice.

**Ribacke M, Fabian C.** Den ofärdige husläkaren. *AllmänMedicin* 1992;13:196.

**Roth Y, Hanngren G.** Rutiner vid läkemedelshantering inom omsorgsverksamhet för psykiskt utvecklingsstörda i Vallentuna kommun. Förslag framtagna i samarbete mellan apotek och primärvård. *AllmänMedicin* 1992;13:83-4. **SEARCH WORDS:** Mental retardation; Nursing homes; Sweden; Human; Prescriptions, drug; Drug administration schedule; Drug packaging; Pharmacies.

**Rudebeck CE.** General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentation and bodily empathy. *AllmänMedicin* 1992;13:163-4. **SEARCH WORDS:** Family practice; Empathy; Physician's role; Physician-patient relations; Dissertation, academic.

**Rudebeck CE.** Leeuwenhorstgruppen bildar "The European Academy of Teachers in General Practice". *AllmänMedicin* 1992;13:197-9.

**Sartor G.** Behandling med insulin efter sekundärsvikt med perorala antidiabetika. *AllmänMedicin* 1992;13:113-6. **SEARCH WORDS:** Diabetes mellitus, non-insulin-dependent; Administration, oral; Hypoglycemic agents; Insulin; Blood glucose; Human; Body weight.

**Schwan A.** Avfallshantering efter patientnära mikrobiologisk diagnostik. *AllmänMedicin* 1992;13:230.

**Selgeryd A-L, Hagström B.** Enkel kartläggning av risk för hjärt-kärlsjukdom hos 40-åriga män i Storvik. *AllmänMedicin* 1992;13:13-4. **SEARCH WORDS:** Human; Male; Middle age; Risk factors; Health education.

**Sjölin-Israelsson B.** Kan man förändra människors livsstil och därmed vinna förbättrat blodtrycksläge? En undersökning av icke-farmakologisk behandling av hypertoni. *AllmänMedicin* 1992;13:111-2. **SEARCH WORDS:** Hypertension; Life style; Human; Male; Female; Patient education.

**Svärdssudd K.** Wallander M-A: Adverse event monitoring in clinical drug trials. *AllmänMedicin* 1992;13:160-1. **SEARCH WORDS:** Läkemiddelsprövning, metodologi, doktorsavhandling.

**Wallander M-A.** Adverse event monitoring in clinical drug trials. *AllmänMedicin* 1992;13:160-1. **SEARCH WORDS:** Clinical trials; Drugs; Dissertation, academic; Human; Family practice.

**Thulin T.** Geddes LA. Handbook of blood pressure measurement. *AllmänMedicin* 1992;13:191-2. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Tibblin G.** Allmänmedicinska institutonen i Uppsala fyller 10 år - en kommentar. *AllmänMedicin* 1992;13:199-200.

**Tibblin G.** Budskap från kroppen. *AllmänMedicin* 1992;13:240.

**Wahlberg G.** Lipidhandbok. Tumregler för att behandla blodfetter. *AllmänMedicin* 1992;13:86. **SEARCH WORDS:** Recensioner.

**Wändell P.** Röntgenremisser på en vårdcentral. *AllmänMedicin* 1992;13:179-80. **SEARCH WORDS:** Ambulatory care facilities; Referral and consultation; Radiography; Medical records; Human; Female; Male; Adult; Middle age.

**Wändell P.** Auskultation på ett Stockholms sjukhus. *AllmänMedicin* 1992;13:233-4. **SEARCH WORDS:** Education, medical, continuing; Physicians, family; Hospital, municipal.

**Åberg H.** Lokal antagning till läkarutbildningen vid Karolinska institutet. *AllmänMedicin* 1992;13:58-9. **SEARCH WORDS:** Education, medical; Aptitude tests; Sweden; Educational measurements.

# 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 glycolum, 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 D<sub>3</sub>) är effekten på kalciumomsättningen ca 1% av calcitriolets. 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 ☐. 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 avbrutits.

**Dosering.** Psoriasisläckarna 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



## När sömnlöshet blir en svår knut att lösa.

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

är en fentiazin 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