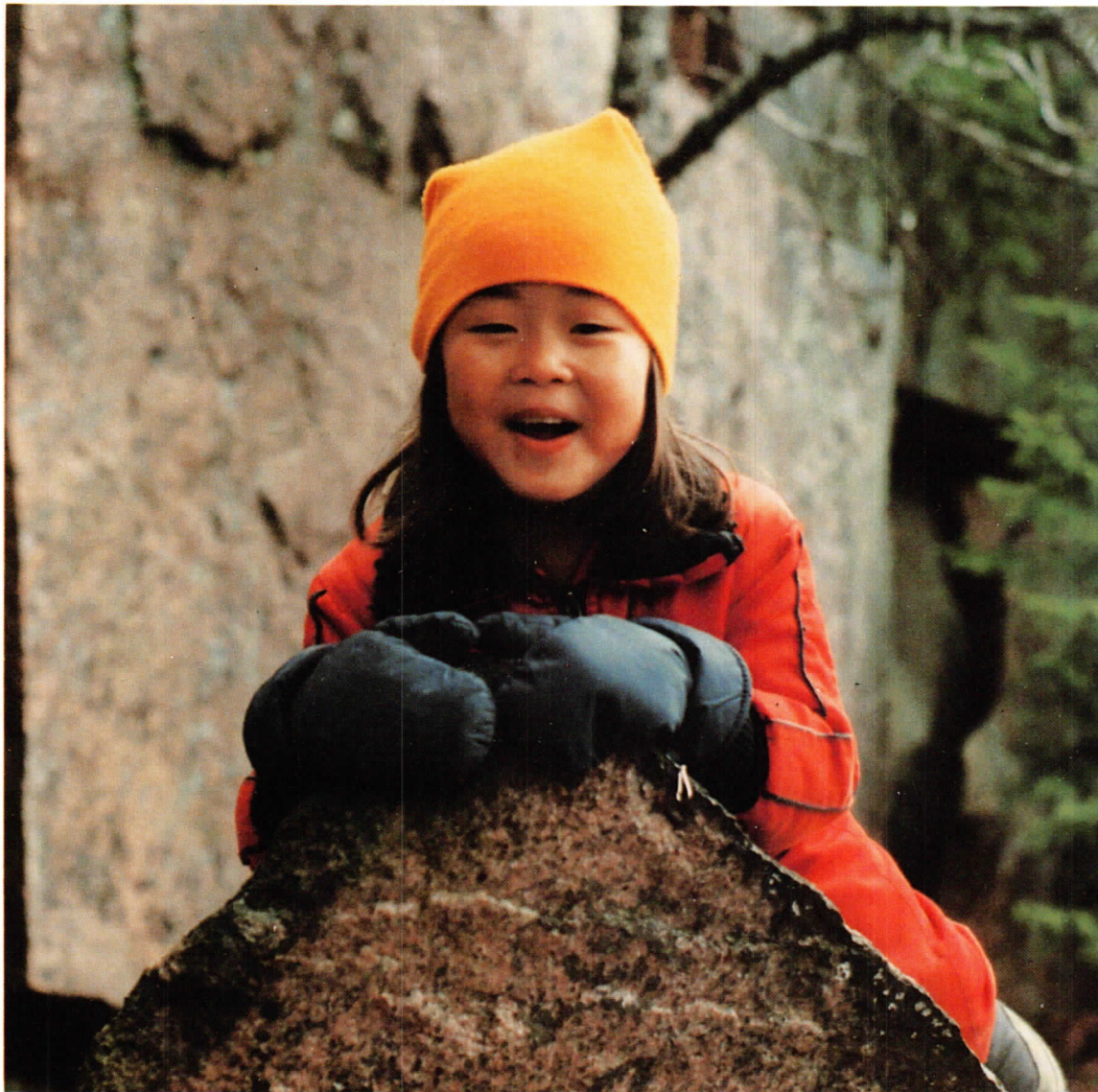


ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Allmänmedicin

2
1993

Familjemedicin

ALLERGI GER INFLAMMATION.

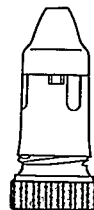
Allergisk och vasomotorisk rinit är inflammatoriska sjukdomar. Behandlingen bör också utgå från detta synsätt.

Rhinocort Turbuhaler ger en effektiv lokal behandling av näsans slemhinnor. Den verksamma beståndsdel är budesonid, som har en kraftig anti-inflammatorisk effekt.

Rhinocort Turbuhaler innehåller endast budesonid. Inga konserveringsmedel eller andra tillsatssämnen finns, som kan irritera en redan känslig slemhinna.

Doseringen är mycket enkel och görs en gång på morgonen. Via inandningsluften sprids läkemedlet över slemhinnan.

BUDESONID
Rhinocort®
Turbuhaler®



Tika Läkemedel AB
– ett företag i Astra koncernen.
Tfn 046-337100.

Rhinocort Turbuhaler (budesonid 100 µg/dos) nasal steroid vid allergisk och vasomotorisk rinit.

Manus-stopp!

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
3/93	8/3-93	21
4/93	17/5-93	37
5/93	2/8-93	42
6/93	6/9-93	47

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvärig 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

Kalendarium

55

Ledare

Två år med dalamodellen
Malin André

56

Nytt från SFAM

Hur ska vår efterutbildning se ut?
Ulf Måwe

Motion till SFAMs årsmöte den 20 november 1992

Så här behandlas ansökningar om specialistkompetens i allmänmedicin
Sten Larsson

57

57

60

Nytt från institutionerna

Allmänmedicin/familjemedicin – läkarvetenskapens modernisering
Birgitta Hovelius

62

Debatt

Husläkare – reform i tiden
Ingvar Krakau

66

Kurser och Konferenser

Forskning angående allmänmedicinutbildningen
EGPRW-möte i Leuven 16–18 oktober 1992

67

Doktorsavhandlingar från primärvården

Åke Schwan disputerar i Uppsala
Gösta Tibblin

70

Att erövra allmänmedicinens framtid
Annika Brorsson

73

Antikoagulantibehandling vid en vårdcentral
Per Wändell

77

Apoteksbolaget

Frågor och svar
Lars-Olof Hensjö

79

Bensodiazepiner – försäljningen första halvåret 1992
Ingegerd Agenäs, Ingrid Nordenstam, Anders Wessling

80

1993 april/maj – LB 93/94
Kerstin Persson

82

Nyckelfaktorer i preventiv rådgivning i konsultationssituationen
Elisabeth Arborelius, Ingvar Krakau, Sven Bremberg

83

Datorjournal i allmänmedicinsk verksamhet
Stefan Henningsson, Annika Brorsson

88

Lokalt sjukskrivningspanorama
Birgitta Lundquist, Anders Håkansson

92

Att följa baslistan – är distriktsläkare påverkbara?
*Gunnel Bridell, Jan Millner, Jöran Tyllström, Eva Österberg,
Calla Aaro, Anna Karin Karlsson*

95

Läkemedelsinformation på Nordirland – forskrivningsdata viktig utgångspunkt
Ulrika Nörby, Lars-Olof Hensjö

96

Att vara distriktsläkare. En enkätundersökning bland distriktsläkarna i
Dalarna våren 1991
Tore Hegle

99

Recensioner

Fugelli P. Husläkare på nytt – möjligheter och visioner
Carl Edvard Rudebeck

104

Franksson C, Hamberger B (red). Kirurgi.
Anders Håkansson

107

Evengård B (red). Epidemiernas historia och framtid
Bodil Persson

107

Dawood R. Travellers' Health. How to stay healthy abroad.
Anders Beckman

108

Brufen

minimerar risken för

biverkningar

!!!!!!

MINDRE RISK FÖR MAGBLÖDNING

- Lågt antal rapporterade biverkningar i bl a Sverige¹⁾, Danmark²⁾, England³⁾ och USA⁴⁾
- Lägst risk för ulcus hos äldre⁵⁾
- Lägst toxicitet av samtliga NSAID⁶⁾

KORT HALVERINGSTID

- Mindre risk för ackumulation
- Möjlighet att ge en flexibel dosering

¹⁾ Wiholm B-E, Myrhed M, Ekman E. In: Rainsford K D, Velo G P, eds. Side-effects of antiinflammatory drugs. Lancaster: MTP Press Limited. ²⁾ Kromann-Andersen, Ugeskr. Læger, 1986; 148/8:462-468

³⁾ CSM Update Br Med J 1986;292:1190-1 ⁴⁾ Paulus H E, Arthritis Rheum, 1985;28:1168-9 ⁵⁾ Griffin et al, Ann Int Med 1991;114:257-63

⁶⁾ Fries et al, Arthr. Rheum. 1991;34:1353-60

BRUFEN
ibuprofen

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt. Tabletter 200 mg, 400 mg, 600 mg, mixtur 20 mg/ml.

Astra Läkemedel

151 85 Södertälje. Tel 08-55 32 60 00

Astra Läkemedel representerar The Boots Company i Sverige

1993

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 Distriktsläkarförbundens vårmöte 1993. Höör.

Information: "Värmöte 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 Tomes, 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.

□ **18 maj.** Temadag om interaktioner i teori och praktik. Göteborg

Information: Ann-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **23-26 maj.** 9th Annual meeting of the international society of technology assessment in health care. Sorrento, Italien.

Information: Permanent Office of ISTAHC, 1101 Fourteenth Street NW, Suite 1100, Washington, DC 20005-5601, USA.

□ **23-29 maj.** First international educational course of the ISBM: Behavioral and psychosocial aspects of primary prevention of chronic. Lidingö.

Information: Kristina Orth-Gomér, IPM, Box 60210, 104 10 Stockholm.

□ **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.

□ **24-26 maj.** 3rd European conference on health education, Amsterdam.

Information: Ms M Smit, Dutch Centre for Health Education, PO Box 5101, 3502 JC Utrecht Nederländerna.

□ **26-28 maj.** Berzelius symposium XXVI, mental and psychosocial adaptation in children, Linköping.

Information: Svenska Läkaresällskapets kansli, Camilla Johannesson. Tel 08-24 33 50.

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.

□ **1-11 juni.** Residential course: epidemiology and field research methodology. Umeå.

Information: Maria Emmelin (sekr), Dept of Epidemiology and Health Care Research, University of Umeå. Tel 090-102769.

□ **2-3 juni.** Nordic Conference on "The Electronic Patient Record. The Challenge of Health Service in the 90's?"

Information: Conference secretariat: Danish Hospital Institute, Secretary Anni Bilsbo. Tel +45 33 11 57 77. Fax +45 33 93 10 19.

□ **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.

□ **9-11 juni.** International congress on chronic diseases and changing care patterns in an aging society, Amsterdam.

Information: Dr Trudi van den Box or Dr Wien Limburg, Institute of Social Medicine, Univ of Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, Nederländerna.

□ **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.

□ **20-23 juni.** The international 13th Puijo symposium diet, exercise and women's health, Kuopio.

Information: Kuopio Research Institute of Exercise Medicine, Puistokatu 20, SF-70100 Kuopio. Tel 358-71-2613677.

□ **20-25 juni.** IX International congress on circumpolar health, Reykjavik.

Information: Dr Gudrun Petursdottir, Secretary General of IX ICCH, Vatnsmyrarvegi 16, IS-101 Reykjavik. PAG.

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.

Information: The British Council.

□ **11 juli.** The thirteenth annual epidemiology summer program, Boston, USA.

Information: Henrik Toft Sørensen, Dept of internal Medicine V, Aarhus University Hospital, DK-8000 Aarhus C. Tel 86-125555 ext 3018.

AUGUSTI

□ **11-14 augusti.** Nordiska kongressen i allmänmedicin, Seinäjoki, Finland.

Information: L R internationa, Tarja Tukkinemi. Tel 358-0-773 11 77. Fax 368-0-773 11 87.

□ **15-18 augusti.** 5th International conference of the international society of environmental epidemiology, Stockholm.

Information: ISEE '93, Göran Pershagen, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Box 60208, 104 01 Stockholm. Tel 08-728 64 00.

□ **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.

□ **22-27 augusti.** International congress on student-centered medical education, Sherbrooke, Canada.

Information: Ms Pauline Vluggen, 1993 Network Conference Canada, Conf Secretariat at University of Limburg, Faculty of Medicine, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, 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.

□ **30-31 augusti samt 4-5 oktober.** Kurs i statistik. Högberga Gärd, Lidingö. Anmälan före den 7 juni 1993.

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

Två år med dalamodellen

MALIN ANDRÉ

Förändring är hot och möjlighet. Förändring är växt och förlust. Förändring väcker alltid oro. I dagens lågkonjunktur är det uppenbart att sjukvården inte kan undgå förändring.

Dalarna har drastiskt försökt ändra styringen av sin sjukvård.

Sjukvårdsbudgeten har fördelats efter antal invånare till de politiska styrelserna i de 15 kommunerna. Det är styrelserna som företräder befolkningens behov av sjukvård. Sjukhusen är intäktsfinansierade och måste alltså sälja sina tjänster. Med hjälp av vårdcentralscheferna förhandlar områdesstyrelsen med de olika klinikerna på sjukhusen om vårdköp. Sjukhusklinikerna är samlade under en gemensam styrelse, medan vårdcentralerna hittills saknat samlad ledning.

Vårdcentralschefernas roll i avtalsarbetet har varit olika i de olika kommunerna. I vissa områden har vårdcentralen fått hela ansvaret för sjukvården för sin befolkning. Då har vårdcentralschefen både förhandlat köp av all sjukvård och följt upp dem när han/hon attesterat fakturor på allt från konvalescentvård, ambulans till slutenvård och regionvård. I andra områden har vårdcentralschefen enbart varit rådgivare till den politiska styrelsen i avtalsarbetet.

Avtalen har sett olika ut, från abonnemang till löpande räkning.

I Dalamodellen är primärvården första linjens sjukvård. Alla invånare är listade hos egen distriktsläkare. Den enskilda distriktsläkaren ska ha kunskap om behoven av sjukvård i sin befolkning och också kunna bedöma omfattning och kvalitet i sjukhusvårdens arbete.

Vad har då faktiskt hänt?

Ett 50-tal distriktsläkare har rekryterats och antalet vakanta tjänster är nu få. Vårdcentralerna har omorganiserats så att distriktsläkaren är lätt att nå. Äntligen kan vi något stanna upp och börja granska och förbättra innehållet i vårt eget arbete.

Framför allt är det vårdcentralschefernas arbete som förändrats. Ett nytt maktcentrum har bildats - länets vårdcentralschefer som träffas regelbundet. Där diskuteras länsövergripande frågor som måste drivas gemensamt.

Samtidigt har sjukhusklinikerna, genom decentralisering, intermediering

och vårdavtal, fått tydligt ansvar för sin verksamhet, kunnat se kostnaderna, vad som produceras och vad som efterfrågas. Det *goda avtalsarbetet* är en process, där läkare från primärvård och sjukhusklinik tillsammans tar ansvar för att åstadkomma bästa vård för gemensamma resurser. Här - i samspelen - ligger dynamiken och kraften.

För att det här skall bli verklighet krävs en maktförskjutning från tjänstemän på landstingskanslier och från politiker, vilka måste släppa driftsfrågor. Men makten måste delas mellan sjukhusens klinikchefer och primärvårdens läkare. För det är primärvårdens läkare som har som sin uppgift att företräda befolkningens krav och behov. Med sin erfarenhet av sjukvårdens värld och sin kunskap i medicinska spörsmål har de möjlighet att föra dialog och ifrågasätta eller acceptera klinikchefers bud.

Denna förändring som nu många läkare ser som ett hot är, menar jag, för läkarkåren som helhet, en enastående möjlighet. Här får vi i professionen en chans att besluta om hur vi använder sjukvårdens resurser. Det är samtidigt en förändring, som äntligen ger primärvården en självklar, nödvändig och synlig roll i sjukvården.

Sören Kirkegaard säger:

– Att våga är att förlora fotfästet för en liten stund – att inte våga är att förlora sig själv.

Det kräver att vi samarbetar, att vi släpper revir och att vi inte lägger all skuld eller lösning av problemen utanför vår egen enhet.

Det kan vara svårt för oss läkare. Vi är som grupp utpräglade tävlingsmänniskor även om det inte är utmärkande för allmänläkargruppen. Den egna framgången är en stark drivkraft. Det kan bli till ett hinder i detta förändringsarbete. Utvecklingen kräver nämligen, att vi tar ledarskapet i sjukvården i samarbete och dialog med alla vårdens medarbetare. I detta maktspel finns alltid krafter som inte vill släppa makt. Det finns motkrafter, som vill återta makt, som i ord påstår att decentralisering av beslut sker, men som i verkligheten visar något annat.

Just nu är vi många som överväldigas av ohöjlt maktspel inom sjukvården i Dalarna. Den försämrade ekonomin nödvändiggör beslut om förändringar, som är mer övergripande än de som ryms i avtalsarbetet mellan den

enskilda kliniken och vårdcentralen. Då byts visionen om samspel till sin motsats. Starka klinikchefer på det stora sjukhuset vaktar revir och inflytande. Många tjänstemän handlingsförlämas av oro för sin egen framtid. Den spridda primärvården saknar stark och enad ledning.

En viktig erfarenhet från Dalarna är, att ett förändringsarbete i den omfattning, som genomförs här i vår decentraliserade organisation, kräver tydlig, central ledning.

Läkare är naturvetenskapligt utbildade, vanligen kloka humanister. Vi ser gärna faror och begränsningar med nya system och organisationsformer. En källa till oro är att räkna pengar på sjukvård. Läkare är inte ekonomer. Skall läkartid verkligen användas för detta? Hur kan vi mäta resultat av vård, när det viktigaste många gånger är tröst och lindring?

Då säger Agneta Stark, ekonomen, som under förra årets söndagkvällar hjälpt oss att förstå det som händer, att ekonomi, det är att hushålla med sådant som det är ont om. Samtalet om hushållningen skall föras på ett begripligt klarspråk. Det skall handla om målen för verksamheten. Vi läkare kan verksamheten. I sitt patientarbete fattar den enskilda läkaren beslut som rör 80 procent av resurserna. Det är vi distriktsläkare som kan föra det här samtalet med våra sjukhuskollegor. I vår befolkning ser vi ju andra exempel än sjukhuskollegorna på konsekvenser av hur vi hushållar med resurserna.

Nya vägar är obanade vägar och ibland villovägar. Men – "det finns mitt i skogen en oväntad glänta, vilken endast kan hittas av den som har gått vilse", skriver Tomas Tranströmer.

Innan vi vet vart vi går och var vi hamnar, skulle jag önska, att övriga landsting inte har så bråttom – att de försök som görs i Dalarna blir föremål för användbara utvärderingar för övriga landet, så att ni kan ta del av våra erfarenheter – både misstag och klokheter.

Författarpresentation

Malin André, vårdcentralchef

Vårdcentralen Britsarvet
791 35 Falun

Hur ska vår efterutbildning se ut?

ULF MÅWE

Mitt uppdrag är att formulera ett genomförbart förslag. Vad är det vi behöver, för att vara bra och bli allt bättre doktorer under våra cirka 30 aktiva år? Trettio år helst på samma ställe för kontinuitetens skull. Hur håller vi yrkesnyfikenheten och inspirationen levande? Hur undviker vi att bli utleda, trötta, likgiltiga och i värsta fall utbrända? Hur gör vi för att på ett lustfyllt och livsbejakande sätt förnya, bibehålla och vidareutveckla våra kunskaper och färdigheter? Hur gör vi för att utveckla vårt professionella förhållningssätt? Hur lever vi med och i vår yrkesroll? I synnerhet när vi bor mitt bland våra listade patienter eller i vårt upptagningsområde.

Hur ska en konsekvent utbildning skräddarsys och organiseras från vår yrkesvardag till riksplanet? Hur ska den göras stimulerande, rolig, tillväxtbefrämjande och effektiv? Hur ska den finansieras?

Svaren har vi till delar redan. Ska vi göra som vi sa i Kiruna (AllmänMedicin 1991;12:236-9) och i Östersund (Norgemodellen, AllmänMedicin 1992;13:224-5). Eller ska vi närmare undersöka andra länders modeller, exempelvis Irland, England, Danmark, Norge, Canada, Australien ...?

Ett är klart – ingen annan vet vad just jag behöver för att utveckla/utbilda mig. Därför måste utbildningen grunda sig på mina behov.

Detta får till följd att det är bara vi själva som i grunden kan ta ansvar för vår egen efterutbildning. Men hur? Hur vill du ha din efterutbildning?

Hör av dig till mig!

Ring gärna 010-256 48 14 eller 0920-312 52.

Faxa går också bra 0920-313 27.

så ock brev till adress:

Pl 4279

951 90 Luleå

Motion till SFAMs årsmöte den 20 november 1992

Förslag till utredning angående allmänläkarnas nationella efterutbildningsprogram

På SFAM-mötet i Kiruna presenterades ett rikstäckande förslag på efterutbildning. Förslaget i sin helhet presenteras i tidskriften AllmänMedicin 1991;12:237-9. Mot bakgrund av den snabba förändringen av svensk sjukvård, inte minst med inrättande av husläkarsystem i olika landsting, är det angeläget att det fattas ett beslut inom SFAM avseende allmänläkarnas framtid och efterutbildning. Till exempel finns ett beslut i Stockholms läns landsting där en efterutbildningsbonus om cirka 3000 kronor/mån kommer att utbetalas till alla de husläkare som följer ett av landstinget angivet efterutbildningsprogram.

Motsvarande utveckling kan förväntas i flera andra landsting. Det är mycket angeläget att föreningen tar ett initiativ för att tillskapa en nationell sammanhållen efterutbildning för allmänläkare. Vi anser att SFAM nu måste konkretisera sin egen och allmänläkarnas roller i den kommande efterutbildningen. Föreningen bör därför tillsätta en enmansutredare som på halvtid (sex månader 1993) ges i uppdrag att sammanställa och komma med förslag om föreningens framtida efterutbildning. Förslaget från Kirunamötet får här utgöra grunden för utredningen. Utredningsmannen/utredningskvinnan ska arbeta i nära samarbete med SFAMs styrelse, SFAMs examinationsråd, SFAMs arbetsgrupp från Kirunamötet avseende efterutbildning samt studierektorer, utvecklingsenheter, akademiska institutioner och andra lokala utbildningsansvariga enheter.

Kostnaden för det här arbetet har uppskattats till cirka 400 000 kronor (lön, sociala avgifter, resor, sekreterarservice etc). SFAM bör bekosta denna utredning genom att ta ut en tillfällig höjning på medlemsavgiften för 1993 med 200 kronor.

Undertecknade föreslår att distriktsläkare Ulf Måwe i Luleå ges uppdraget som utredare.

Carl Edvard Rudebeck · Mikael Stolt · Göran Sjönell

Distriktsläkare i Stockholms läns landsting

Utdrag ur protokoll från årsmötet
1992-11-20

§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.

SFAMs efterutbildningsgrupp formulerade 1991 inledningen till sitt efterutbildningsdokument på följande sätt -- orden är Anna-Karin Furhoffs:

"Den medicinska kunskapen förnyas ständigt och patientens behov ändras över tiden. Livslång efterutbildning är därför ett etiskt imperativ för alla läkare."

I Distriktsläkarföreningens efterutbildningsprogram från mitten av 1980-talet formulerades det så här:

"I patientens intresse har distriktsläkaren två oavvisliga, etiska och professionella skyldigheter; för det första att känna gränserna för sitt kompetensområde; för det andra att inom kompetensområdet ständigt fortbilda sig."

Varför ge nikotin 24 timmar



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia AB Sverige
Tel 08-695 80 00.

Nicorette® depotplåster 15 mg/16 h, 10 mg/16 h, 5 mg/16 h. Indikation: Hjälpmedel vid rökavvänjning. Behandling av nikotinberoende när nikotintuggummi ej kan användas. Kontraindikation: Generaliserad kronisk hudsjukdom. Försiktighet vid svåra hjärt- och kärlsjukdomar, duodenal- och ventrikelsår.

16 timmar är lika effektivt.

Den som aldrig rökt, kan heller aldrig förstå hur svårt det är att sluta. Med motivation och hjälp, t.ex. i form av ett bra nikotinplaster, kan den första rökfria tiden bli betydligt mer uthärdlig för patienten.

Ett bra nikotinplaster ska självfallet bara tillföra kroppen nikotin när det behövs. Därför är Nicorette® nikotinplaster utvecklat för att användas under 16 timmar.

Det är fullständigt logiskt. (Vem röker i sömnen?)

Vila från nikotin på natten innebär låg risk för biverkningar.^{1,2,3}

Och det är påvisat att 16 timmars nikotintillförsel ger minst lika god effekt vid rökavvänjning som att tillföra kroppen nikotin dygnet runt.³

Så varför ordinera mer, när det inte behövs?

REFERENSER: 1. Tønnesen P et al. *New England Journal of Medicine*, 325, 311-315, 1991. 2. Sachs DPL et al. *Data on file Kabi Pharmacia*. 3. Fagerström KO et al. *Journal of Smoking-Related Disorders*, 2(2) 173-180, 1991.



NICORETTE®

Hjälper när det är som jobbigast.

Så här behandlas ansökningar om specialistkompetens i allmänmedicin

LB 05553

STEN LARSSON

Under senaste året har ansökningarna om specialistkompetens i allmänmedicin ökat klart. En hel del specialister i andra ämnen och kollegor med lite udda erfarenhetsbakgrund har sökt specialistkompetens.

I socialstyrelsen bedöms ansökningshandlingarna i första hand av två tjänstemän, Karin Furuseth och Harriet Ritterwall Jonsson. Båda har arbetat länge med dessa ärenden. Harriet och Karin drar ärendena för sina chefer och därefter fattar socialstyrelsen beslut. I vissa fall tar tjänstemännen råd och för en diskussion med läkare med erfarenhet av specialiteten. Fram till 1 juli 1992 tillfrågades ofta ämnesexpertgruppen.

I de fall ansökan avslås bifogas en besvärshänvisning till beslutet. Om sökanden besvärar sig, går ärendet vidare till kammarrätten. Nytt för i år är att det kostar 1300 kronor att få sin sak prövad.

Bestämmelserna som reglerar vem som skall få specialistkompetensen är både många och ibland lite snåriga. Jag vill därför beröra vad som gäller.

ST-bestämmelser

ST-bestämmelserna är enkla. Fem års handledd tjänstgöring efter legitimation krävs förutom chefsöverläkarens intyg om att vederbörande uppfyller målbeskrivningens krav. När man söker specialistkompetens använder man en nyligen framtagna blankett, där tjänstgöringarna dokumenteras och där det finns utrymme för chefsöverläkaren att skriva under. På blanketten finns det också plats för underskrift av andra som deltagit i beslutet. I dessa fall är det enkelt för socialstyrelsen. Specialistkompetens kan utfärdas efter en bedömning av att intyget är korrekt ifyllt och att tjänstgöringstiden stämmer. Socialstyrelsen kan inte ha några synpunkter på vilka tjänstgöringar som ingår eller inte ingår. Hela ansvaret för bedömningen om tjänstgöringen varit adekvat handledd och om måluppfyllelse föreligger är alltså chefsöverläkarens.

Det är den sista chefsöverläkaren som har hela ansvaret. Självklart förutsätter man att chefsöverläkaren tar detta ansvar på största allvar. Man skall inte skriva på för sin sambo eller andra nära släktingar. Min personliga åsikt är, att en seriös och ansvarstagande chefsöverläkare bör skicka sina ST-läkare på examination för att komplettera sitt beslutsunderlag inför ställningstagandet om målbeskrivningens krav

är uppnådda. Jag tycker också att det borde vara självklart att chefsöverläkare, studierektor och handledare samråder om dessa beslut, inte bara vid utbildningens avslutning, utan kontinuerligt under hela utbildningstiden. Men observera! Examen krävs alltså inte formellt sett för att man skall erhålla specialistkompetens.

FV-bestämmelser

FV-bestämmelserna gäller fram till december 1998 som ett alternativ för den som är legitimerad före 1 januari 1992. De nuvarande kraven gäller sedan 1982.

Den som är legitimerad före 1 juli 1982 och vill hävda de regler som gällde för att få allmänläkarbehörighet före 1982 kan faktiskt göra detta men det är ett missförhållande, som gör det möjligt att bli specialist i allmänmedicin utan att arbeta en dag som allmänläkare. På socialstyrelsen har man börjat fundera på att ändra dessa regler, vilket dock kräver en förändring av bestämmelserna och därmed ett regelringsbeslut.

Tillämpningen av FV-bestämmelserna har ändrats något under senare år som en följd av de strukturförändringar som skett i sjukvården. Efter ÅDEL-reformens genomförande är det inte längre möjligt att upprätthålla kravet på fyra månaders tjänstgöring i geriatrik. Därför har den som kunnat hävda att annan tjänstgöring, till exempel vårdcentralarbete med ansvar för sjukhem eller liknande verksamhet vid olika former av rehabiliteringskliniker, fått tillgodosäkra sig detta som geriatrik. Man har kunnat få dispens från kravet på minst två månader slutenvårdstjänstgöring inom barn och gynekologi, om man kunnat hävda att utbildningsvärdet varit högre i öppenvården och i de fall då det inte funnits tillgång till tjänstgöring i ren slutenvård. Ett av de sista beslut som ämnesexpertgruppen tog i juni 1992 var, att rekommendera socialstyrelsen att godkänna tjänstgöring i alla specialiteter i den utbytbara delen av allmänmedicinavsnittet, dock fortfarande minst tre månader och inte i en sådan specialitet som ingår bland de obligatoriska tjänstgöringarna.

Andra specialister

Ett speciellt problem utgör de läkare som idag söker specialistkompetens i allmänmedicin och som har en mycket lång erfarenhet bakom sig som företagsläkare eller privatläkare. De har

inte sällan skött sin efterutbildning och under åren utvecklat en god klinisk kompetens. De har ju inte tillgång till någon chefsöverläkares bedömning och vill kanske därför bli bedömda i enlighet med FV-systemet. Många gånger måste socialstyrelsen avslå dessa kollegors ansökan om specialistkompetens med motivering att det saknas några månaders tjänstgöring inom någon av de specialiteter som ingår i vår randutbildning. Detta är naturligtvis inte acceptabelt. Om det är en god läkare med bred erfarenhet, behövs han eller hon verkligen i den framtida primärvården. Kravet på "randning" ter sig för dessa äldre kollegor som oacceptabelt. Det är inte heller många kliniker som vill ha över 50 år gamla läkare som underläkare under några månader. Vi kan heller inte utan vidare ge dispens från tjänstgöringen, utan att ha goda skäl för detta. Reglerna tillåter emellertid, att den får specialistkompetens som "har en kompetens likvärdig med den till vilken bestämmelserna syftar". Av denna anledning tror jag det kommer att bli mer och mer vanligt i framtiden, att socialstyrelsen ber allmänläkare att göra bedömningar av dessa kollegors kliniska kompetens och utbildningsvärdet av deras tjänstgöringar som ett konsultuppdrag. Dessa konsulters bedömningar kommer att ha stor betydelse i de tveksamma fallen.

På olika håll i landet har man ordnat kurser i olika former för omskolning av sjukhusspecialister till allmänläkare. Dessa kurser är säkert bra, framför allt för att ge kollegorna en allmänmedicinsk identitet, men de kan knappast ersätta kravet på tjänstgöring vid bedömning i enlighet med FV-reglerna.

Kursens värde när chefsöverläkaren skall göra sin bedömning i enlighet med ST är däremot en annan. Fördelarna med ST är ju bland annat att den tillåter att de som känner individens kompetens också får ta ansvar för bedömningen av specialistkompetensen.

Det handlar således inte om två olika synsätt på värdet av auskultation eller kurs, utan helt enkelt det faktum att kompetensprövning i enlighet med FV-systemets regelverk bygger på tjänstgöringsmånader och att ST bygger på en målbeskrivning.

Författarpresentation

Sten Larsson, distriktsläkare.

Föredragande läkare vid Socialstyrelsen

Kvartersakuten
Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm

S N A B B
L O S E C

*En lyckad
kombination
med ett säkert
resultat.*

Redan två timmar efter intag av en kapsel LOSEC® (omeprazol) ses en reduktion av saltsyrasekretionen (FASS 1993).

Din patient får en snabb och effektiv symtomlindring vid ulcus och reflux-esofagit.

I dag är LOSEC® ett väl beprövat läkemedel med över 50 miljoner givna behandlingar. Detta har bidragit till att LOSEC® även är godkänt för långtidsbehandling utan tidsgräns. Därför är LOSEC® ett tryggt och säkert val vid behandling av syrerelaterade sjukdomar.



LOSEC® (omeprazol) är en protonpumpshämmare och finns som kapslar (14, 28 och 56 st), injektions-substans (1+11) 40 mg samt infusionssubstans 40 mg. Indikationer: Korttidsbehandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit. Underhållsbehandling av patienter med svar refluxesofagit eller svar-behandlade peptiska sår. Zollinger-Ellisons syndrom. För fullständig information se FASS.

omeprazol
LOSEC®
-protonpumpshämmaren

Allmänmedicin/familjemedicin – läkarvetenskapens modernäring

Installationsföreläsning, Umeå universitet, 10 oktober 1992

BIRGITTA HOVELIUS

Allmänmedicin är ett gammalt - och samtidigt ett nytt kunskapsområde. Läkarvetenskapens grundare, Hippokrates och asklepierna på Kos (cirka 400 f Kr), framhöll några viktiga principer för medicinsk verksamhet som i nutida språkbruk kan formuleras så här: att ta emot patienter med oselektade medicinska problem oavsett ålder och kön; att uppmärksamma patienter på sjukdomsframkallande faktorer - prevention; att beakta biomedicinska, psykosociala och miljömässiga faktorer vid behandling av sjukdom - helhetssyn; att följa patienter över månader eller år - kontinuitet.

När jag disputerade 1980 var det i ämnet "medicin, särskilt öppen hälso- och sjukvård". Det var då fortfarande inte klart hur min specialitet skulle benämnas vid universiteten i Sverige. Min far lantbrukaren Sven Hovellius höll tal och sa bland annat, att om det skulle bli dåliga tider för läkare, skulle jag alltid kunna återgå till modernäringen och han menade då jordbruket. Det har inte blivit nödvändigt. Det är min uppfattning, att allmänmedicinen under 1980-talet befunnit sig i en expansiv utvecklingsfas och att ämnet idag har en stark ställning i Sverige. Allmänmedicin har blivit ett undervisningsämne i grundutbildningen. Inom specialistutbildning och efterutbildning i ämnet har stora framsteg gjorts. Antalet allmänmedicinare med erfarenhet av forskning och utvecklingsarbete ökar konstant och forskningsfältet har en påfallande bredd. Det har varit spännande att stanna kvar i läkarvetenskapens modernäring allmänmedicinen. Hur då modernäring?

Allmänmedicinens historia i Sverige

Provinsialläkarnas historia började i Sverige 1663 då Hedvig Eleonora införde ett Collegium medicorum som skulle inrätta befattningar med benämningen "doctores medicos". Innehavare av dessa befattningar skulle se till att "smittsamma och farliga sjukdomar afstyrda blifva". Den förste tillsattes i Skåne 1681 (också med syfte att försvenska Skåne) och den andre i Norrland 1683.

I förordningen 1688 för "provinsialmedici" kan man bland annat läsa, att

dessa skall "utan dröjsmål sig infinna" och mot "billig betalning" hjälpa sjuka.

Nästa instruktion för provinsialdoktorer kom drygt 50 år senare (1744) och i denna kan man läsa att provinsialdoktorerna skall "utan betalning besöka fattiga sjuka", "ej resa utom provinsen", bistå vid "smittsamma sjukdomar" och ha "uppsikt över apotekare och barnmorskor".

I instruktionen från 1774 framhålls "den enskilda sjukvården som provinsialdoktorns viktigaste åtagande".

I en instruktion från 1822 för provinsialläkarna i riket finns en del paragrafer som är påfallande moderna. I en paragraf står till exempel att provinsialläkaren skall ha ansvaret över "den allmänna hälsovården och besörjande av den enskilda". I en annan paragraf fastslås att provinsialläkarna skall ha uppmärksamhet på allt som kan "bidraga att bibehålla innevanornas hälsa, samt på allt som för hälsan kan medföra skadliga följder". I detta sammanhang omnämns "allmogens dryck och födoämnen, missväxt och väderlek".

Under senare hälften av 1800-talet tyckte många "menigheter på landsbygden", det vill säga kommuner, att den statliga uppbyggnaden av ett provinsialläkarväsende gick för långsamt och man anställde därför egna läkare som fick titeln distriktsläkare. Denna tjänstebestämmelse har således funnits också under en stor del av 1800-talet.

Provinsialläkaren eller distriktsläkaren hade under 1800-talet och första hälften av 1900-talet ett stort inflytande inom hälso- och sjukvården. Därefter kännetecknas utvecklingen inom sjukvården av specialisering och institutionalisering. Under 1930-talet var fortfarande över hälften av Sveriges läkare verksamma utanför sjukhus. Provinsialläkarväsendet under 1940-50-talet har ofta idealiserats, men man har under denna period också talat om "provinsialläkareländet" med tanke på den arbetsbelastning och brist på resurser och vidareutbildning som förelåg.

Under 1960-talet blev så sjukhuset centralpunkten i den svenska sjukvården. Efter stort motstånd från provinsialläkarna överfördes de från statlig anställning till landstingen med avsikten att få en bättre samordning inom

sjukvården. 1968 kom Socialstyrelsens principprogram för "öppen vård", i vilket man pekade på behovet av läkare utanför sjukhus.

Vid WHO-konferensen i Alma Ata 1978 blev alla länder, också de rika länderna på norra halvklotet, rekommenderade att prioritera primärvård. Primärvårdsläkarens medicinska kunskapsområde fick i Sverige benämningen allmänmedicin. Det kan diskuteras om det är ett lyckat namn på vår specialitet. Jag menar att familjemedicin varit ett bättre namn. I anglosaxiska länder används benämningen "family medicine" eller "general practice". Jag kan så länge glädja mig åt att Institutionen för allmänmedicin i Umeå heter Department of Family Medicine på engelska.

Smittsamma sjukdomar

Under provinsialläkarnas storhetstid på 1800-talet och början av 1900-talet hade infektioner stor betydelse för folkhälsan. Det fanns utförliga bestämmelser om hur epidemier och veneriska sjukdomar skulle handläggas och särskild vikt lades vid rapporteringen. Läget var inte helt olik dagens situation i många U-länder. HIV och AIDS påminner oss idag om att epidemiernas tid inte är förbi.

I vårt land har infektionssjukdomar idag begränsad betydelse för folkhälsan, men de förklarar i stor utsträckning vardagssjukligheten i familjen och hos kvinnor. Min vetenskapliga verksamhet har särskilt kommit att omfatta forskning rörande denna vardagssjuklighet. Projektet har framför allt rört luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner och genitala infektioner med avseende på etiologi, diagnostik, behandling och prevention.

Infektionspanoramat vid en vårdcentral

Infektionspanoramat vid en allmänmedicinsk mottagning domineras av patienter som söker för luftvägsinfektioner -- upp till 30 procent av alla patienter. Det är framför allt många barn, men också många vuxna i yrkesverksam ålder. Nästan hälften av alla sjukskrivningstillfällen beror på sjukdomar i andningsorganen, det vill säga i flertalet fall luftvägsinfektioner. Om man

däremot mäter antalet sjukskrivningsdagar, är rörelseorganens och cirkulationsorganens sjukdomar de största sjukdomsgrupperna.

Antalet personer som söker vid vårdcentral för relativt lindriga infektioner har successivt ökat. Dessa förhållandevis lindriga sjukdomar har, åtminstone i vissa delar av vårt land, tagit i anspråk en alltför stor del av primärvårdens ökade resurser och därmed medfört en begränsning vad gäller vård av kroniska sjukdomar och förebyggande arbete. Distriktsläkarens omfattande akutverksamhet har också ibland medfört en försämrad kontinuitet.

Bland vuxna med luftvägsinfektioner är kvinnor överrepresenterade. Vi har inte funnit några belägg för att kvinnor söker för lindrigare infektioner än vad män gör. Streptokocker förekommer till exempel lika ofta hos kvinnor som hos män som söker läkare för luftvägsinfektion. Översjukligheten hos kvinnor förklaras ofta av barn-till-vuxen smitta i hemmet och på arbetsplatser.

Bland patienter med urogenitala infektioner utgör kvinnor med nedre urinvägsinfektion den största gruppen, följt av kvinnor med genital infektion. Andra infektioner som handläggs av allmänmedicinare är hudinfektioner, ögoninfektioner, barnsjukdomar och tarminfektioner. Infektionspanoramat vid en vårdcentral omfattar således patienter som vid ett sjukhus söker vid en rad olika kliniker.

Förkylning eller bakteriell infektion?

De flesta luftvägsinfektioner orsakas primärt av virus. Denna infektion har ibland komplicerats av en bakteriell infektion då patienten söker läkare och antibiotika kan kanske vara av värde. Det har således varit angeläget att få tillgång till diagnostiska metoder för att skilja mellan virala och bakteriella luftvägsinfektioner i öppen vård.

Särskilt svårt har det visat sig vara att skilja mellan streptokockinfektioner och annan infektion. Vi fann till exempel att i princip alla med halsfluss fick antibiotika, oberoende av om streptokocker kunde påvisas eller ej. Vid lindrigare svalginfektion, faryngit, förelåg ingen korrelation mellan förekomst av bakterier och behandling. När jag kom till vårdcentralen i Dalby 1975, mötte jag två pionjärer inom svensk primärvård, Gustav Haglund och Åke Nordén. De gav mig min första forskningsuppgift och det var att framställa en "streptokock-sticka". Det var inte så lätt, men jag har sedan dess varit intresserad av att utveckla och utvärdera diagnostiska metoder som kan användas på den allmänmedicinska mottagningen, så kallat patientnära tester. Exempel på detta är moderna streptokocktester och CRP-test. CRP, som jag kallar "modern sänka", är i



Figur 1. Cell från urinvägarna från en patient med *Staphylococcus saprophyticus* infektion (svepelektronmikroskopi)

många kliniska situationer ett mer användbart prov än den traditionella sänkan, till exempel för att följa grad av aktivitet i en sjukdomsprocess. Framgångar inom decentraliserad diagnostik har till exempel byggt på möjligheten att framställa specifika antikroppar och på kunskaper om hur antigen kan lösas ut från bakterier i ett prov. Vid forskning och utvecklingsarbete inom allmänmedicin är man ofta i behov av ett nära samarbete med läkare med annan specialitet eller forskare från medicinsk eller annan fakultet.

Vanlig urinvägsbakterie (*Staphylococcus saprophyticus*) finns inte hos sjukhuspatienter

Min doktorsavhandling handlade om en koagulasnegativ stafylokock, som tidigare bedömts som ej sjukdomsframkallande. Denna bakterie har fått ett namn som inte är särskilt bra, nämligen *Staphylococcus saprophyticus*, vilket antyder att det är en harmlös bakterie.

Denna primärvårdsbakterie visade sig vara en vanlig orsak till urinvägsinfektion hos unga kvinnor. Att detta inte tidigare uppmärksammats förklaras bland annat av att forskning utförts i begränsad omfattning utanför sjukhus.

På ett bakteriologiskt laboratorium förekom denna bakterie i endast en procent av urinprover med bakterier. Hos kvinnor med urinvägsinfektion som sökte vid vårdcentral var *S.saprophyticus* den vanligaste efter *Escherichia coli*.

Urinvägsinfektion med denna bakterieart förblev ofta odiagnostiserad med de laboratoriemetoder som användes, till exempel nitrittest och Uricult. Kvinnor med urinvägsbesvär fick ofta besked om att man inte funnit någon förklaring till besvären. Det visade sig emellertid, att det var relativt enkelt att känna igen bakterien vid mikroskopi av urinsediment.

S.saprophyticus saknar de egenskaper som hos *S.aureus* är förenade med förmåga att orsaka sjukdom, men visade sig ha en uttalad benägenhet att

fastna på urinvägsceller, vilket kan illustreras vid elektronmikroskopi (Figur 1).

S.saprophyticus-infektion har tidigare uppfattats som lindrig och självläkande, men vi fann att kvinnans besvär ofta var uttalade och att övre urinvägar ibland var påverkade av infektionen.

Har barn blivit infektionskänsligare?

En del föräldrar med infektionskänsliga barn undrar ibland om barn är mer sjuka nu än tidigare. Vi har i våra undersökningar funnit belägg för att sjukligheten hos daghemsbarn faktiskt minskat under senare år, vilket bland annat förklaras av de vaccinationer mot barnsjukdomar som infördes i början av 1980-talet. Särskilt den allmänna mässlingvaccinationen har minskat antalet sjukdagar hos barn.

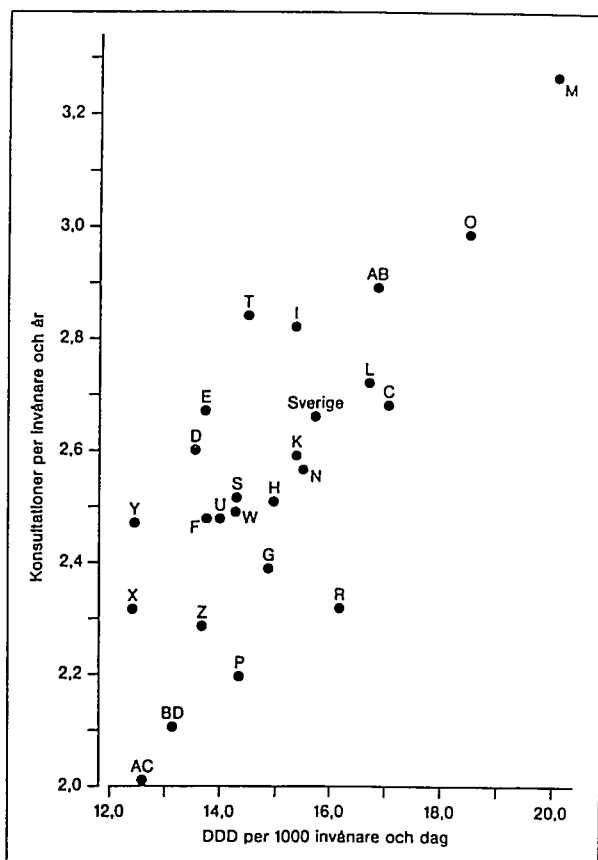
Vi fann vidare att infektionskänsliga barn inte bara var drabbade av infektioner, utan också fick andra sjukdomar mer än vad friska barn fick. Dessutom förekom fler sjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, bland deras släktingar. De infektionsdrabbade barnens familjer verkade vara mer sårbara för sjukdom än de friska barnens familjer. Även om de infektionsdrabbade barnen fortsatte att ha en hel del infektioner upp i skolåldern, klarade de de skolan bra och några resttillstånd av betydelse kunde inte påvisas.

Medicinsk forskning har ofta varit inriktad på individer och grupper. Fler-talet människor agerar framför allt på två arenor - i hemmet och på arbetsplatsen. Det föreligger en hel del kunskap vad gäller sjukdom som kan relateras till yrke eller arbetsmiljö. Kunskaper om hur familjesituation och relationer mellan familjemedlemmar påverkar hälsa, sjukdom och tillfrisknande är däremot mycket bristfälliga. Svårigheter med att bedriva forskning som involverar familjer eller hushåll består bland annat i att familjen utgörs av individer i olika antal, i olika ålder och kön, och med stora förändringar över tid.

Påverkar antibiotikaförskrivning förekomst av resistent bakterier?

Det finns relativt stora skillnader i antibiotikaförskrivning mellan olika län i Sverige. Jag har varit verksam i Malmöhus län (M) som har en hög förskrivning av antibiotika, mätt i daglig dos per invånare och år och där man i genomsnitt gör över tre läkarbesök per invånare och år. I Västerbotten (AC) går man inte så mycket till läkare och man har en låg förskrivning av antibiotika jämfört med övriga Sverige (Figur 2). Konsumtionen av antibiotika i de olika länen tycks faktiskt mer styrt av hur ofta folk går till läkare än av medicinskt relevanta faktorer.

Antibiotika, särskilt penicillin, är billigt och ger relativt få biverkningar



Figur 2. Försäljning av antibiotika (i definierad daglig dos) i Sverige och i olika län i relation till antal läkarbesök per invånare och år i samma län (Mölstad 1990).

hos den enskilde patienten. Men antibiotika verkar vara de enda läkemedel som kan ha betydande ekologiska biverkningar. Vi har frågat oss om det finns några skillnader i förekomst av resistent bakterier i Sverige och har bland annat undersökt resistens hos luftvägsbakterier som isolerats från friska daghemsbarn i Lund och i kommunerna runt om Lund. Läkemedelsstatistik visar att Lund är en högkonsumtionskommun jämfört med landsortskommunerna runt om. Föräldrarna till barn på daghem rapporterade också att lundabarnen fick mer antibiotika än landsortsbarnen. Det finns alltså påfallande skillnader i förskrivning av antibiotika mellan olika landsting, men också mellan olika kommuner i samma landsting.

Betalaktamasproducerande stammar av *Haemophilus influenzae* och två arter av *Moraxella* var vanligare hos lundabarnen än hos barnen utanför Lund. De resistent bakterier var lika vanliga hos barnen antingen dessa fått antibiotika eller ej de senaste månaderna. Luftvägsbakterierna på ett daghem är i princip gemensamma för barnen.

Läkare som förskriver antibiotika bestämmer således åtminstone delvis det lokala resistensmönstret. Resistensutveckling hos bakterier utgör ett

påtagligt problem. Det kan vara en tidsfråga innan vi måste ompröva vår användning av penicillin vid till exempel öroninflammation eller lunginflammation.

Ett stort och dolt hälso- problem -- alkoholöver- konsumtion

Det är min uppfattning att det största hälso-problemet i Sverige idag är alkoholmissbruk. Men patienter som uttryckligen söker allmänläkare för missbruk är sällsynta. Däremot är gruppen patienter med infektioner, värk, oro och sömnsvårigheter stor och i denna grupp kan dolda missbrukare återfinnas.

Vid utvärdering av ett projekt med alkoholmottagning på vårdcentral fann vi denna vara ett möjligt alternativ för många personer, som inte accepterat eller tidigare nåtts av befintliga vårdformer. Tillströmningen av patienter som vill ha hjälp har hela tiden ökat. Behandlingsresultaten vid mottagningen har bedömts som goda. Nyckeln till mottagningens framgång har varit möjligheterna till täta och regelbunda besök,

småskalighet med kontinuitet, familjeperspektiv och att missbrukaren kan vara anonym. Läkarna har genom erfarenheterna från mottagningen ökat sina möjligheter att diagnostisera dolt missbruk och att medverka till att dessa personer och deras familjer får hjälp.

Inför framtiden

Jag tror inte att jag en enda dag ångrat att jag blivit läkare och jag har bara vid enstaka tillfällen ångrat att jag lämnade en trygg och bra sjukhusklinik för att bli allmänmedicinare. Jag har dessutom fått möjlighet att ägna mig åt forskning, utvecklingsarbete och undervisning. Det har varit utmanande, utvecklande och framför allt roligt. Forskning leder ibland till frustration och motgångar, men det är i varje fall hela tiden spännande.

Idag finns det en bred enighet om att vi är i behov av allmänmedicinsk forskning. Det är nödvändigt för att utveckla den kliniska verksamheten och för att bedriva undervisning på olika nivåer. Vi behöver små utvecklingsprojekt nära den allmänmedicinska vardagen, där vi skall "låta tusen blommor blomma". Men vi behöver också omfattande, långsiktiga projekt med ambitiösa målsättningar för att få ökad kunskap och insikt i stora och

viktiga hälsoproblem. Det har under senare år ibland diskuterats vad som är allmänmedicinens kärna. Det har varit svårt att få någon enighet i frågan. Det förklaras av att allmänmedicinen har många kärnor och en betydande bredd. Vid Institutionen för allmänmedicin i Umeå är forskning och utbildning i frontlinjen i ett för läkarvetenskapen så viktigt område som konsultationen. Det finns också många andra betydelsefulla forskningsområden, till exempel medicinsk kvinnoforskning, hjärt-kärlprevention, några sjukdomsinriktade projekt (porfyri, whiplashskador, dyspepsi) och sexualitet, kärlek och infektioner hos ungdomar.

Det är min förhoppning att Institutionen för allmänmedicin i Umeå kommer att fortsätta att växa och vara en levande forsknings- och undervisningsmiljö, där vårt ämne kan diskuteras och utvecklas och där det är högt i tak. Jag hoppas att institutionen skall vara en god växtplats för kollegor, forskare och studenter och att institutionen skall ha ett nära och gott samarbete med universitetet, sjukhuset och framför allt med allmänläkare ute på fältet och att de vetenskapliga skördarna skall bli rika till gagn för individ, familj och samhälle.

Ur allmänmedicinen har alla specialiteter inom medicinen vuxit fram. Allmänmedicin blir sakta men säkert åter modernärningen inom hälso- och sjukvården och får en allt starkare ställning inom läkarutbildning och forskning. Ämnet är ett teoretiskt och praktiskt kunskaps- och färdighetsområde med ett innehåll som kan påverkas av samhällskrafter men framför allt av allmänmedicinerna själva.

Referenser

1. Hovelius B. *Staphylococcus saprophyticus*. Characteristics, laboratory diagnosis and involvement in urinary tract infections. Lund: Lunds universitet, 1980. (Thesis)
2. Söderström M. Respiratory tract infections in children. Aspects of etiology, incidence and recurrent infections. Lund: Lunds universitet, 1990. (Thesis)
3. Mölstedt S. Antibiotics usage and betalactamase production in respiratory tract bacteria. Lund: Lunds universitet, 1990. (Thesis)

Författarpresentation

Birgitta Hovelius, professor

Institutionen för allmänmedicin
Umeå universitet
901 85 Umeå.



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.

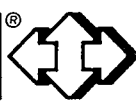
Dygnet runt och på ett sätt som är okomplicerat och tryggt för både läkare och patient.

Plendil® är en kärlselektiv Ca-antagonist 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 β -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

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

Kärlselektiv Ca-antagonist mot hypertoni.

Husläkare – reform i tiden?

INGVAR KRAKAU

När man skall granska förslag till genomgripande förändringar i sjukvården kan det vara lämpligt att börja med att göra klart för sig hur den vård ser ut som skall förändras.

Husläkarbegreppet lanserades av Folkpartiet i mitten av 1970-talet och presenterades 1978 i kontinuitetsutredningens betänkande "Husläkare -- en enklare och tryggare sjukvård". Då hade vi 1700 tjänster för allmänläkare (en per 4800 invånare).

Nästan hälften av mottagningarna var enläkarstationer. Vårdcentralerna var nya och verksamheten hade ännu inte funnit sina former. Det säger sig själv att kontinuiteten och tillgängligheten i primärvården under dessa omständigheter ofta var bristfällig. Husläkarförslaget tog fasta just på dessa brister. Det gick i stort sätt ut på att vårdcentralerna skulle vårdlagsindelas och att varje distriktsläkare skulle ges ett tydligt områdesansvar inom sin vårdcentralens upptagningsområde. Socialutskottet ansåg då att man redan var på väg i den riktningen och att förslaget inte tillförde något nytt.

När nu Socialdepartementet åter läggs fram ett förslag om husläkare har verkligheten hunnit förändras. Vi har nu 4500 specialister i allmänmedicin och det finns drygt 3000 tjänster för distriktsläkare, nästan en fördubbling på 15 år.

Vårdcentralernas antal är över 800. I regel är de uppdelade i mindre "vårdlag" eller motsvarande.

På samma sätt som i den slutna vården finns nu ett tydligt lokalt ledningsansvar i primärvården. Varje distriktsläkare har, enligt lagen om patientansvarig läkare, ett personligt, långsiktigt ansvar för sina patienter.

Aktiviteten är hög när det gäller utbildning på alla nivåer.

Patienterna kan fritt välja vårdcentral och läkare, oberoende av vad vårdcentralerna har för upptagningsområden. De som så önskar kan också fritt välja privatläkare.

Internationellt uppfattas den svenska primärvårdsmodellen som mycket intressant.

Det förslag om husläkare som Socialdepartementet nu presenterar har föga gemensamt med det ursprungliga förslaget från 1978. Då ville man förändra arbetssättet inom en redan existerande primärvårdsorganisation. Nu vill man i praktiken avskaffa denna organisation. Dagens husläkarförslag, som främst handlar om formerna för

ersättning och etablering av läkare, bör alltså i första hand ses som ett uttryck för den omfattande sjukvårdspolitiska trend som syftar till att omvandla sjukvården till en marknad. Jag återkommer till hur detta på olika sätt kan väntas påverka vården.

Den nye husläkaren skall, enligt förslaget, stå till tjänst med i stort sett det som dagens distriktsläkare redan tillhandahåller. Men till skillnad från primärvården av idag, som bygger på en nära samverkan mellan distriktsläkare och andra personalkategorier, ska husläkaren konkurrera med sina kollegor med befolkningen som marknadsunderlag.

Hela infrastrukturen, de 800 vårdcentralerna, vårdlagen, de samverkande personalkategorierna, den sammanhållande primärvårdsorganisationen och områdesansvaret, allt detta är nu i princip borta. Hur vården skall organiseras blir i första hand en fråga för aktörerna på marknaden.

Det gör då ett mycket besynnerligt intryck, att i den omfattande utredningstexten gång på gång finna passager där förslagsställarna energiskt framhåller fördelarna med den nuvarande primärvården, samtidigt som man således lika energiskt pläderar för en skyndsam avveckling av denna. Krokodiltårar!

Jag vet inte hur jag bäst skall åskådliggöra detta systemskifte. Men tänk er att förslaget i stället gällde den slutna vården. Det skulle i så fall innebära, att man avskaffade sjukhusens kliniker och lät läkarna som egna företagare inbördes konkurrera om patienterna. Jag har tidigare i Läkartidningen närmare skildrat detta scenario i en debattartikel med titeln "Den stora sjuk-husläkarreformen".

Dessvärre fångar faktiskt denna något drastiska liknelse i allt väsentligt den verkliga innebörden i 1993 års husläkarmodell.

Jag vill särskilt fästa uppmärksamheten på att husläkaren med sin egen lön skall bekosta inte bara lokaler och personal, utan även de undersökningar som patienterna skickas på. Ett etiskt kraftprov om man så vill, särskilt om praktiken går dåligt!

Medan dagens distriktsläkare har reglerad arbetstid (1820 tim/år) inom en organisation med jouransvar, är varje husläkare personligen ansvarig för sina patienter dygnet runt årets alla dagar (8760 tim/år). För övrigt ett grottekvamsscenario så gott som

något, inte minst för husläkare med deltid och småbarn (eller gamla föräldrar). Och det blir säkert en lukrativ marknad för olika jourbolag som vill sälja sina tjänster till husläkare som inte på egen hand lyckas hitta tillräckligt många kollegor att dela årets alla timmar med. Fast man kan förstås undra vad ett sådant schackrande har med en personlig patient-läkarrelation att göra.

Som en enkel tumregel kan alltså anges att en husläkare är ekvivalent med fem konkurrensutsatta distriktsläkare utan vårdcentral.

För patienterna innebär förändringen faktiskt i realiteten en viss inskränkning av valfriheten. Man kan redan idag fritt välja läkare, skillnaden blir egentligen kravet på att även i trängt mål tvingas välja att tillhöra en kanske okänd läkare, som man för övrigt sedan genast kan välja bort utan att ens besöka. Jämför Gogols döda själar!

För sjukvårdshuvudmännens, som fortfarande har ansvaret för att befolkningen får vård på lika villkor, försvåras i praktiken möjligheterna att ta detta ansvar.

När den lokala organisation man byggt upp i de nuvarande primärvårdsområdena för att samordna och leda verksamheten upplöses måste man bygga upp en omfattande central byråkrati för att kartlägga och prioritera befolkningens vårdbehov och för att upphandla den vård dessa behov kräver. Man decentraliserar således genom att centralisera -- ni hänger väl med!

Ändå kommer man med den fria etableringen av husläkare inte att ha någon reell möjlighet att styra resurserna dit de bäst behövs.

Den debatt som förts i husläkarfrågan har varit föga klargörande. En del har satt likhetstecken mellan satsning på husläkare och utbyggnad av primärvård, medan andra föreställt sig något slags antediluvianskt inventarium ständigt till hands för nattliga hembesök och förtrolig handpåläggning. Åter andra har förknippat begreppet husläkare med en allmän nedrustning av den sjukhusbundna specialistvården.

En del av de ställningstaganden som redovisats för och emot husläkare säger mer om den egna bilden av vad ett husläkarsystem kan vara än vad som faktiskt står i promemorian.

Därför är det också knappast förvånande när nu vårdcentraler och privatmottagningar på löpande band förkla-

rar sig ha gått över till ett "husläkar-system" utan att det hänt något annat än att man bytt skylt och i bästa fall börjat arbeta efter riktlinjer som egentligen funnits hela tiden.

Dagens diskussion gäller om husläkaren är "i tiden". Det är det förstås i den meningen att det speglar den tidsanda som säger att allting är en marknad. Att den marknadsstyrda sjukvården är ett hot mot forskning och undervisning har dock eftertryckligt framhållits vid 1992 års riksstämma. Jag vill hävda, att det också är ett hot mot vården av enskilda patienter. Dagens sjukvård kräver samverkan och ett fritt utbyte av kunskaper och erfarenheter, det gäller också i hög grad primärvården. Man får gå till Axel Munthe eller möjligen till gamla engelska TV-serier för att finna argument för den ensamme husdoktorn som den bas på vilken sjukvården vilar. Och ändå bygger dagens departementspromemoria i grunden just på den ensamme doktorn, visserligen med samverkan som tillval.

Vi vet alla att det kommer att bli svårt för svaga grupper att hävda sina intressen som patienter i en marknadsstyrd primärvård. Vi vet också att vi som läkare kommer att ha ett överläge gentemot ängsliga patienter som knappast kommer att ha sinnesnärvaro att

orientera sig på marknaden. Vi bygger en primärvård för akademiskt utbildade trettiofemåringar.

I den meningen är det nu presenterade förslaget till husläkare definitivt ur tiden. Låt därför dagens primärvård vara ifred. Gösta Tibblin har tidigare vädjat: "Rör inte min kompis primärvården". Gör inte det!

Författarpresentation

Ingvar Krakau, primärvårdschef

Sollentuna vårdcentral
Box 164
191 23 Sollentuna

Kurser &
konferenser.

LB 0 8748

Forskning angående allmänmedicinarutbildningen

EGPRW-möte i Leuven 16-18 oktober 1992

ANDERS HÅKANSSON

I oktober 1992 var EGPRW-mötet förlagt till de lilla lärdomsstaden Leuven ett par mil öster om Bryssel. Mötets tema var "Research in under- and postgraduate education in General Practice" och gott och väl hälften av föredragen behandlade utbildningsfrågor. I mitt referat presenterar jag framför allt arbetet med att ta fram ett nytt curriculum för specialistutbildningen i familjemedicin i Israel.

Leuven/Louvain

I Belgien har man tre officiella språk, flamländska (=holländska) och franska är huvudspråk, men längst i öster talas tyska. Höstens EGPRW-möte var förlagt till den flamländska norra delen av landet, närmare bestämt till staden Leuven (på franska Louvain) ett par mil öster om huvudstaden Bryssel.

Gammalt universitet och gammalt bryggeri

Själv hade jag aldrig tidigare hört talas om Leuven, men nu har jag lite grand lärt känna den gamla lärdomsstaden. I själva stadskärnan bor ungefär 25 000 människor och nästan lika många har anknytning till universitetet. Katholieke Universiteit Leuven grundades redan 1425.

Ännu äldre är stadens andra berömdhet. Bryggeriet Stella Artois har

anor så långt tillbaka som 1366. Här bryggs nu öl för hela Europa.

Ensam ackordsarbetare

I den belgiska sjukvården råder de fria marknadskrafterna. Den belgiske allmänpraktikern arbetar vanligen ensam och på ackord. Han har ingen patientlista och han fungerar inte som portvakt. Från svensk synvinkel är hans situation på intet sätt avundsvärd. Ett utmärkt reportage från den belgiske allmänpraktikerns vardag presenterades relativt nyligen i Läkartidningen.

Utbildningsforskning

Mötets tema var "Research in under- and postgraduate education in General Practice" och gott och väl hälften av föredragen behandlade utbildningsfrågor. Övriga föredrag handlade om allt mellan himmel och jord: I Frankrike har 18.4 procent av allmänpraktikerns patienter alkoholrelaterade problem (29.5 procent av männen och 11.1 procent av kvinnorna) och i Portugal röker åtminstone 35 procent av allmänpraktikerna själva (41 procent av de manliga läkarna och 30 procent av de kvinnliga).

Politiska inslag

Ett par föredrag hade fått utgå, därför att våra kollegor från Slovenien och Kroatien inte fått inresevisum till Belgien. Annars brukar EGPRW-mötena vara ganska fria från politiska inslag.

Dock diskuterades denna gång en del politik, när det gällde att bestämma plats för vårens möte. Från början var

det tänkt att vi skulle vara i Moskva, men eftersom de tilltänkta ryska värdena inte dök upp, ifrågasattes deras möjligheter att genomföra ett bra arrangemang. I stället gick budet till Israel, som trots att landet ligger i Asien deltar i såväl Schlager-EM som EGPRW. Sannolikt kommer vi att träffas i Haifa i april och sannolikt kommer då kollegor från PLO att delta.

Israelisk utbildning i familjemedicin

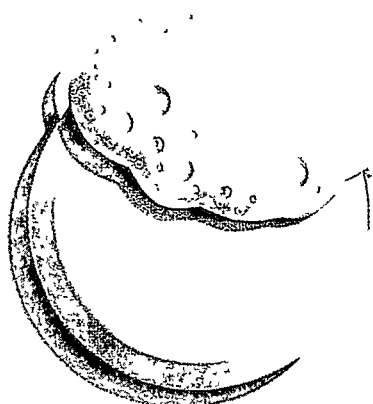
Under de senaste sju åren har man i Israel arbetat med att ta fram ett nytt curriculum för specialistutbildningen i familjemedicin. Detta presenterades av Shmuel Reis från Haifa, en av värdena för vårens möte. Hans föredrag var ett av de bättre under Leuven-mötet och dess rubrik var "The unique aspects of Family Medicine".

Den sju år långa grundläggande medicinska utbildningen, inkluderande ett års "allmäntjänstgöring", ger de studerande den viktiga biomedicinska grundkompetensen. Därefter följer den fyra år långa "specialiseringstjänstgöringen" och då skall de blivande familjeläkarna tillägna sig ett integrerat biopsyko-socialt arbetssätt. Den 31 man starka arbetsgruppens uppgift var framför allt att ta fram underlag för den formella undervisningen i familjemedicin under de fyra specialiseringsåren.

Den familjemedicinska kuban

Arbetsgruppens sjuåriga arbete sammanfattas väl i Figuren. Självklart skall den blivande familjeläkaren få undervisning i familjemedicinens

BRUS



- Snabblöslig
- Snabb effekt
- Grapefrukt/
apelsin smak
- Buffrande effekt

Zantac®
(ranitidin HCl)

Zantac® (ranitidin HCl) är en H₂-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® brustablett 150 mg (60 st). Zantac® mixtur 15 mg/ml (300 ml). Zantac® 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



grunder. Detta framgår av *kubens ovansida*. Andra viktiga områden är psykisk hälsa och utveckling, familjen, konsultationen och därmed kommunikation samt läkarens roll i samhället och hur man sköter sin praktik.

Inom alla dessa områden gäller det att påverka den blivande familjeläkarens attityder, kunskaper och färdigheter. Det visas på *kubens högersida*.

Den som arbetar med familjer kan göra det på fem olika nivåer, enligt Doherty och Baird. På den ytligaste nivån har man ett renodlat biomedicinskt arbetssätt och på den djupaste nivån idkar man formell familjeterapi. Som framgår av *kubens framsida* förutsättes familjeläkaren röra sig på de tre mellannivåerna. På nivå 2 informerar och undervisar man patienten och hans familj om sjukdomen, på nivå 3 stöder man familjen känslomässigt och på nivå 4 hjälper man dessutom familjen att lösa de problem som sjukdomen fört med sig.

Integrerad holistisk medicin

Sedan gäller det för familjeläkaren att integrera alla de enligt ovan insupna lärdomarna i konsultationen och i den mångåriga patient-läkarrelationen och att i vardagen praktisera holistisk medicin. Det gäller också att tänka på den personliga utvecklingen och att genom åren fortsätta det kontinuerliga medicinska lärande, som påbörjats under grundutbildning och specialistutbildning. Man kan delta i Balintgrupp eller träffa kollegor under andra former.

Kontinuerlig utbildning en dag i veckan

Under de fyra årens "specialiseringstjänstgöring" träffas de blivande israeliska familjeläkarna en dag i veckan i grupper om ungefär femton för denna sin formella familjemedicinska undervisning. För varje år finns rekommendationer om vad som bör tas upp, även om de enskilda lärarna inte är bundna av dessa råd. Enligt de utvärderingar som gjorts skattas undervisningen högt och de blivande familjeläkarna har genomgående gett de olika kursmomenten betyg mellan fyra och fem på en femgradig skala.

Något för Sverige att ta efter?

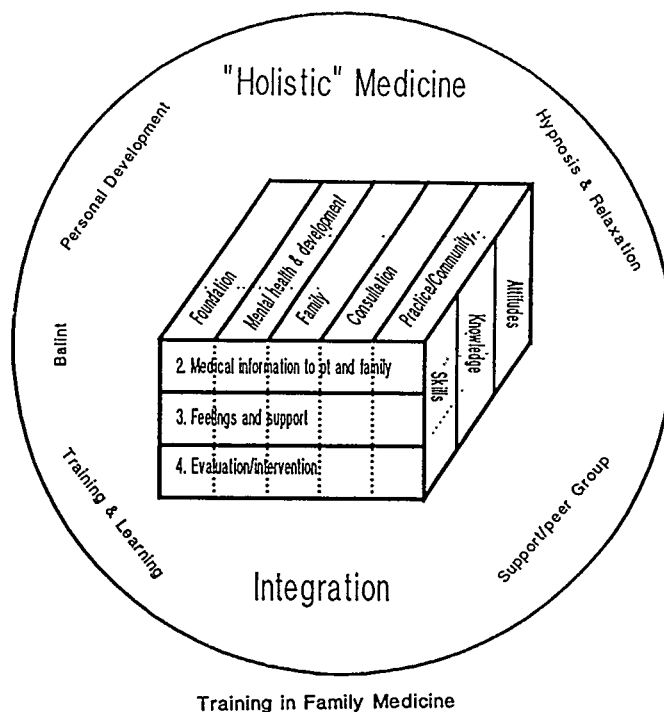
När jag ser tillbaka på min egen specialistutbildning, som nu visserligen är ungefär femton år gammal, undrar jag om inte kontinuerlig lokal undervisning i grupp enligt den israeliska modellen hade varit att föredra framför de sex obligatoriska NLV-kurserna. Visserligen fick jag träffa många trevliga kollegor från hela Sverige, samtidigt som jag fick besöka sådana för en syd-länning exotiska platser som Boden, Sundsvall och Östersund, men så här i efterhand är jag osäker på vilket prak-

tisk nytta jag haft av kursernas lärdomar.

Om man jämför den gamla och den nya utbildningen i allmänmedicin, så är väl den enda skillnaden på kursfronten, att de sex obligatoriska NLV-kurserna ersatta av ett odefinierat antal SK-kurser. Hade det varit på sin plats med en mera radikal förändring av den formella undervisningen i allmänmedicin och hade i så fall den israeliska modellen varit något att ta efter?

Vill du bli medlem i EGPRW?

Du som vill bli medlem i European General Practice Research Workshop



Training in Family Medicine

anmäler det enklast genom att skriva till mig. Jag förmedlar sedan kontakten med kansliet i Maastricht. Före kronans fall var årsavgiften 130 kronor, men för 1993 har den flutit upp till 150 kronor.

Författarpresentation

Anders Håkansson, docent, distriktsläkare

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Forskning och utvecklingsarbete i landsting och kommun

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer 4/93

Vilken utvecklingskraft rymmer den lokala forskningen i landstingens och primärkommunernas regi? Hur bör denna forskning lämpligen utformas? Vilka risker och fallgropar lurar på vägen? Är det möjligt att bedriva en kvalitativt god forskning vid de nya enheterna?

Ur innehållet:

Roland Svensson: Perspektiv och ansatser i det lokala utvecklingsarbetet

Bengt Starrin, Bertil Lundberg: Forska tillsammans! – en introduktion till participatory research

Urban Janlert: Att arbeta i elfenbenstornet eller i busken? – om forskningens villkor i centrum och periferi

Jan-Ake Mjureke: Inte kan man väl forska i Jönköping?

Per-Gunnar Svensson: Ack Värmeland du sköna ...

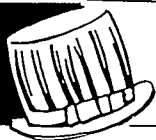
David Gaunt: Att bygga en forskningsmiljö i socialtjänsten

Ingall Eriksson: Fältforskningsstationen i avvecklingstider

Mikael Axberg: TUR – om prioriteringar i sjukvården

Utkommer 27/4 och kan beställas hos

Socialmedicinsk tidskrift
Färjestadsvägen 18
161 54 Bromma
tel 08/37 99 10.



Åke Schwan disputerar i Uppsala

GÖSTA TIBBLIN

Åke Schwan vid allmänmedicinska institutionen i Uppsala disputerade den 11 december 1992 på en avhandling med titeln "Non-invasive ambulatory blood pressure - methodological and epidemiological aspects".

Det senaste decenniet har små, bärbara automatiska blodtrycksmätare utvecklats, vilket medfört att blodtrycket kan mätas under vardagsförhållanden, såväl under dagtid som under natten. Även om mätarna är tillförlitliga från teknisk synpunkt saknas ännu kunskap om hur man rätt bedömer blodtryck som mäts under dygnet och under vardagsförhållanden. Därför är metoden ännu inte färdigutvecklad för att användas i kliniskt rutinarbete.

Ambulatorisk blodtrycksmätning

Bland annat saknas referensvärden för ambulatoriskt blodtryck. De etablerade gränserna för hypertoni som fastställts med hjälp av mottagningstryck, kan inte direkt jämföras med det ambulatoriska blodtrycket. Avhandlingen är en populationsstudie där blodtrycksprofil och referensvärden för dygnsprofil och referensvärden för dygnsblodtrycket hos 50-åriga män kartläggs. Blodtrycket var under dagen 134/76 mm Hg och under natten 112/68 mm Hg, vilket är cirka 9/7 mm Hg högre än vad som rapporterats i andra (huvudsakligen europeiska) referensstudier. Skillnaden kan dels förklaras med en verklig blodtrycksskillnad mellan de olika populationerna, men troligen beror skillnaderna huvudsakligen på att denna studie var en strikt populationsstudie med hög (90 procent) deltagarfrekvens. Vi fann också att låga mottagningstryck till cirka 80 procent predikterade låga ambulatoriska dagtryck, men höga mottagningstryck predikterade endast till cirka 60 procent höga ambulatoriska dagtryck. Nattblodtrycket är intressant från flera synpunkter då det representerade det lägsta blodtrycket under dygnet och är minimalt påverkat av yttre stimuli. Man har dock ifrågsatt om inte blodtrycksmätningen under natten kan påverka sömnen och väcka patienten och därvid förorsaka en blodtrycksförhöjning.



Åke Schwan överlämnar institutionens Linné-medalj med devisen "allmänmedicin - framtidens medicin" till fakultetsopponenten Ulf de Faire som ett tack för en fin opposition

Blodtrycksvariationer

Ett delarbete visar att ambulatorisk blodtrycksmätning under natten inte ger någon blodtrycksförhöjning under själva mätningen, även om sömnen, registrerad med EEG, ofta påverkas. Blodtrycket, matchat mot sömnstadium, jämfördes mellan mätningar med uppvaknande och mot mätningar under kontinuerlig sömn. Blodtrycket var signifikant lägre under djup sömn än under REM-sömn och yttlig sömn.

Blodtrycksskillnader mellan nattliga blodtrycksmätningar kan delvis förklaras av hydrostatiska tryckförändringar i arteria brachialis, som uppstår då arm- och manschettläge förändras i förhållande till hjärtat.

I ett annat arbete har blodtrycksvariationen beroende på armens läge kvantifierats för liggande personer. På 20 vakna personer mättes blodtrycket i vänster arm i 4 standardiserade liggande kroppslägen. Den största blodtrycksskillnaden (15/12 mm Hg) var mellan ryggläge och höger sidoläge.

Det är angeläget att nya blodtrycksmonitorer testas och utvärderas mot konventionell blodtrycksmätning. Brittiska hypertonsällskapet har utarbetat ett detaljerat protokoll för detta (4). På grund av tekniska skäl är det ofta svårt att genomföra samtidiga (simultana) mätningar med konventionell teknik

och med en ambulatorisk blodtrycksmonitor. I stället rekommenderar man i protokollet ett speciellt förfaringssätt med sekventiella mätningar som man i precision jämställer med simultana mätningar.

Kortidsvariationer

Ett delarbete visar att kortidsvariationen mellan konsekutiva mätningar (1 min) är betydande och i stort sett lika för invasiva och icke-invasiva blodtrycksmetoder. Med hjälp av statistisk sannolikhetsanalys visar Schwan, att kortidsvariationen styr precisionen i simultana och sekventiella mätningar, utförda enligt rekommendationer av Brittiska hypertonsällskapet. Schwan fann, i motsats till dessa rekommendationer, att blodtrycksmätare som evalueras med sekventiella mätningar gynnas framför mätare som evalueras med simultana mätningar. Simultana mätningar är i praktiken likvärda med konsekutiva mätningar. Detta beror på att olika mätutrustningar, trots att blodtrycket mäts simultant, i allmänhet baserar mätningen på olika pulsslag. Detta gäller för konventionell teknik jämfört mot såväl invasiva som mot icke-invasiva metoder.

Jämförande studier

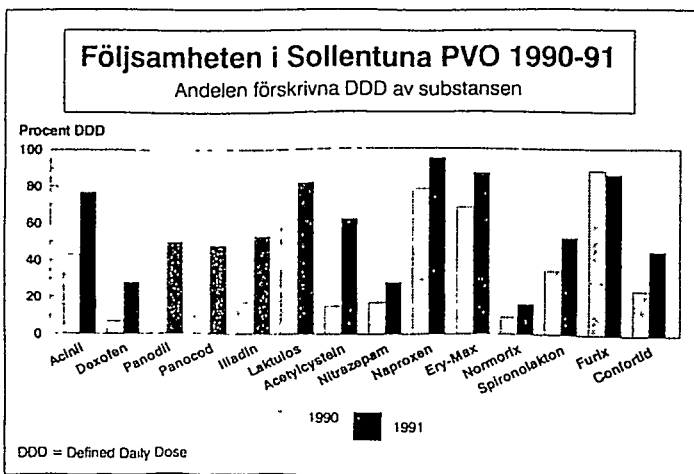
Så gott som alla rekommendationer om blodtrycksbehandling baseras på konventionellt blodtryck som är mätt på patienter som ligger eller sitter. Ambulatorisk blodtrycksmätning sker då patienten både står, sitter eller ligger. I allmänhet utvärderas ambulatoriska blodtrycksmonitorer endast på sittande eller liggande försökspersoner. Det är därför angeläget att belysa huruvida eventuella skillnader mellan olika blodtrycksmätare är beroende av kroppsläge. Blodtrycket mättes på 41 försökspersoner, dels på konventionellt sätt med stetoskop och dels med en automatisk oscillometrisk mätare. Blodtrycket mättes i liggande, sittande och stående ställning. Vid mätning i stående hade försökspersonerna dessförinnan promenerat i lugn takt under cirka 1 minut och stod stilla vid själva mätningen. Icke-invasiva mätningar är oberoende av metod, otillförlitliga under fysisk aktivitet. Studiens mest intressanta fynd var att den diastoliska blodtrycksförändringen, men ej den systoliska, som uppmättes mellan kroppslägena var olika för konventionell mätning och för mätning med monitor. Skillnaden mellan mätarna var statistiskt signifikant i sittande (4.6 mm Hg) och i stående (10.3 mm Hg) men ej i liggande (1.8 mm Hg) ställning.

Slutsatsen är att överensstämmelse (i diastoliskt blodtryck) mellan olika blodtrycksmätare, mätt på liggande personer, inte behöver innebära att mätarna överensstämmer då de används på personer som sitter eller står.

Författarpresentation

Gösta Tibblin, professor

Allmänmedicinska institutionen
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala



Figur 1 till artikeln "Att följa baslistan – är distriktsläkare påverkbara", sid 95.



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 slutenvård, 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 vårdkvalitetsprojekten, 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.

D O L

Att leva med cancer är ont nog.

C O N

Smärta får aldrig bli en extra börda.

T I N[®]

12-timmarsmorfin.

Täta doseringsintervaller eller smärtgenombrott är onödiga påminnelser om en sjukdom ingen kan glömma. Dolcontin är morfin i controlled-release beredning som ger effekt i upp till 12 timmar. En mycket lång effektduration som ger ovärderliga fördelar för såväl patient som anhörig och sjukvårdspersonal.



sonal. Dag som natt. Doseringen är individuell. Dosjustering sker med höjd dos och bibehållet doseringsintervall. Ingen takeffekt. Depottabletter 10, 30, 60 och 100 mg. Vid smärtgenombrott ska kortverkande morfin ges.

△ ♦ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

För allas bästa.



Kabi Pharmacia
Kabi Pharmacia AB Sverige
Telefon 08 695 80 00

Att erövra allmänmedicinens framtid *ABO 5557*

ANNIKA BRORSSON

Vem definierar allmänmedicinspecialiteten?

Var och en av oss har säkert en bild eller föreställning om den allmänmedicinska specialitetens innehåll -- kunskaps- och verksamhetsmässigt. Andra sådana bilder presenteras av politiker, administratörer och av företrädare för såväl andra specialiteter som andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Nationellt har såväl olika förslag med anknytning till begreppet husläkare som den pågående utredningen om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering väckt intresse och debatt.

Ibland förefaller även vår egen diskussion om specialiteten mera att bli en reaktion på dessa utifrån kommande bilder än att positivt definieras av oss själva.

Form och innehåll

Många gånger har resonemanget också mera berört formen (organisationen) än innehållet (kunskapen och verksamheten). Även denna framställning kommer i någon mån att behandla organisationen av den allmänmedicinska verksamheten. Det finns organisationer som främjar liksom det finns organisationer som motverkar utvecklingen av den allmänmedicinska specialiteten.

"Klinisk allmänmedicin"

Det fortsatta resonemanget begränsas till vad som skulle kunna benämnas *klinisk allmänmedicin*, det vill säga i första hand det som berör individer som söker hjälp hos allmänmedicinare för upplevda hälsoproblem. Detta är en medveten förenkling, som inte innebär något ställningstagande för att befolkningsinriktad prevention och uppsökande verksamhet bör utmönstras ur specialiteten.

Verksamheten påverkar möjligheterna till kunskapsutveckling

Den allmänmedicinska specialitetens möjligheter till utveckling bestäms av vissa karakteristika för den dagliga kliniska verksamheten, vilka i sin tur är tätt sammanvävda med den allmänmedicinska verksamhetens organisation. Vissa centrala begrepp i diskussionen om allmänmedicinens innehåll och kärna kommer att belysas: Verksamhet, kunskapsutveckling, generalism, förstalinjesfunktion, avgränsning, professionalitet, prioritering och lagarbete.

Generalism

Allmänmedicinaren är generalist, det vill säga riktar sitt intresse mot varierande medicinska problem hos individer av båda könen och i alla åldrar. Öroninflammationen, livmoderfallet, blodtrycket och depressionen kan behandlas utan att patienten behöver remitteras runt mellan olika mottagningar eller kliniker. Patienten behöver inte heller själv först bedöma om värken i ryggen beror på en reumatologisk, ortopedisk, gynekologisk, urologisk, psykisk eller annan åkomma och därefter fritt välja den rätta specialisten.

Avgränsning på djupet

Generalism är inte oproblematisk. Troligen är ingen av oss utrustad med renässansgeniets universella kunskaper. Praktiskt består generalismen ofta i att själv kunna hantera flertalet vanliga tillstånd och att i övrigt avgöra när andra resurser erfordras och var mer specialiserad kompetens står att finna.

Avgränsningen på bredden – hur hantera medikaliseringen?

Våra erfarenheter visar att det finns en risk att generalismen blir så vid att livsproblem i allmänhet hamnar hos allmänmedicinaren. Det uppfattas som mindre stigmatiserande att vända sig till sjukvården än till exempel socialtjänsten. Många ensamma människors frågor, som annars skulle ställts till anhöriga och vänner, hamnar på våra bord. Sjukdom har blivit en metafor för många slags lidanden.

Kontaktytan mot människorna – förstalinjesfunktionen

Den allmänmedicinska verksamheten är hälso- och sjukvårdens huvudsakliga kontaktyta mot människorna. Detta innebär att vi i regel har en förstalinjesfunktion. Svåra skador och akuta sjukdomar utgör undantag i varierande omfattning, bland annat beroende på avståndet till akutvård på sjukhus.

Den kanske viktigaste förutsättningen för att fungera som förstalinjesfunktion är just generalismen. Många övriga förutsättningar kan på olika sätt kopplas till det välkända honnörsordet tillgänglighet. Såväl den geografiska närheten som patientavgiftens storlek är aspekter av detta begrepp. De attityder som de professionella låter komma till uttryck gentemot de vårdsökande utgör ytterligare en dimension.

Den dolda primärvården

Ett förhållande, som kanske är avgörande för tillgängligheten, är den allmänmedicinska verksamhetens omfattning, absolut och relativt andra delar av hälso- och sjukvården. En obalans leder till överströmning av allmänmedicinska problem till verksamheter som är avsedda för sekundärvård och där generalister inte finns tillgängliga. Att låta en stor del av förstalinjesfunktionen ombesörjas inom denna dolda eller grå primärvård motverkar allmänmedicinens utveckling.

Den medicinska inflationen

En risk med generalism och tillgänglighet är vad Per Fugelli kallar "medicinsk inflation". Problem av allt mindre medicinsk valör kan komma att uppta en allt större del av allmänmedicinarnas tid och kraft. Det finns risk för en disproportion mellan bredd och djup. Med en given resursvolym blir utrymmet för professionens centrala delar mindre och underlaget för kunskapsutveckling försvagas. En föreställning att allmänmedicinare mestadels ägnar sig åt mindre angelägna uppgifter såsom sällskapligt småprat och handpåläggning kan få fotfäste såväl hos oss själva som hos andra specialister. Denna uppfattning kan i värsta fall även överföras till våra patienter, som då kan bli benägna att söka andra specialister om de känner sig riktigt sjuka.

Professionell utveckling

För att motverka "medicinsk inflation", säkra en hög kvalitets- och kunskapsnivå och immunisera mot utifrån pådyvlade definitioner av vår specialitet, är kollegialt utbyte och stöd helt avgörande. Verksamheten måste organiseras så att det finns utrymme både för informellt erfarenhetsutbyte och mera formaliserad efterutbildning. Om vi vill förbli en profession på åtminstone nuvarande nivå, måste vi också överge den renodlade "löntagarattityden", där man "gör vad man får betalt för". Vi måste förmodligen vara beredda att använda en del av vår "fritid" för kollegialt utbyte och utveckling.

Prioritering och lagarbete

Prioritering innebär bland annat att allmänmedicinarnas tid och kompetens skall användas där den gör mest nytta och är svårast att ersätta. Utan tvivel kan vi åtminstone någorlunda lära oss såromläggning, provtagning och annat laboratoriearbete, EKG-registrering, material- och lokalvård. Det är däremot svårt att argumentera för en prio-

7 ritering av dessa moment när så många andra uppgifter för att utveckla specialitetens centrala områden kvarstår olösta.

Lagarbete kan vara ett medel för att åstadkomma en rimlig prioritering. Dels kan den tidigare nämnda medicinska inflationen motverkas genom att problem tas om hand på lägsta effektiva nivå, dels kan behovet av assistans tillgodoses. Det krävs då att proportionerna mellan yrkesgrupperna är adekvata och att alla inblandade har en realistisk syn på sin yrkesgrupps kompetensområde.

De oselektade fallens epidemiologi – Bayes' teorem

Beroende på tillgängligheten och människors uppfattning om när de bör söka läkarvård, förekommer i primärvården en stor andel odifferentierade och diffusa besvär. Prevalensen för allvarliga tillstånd är betydligt lägre än i sekundärvårdens redan gallrade patientmaterial. Trots hög sensitivitet och specificitet har diagnostiska test därför ibland ringa prediktivt värde i förstalinjesjukvården.

Kontinuitet ger kunskap

Generalismen är som tidigare nämnts en betingelse för förstalinjesfunktionen. Omvänt är förstalinjesfunktionen en förutsättning för att hålla vid liv och utveckla generalismen. Tillsammans möjliggör generalism och förstalinjesfunktion kontinuerliga patient-läkarrelationer, där alltmer kunskap om patienterna och deras livssituation kan växa fram.

Den tysta kunskapen

Våra erfarenheter av samband mellan livssituation, symtombild och förlopp hos många patienter gör det ofta möjligt att avgöra om en individ är allvarligt sjuk eller inte, redan innan vi fått fram särskilt många "objektiva" fynd. Dessa erfarenheter, som ofta benämns tyst kunskap, är hittills relativt litet systematiserade och kommunicerade. Att strukturera och förmedla en del av denna tysta kunskap är en av de viktigaste uppgifterna i allmänmedicinens vidare utveckling.

Personkännedom och tiden i diagnosprocessen

Allmänmedicinarens multipla erfarenheter av konstellationen livssituation/symtombild/förlopp innebär att hon eller han har byggt upp ett förråd av "prototypfall". Tillgången till dessa prototyper gör det ofta möjligt att värdera just de diffusa problemen. Ett konsultationssätt där patienten får möjlighet att uttrycka sina egna farhågor och förväntningar kan ge upplysningar och avslöja samband som "objektiva" tester aldrig skulle kunna. Själva tidsfaktorn är en komponent i den allmän-

medicinska kliniska metodiken. De problem som presenteras är varierade och i många fall okarakteristiska. Den rimliga arbetsgången är därför ofta att första utesluta akut behandlingskrävande tillstånd och därefter använda tiden för att studera hur problemet utvecklar sig och vid behov komplettera utredningen. Detta skiljer sig markant från arbetssättet inom sekundärvårdsspecialiteterna, där man för att "spara tid" ofta initierar många undersökningar samtidigt utan att avvakta resultatet av de första innan man går vidare med nästa. Ibland har jag svårt att frigöra mig från misstanken att detta riskerar att undergräva den kliniska kompetensen.

Personkännedom och tidsfaktorn är nödvändiga för att effektivt handlägga de oselektade problemen. Att kolonröntga alla förstoppningar, bronkoskopera alla rökhostor och datortomografera alla huvudvärkar kan varken vara effektivt eller humant.

Kontinuiteten – kvantitet och kvalitet

Kontinuitet är liksom tillgänglighet ett honnörsord inom allmänmedicinen. Även kontinuiteten definieras ofta kvantitativt som andelen konsultationer hos samma läkare. En annan intressant aspekt är behovet av konsekvens i de värderingar och förhållningssätt som möter patienten. Detta gäller oavsett om läkaren är densamma eller inte.

Ryktet om vår odödlighet är överdrivet

Man kan eftersträva en rimligt hög kvantitativ kontinuitet, men denna kan aldrig bli fullständig om läkaren har dragliga arbetsförhållanden. Även under aldrig så gynnsamma omständigheter måste hon eller han någon gång förr eller senare lämna sin verksamhet.

En annan aspekt av kontinuiteten blir därför att den information som samlats om patientens livssituation och medicinska problem har tagits tillvara på ett sådant sätt att den kan användas av den kollega som tar över relationen med patienten.

En konsekvens av kontinuiteten i denna mening blir att de oselektade problemens förlopp kan studeras. Detta är en central uppgift i utvecklandet av allmänmedicinsk kunskap.

Vår framtid

Självfallet skall vi inte avstå från de möjligheter till påverkan på organisation, resursfördelning och formella kompetenskrav, som kan utövas via våra fackliga och professionella organisationer.

Generalister i en tillräckligt dimensionerad förstalinjesfunktion ger möjligheter att genom kontinuerliga pati-

ent-läkarrelationer utveckla det allmänmedicinska kunskapsinnehållet.

Det är avgörande för allmänmedicinens framtid att vi förmår utveckla ett genuint och specifikt kunskapsinnehåll. Detta berör framför allt två områden. Den ena uppgiften består i att göra en del av den tysta kunskapen verbalt kommunicerbar. Den andra består i att utveckla kunskapen om de oselektade problemens förlopp. Dessa båda kunskapsområden förutsätter varandra och måste därför utvecklas parallellt.

Om vi vill stärka och utveckla vår profession, måste den traditionella "löntagarattityden" överges. Lagarbete kan medverka till att vår tid och kraft styrs till prioriterade områden.

För att framtiden skall kunna erövrast för allmänmedicinen krävs att dagens verksamhet organiseras så att det finns utrymme för kollegialt erfarenhetsutbyte.

Författarpresentation

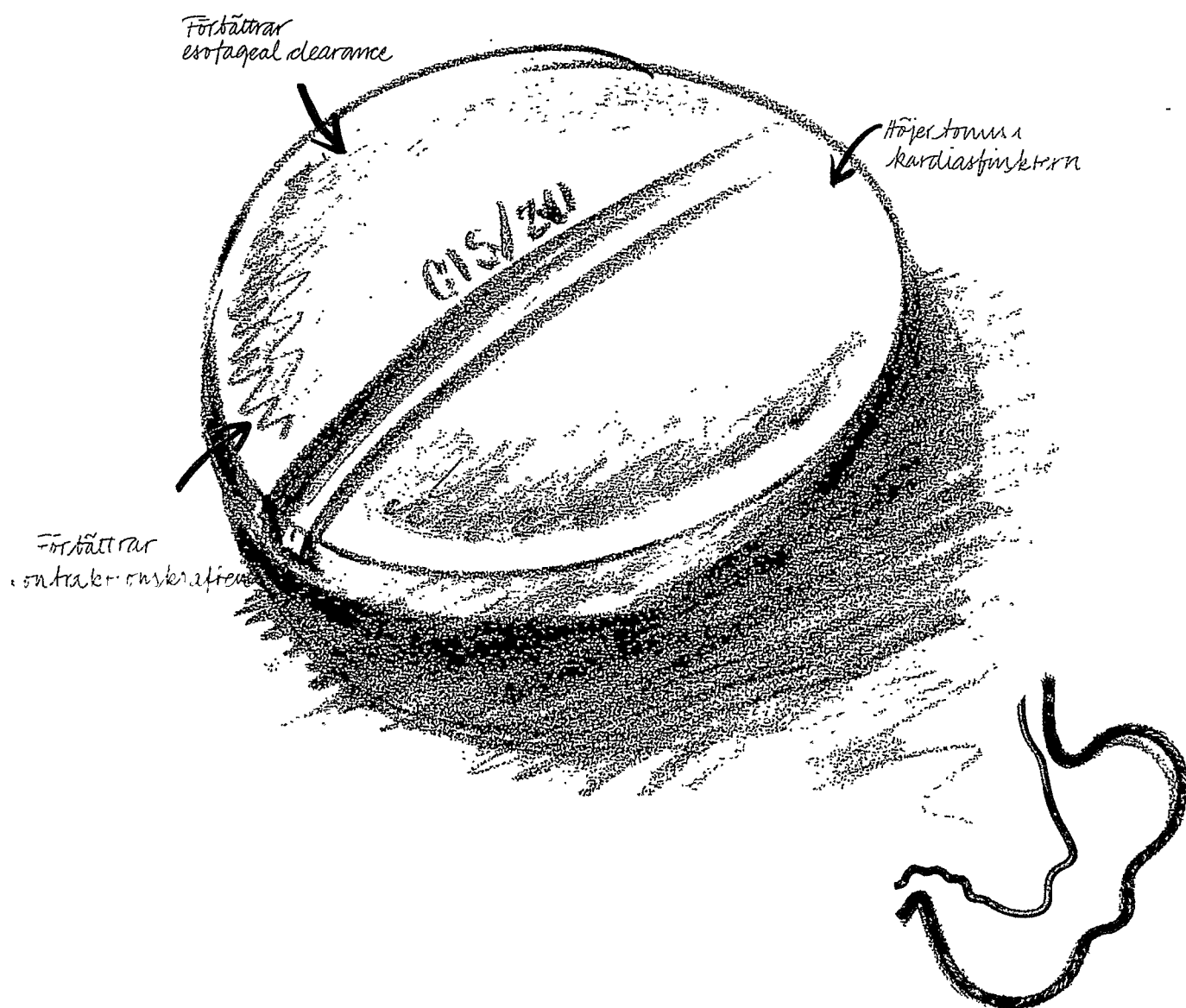
Annika Brorsson, distriktsläkare.

Sorgenfrimottagningen
Nobelvägen 56B
214 33 Malmö

20 mg x 1.

JPH-020 ADMEDIA, GSG

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.

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

Prepulsid[®]
(cisaprid)
JANSSEN



SVT 1-0093-002 ADMEDIA, GBS

TENDINITER, ONDA RYGGAR, MUSKELINFLAMMATIONER, VRICKADE FÖTTER...

Voltaren® T är en tablett för akuta smärttillstånd. Den är speciellt lämplig i det akuta skedet, eftersom maximal plasmakoncentration uppnås mycket snabbt. Voltaren® T innebär utökade behandlingsmöjligheter med Voltaren®, Sveriges mest använda antiinflammatorikum.*

VOLTAREN® T

DICLOFENAC

PRODUKTINFORMATION. VOLTAREN® T

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

gastrointestinala sjukdomar, tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. Levercirros. Hepatisk porfyri. Svår hjärtsvikt och njursjukdom (glomerulär filtration <30ml/min). Överkänslighet mot diclofenac. På grund av korsreaktion skall preparatet ej ges till patienter, speciellt astmatiker, som fått symptom på astma, rinitt eller urlikaria vid intag av ASA eller andra NSAID. Försiktighet: Patienter med gastrointestinala besvär eller med tidigare ulcera, liksom patienter med ulcerös kolit, Crohn's sjukdom, SLE, hematopoies - eller koagulationsrubbningar bör noggrant kontrolleras under behandling med diclofenac. Beroende på prostaglandinernas betydelse för att upprätthålla renalt blodflöde, är speciell försiktighet indicerad när diclofenac används vid nedsatt hjärt-, lever- eller njurfunktion. Detta gäller även vid behandling med nefrotoxiska läkemedel tex ciklosporin. Hos äldre patienter

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

Antikoagulantibehandling vid en vårdcentral

PER WÄNDELL

LB 05558

Under tre månader studerades de 115 patienter, som stod på antikoagulantibehandling vid Åkersberga vårdcentral. Sjuttio procent av PK-värdena låg inom angiven terapinivå. Sextiosex procent av patienterna var 65 år eller äldre.

Vid Åkersberga vårdcentral har antikoagulantiaordinationer skötts sedan början av 1980-talet. Antalet patienter har stadigt vuxit och i november 1991 övertog doseringsordinationerna av speciellt utbildade PK-sköterskor. I samband med detta gjordes en inventering av de antikoagulantibehandlade patienter, som sköttes vid Åkersberga vårdcentral (inklusive filialmottagningen på Ljusterö). Merparten av behandlingarna (inklusive angivande av behandlingsintervall och behandlings-tid) hade initierats vid Danderyds sjukhus.

Antalet antikoagulantibehandlade patienter i Sverige anges till 3,6 per 1000 invånare eller 30000 sammanlagt (1,2). För Åkersbergas befolkning

(30800 i Österåkers kommun) skulle detta innebära cirka 111 patienter.

Metod

Samtliga patienter som under perioden januari-mars 1992 fick ordination om antikoagulantiat terapi vid Åkersberga vårdcentral registrerades. Patientmaterialet analyserades med hänsyn till ålder, kön, indikation, behandlingstidens längd, tidpunkt för insättande av terapin, veckodos vid stabilt PK-värde, behandlingsnivå och aktuella PK-värden (reagens: Stago Prothrombin-complex Assay - SPA, Diagnostica Stago, Frankrike). Samtliga journaler studerades och i enstaka fall begärdes journalkopia från annat sjukhus.

Resultat

Tabell I visar huvudindikationerna för antikoagulantiat terapi. Av patienterna var 63 procent män.

I Tabell II ses åldersfördelning och medeldoser av Waran. Av patienterna var 66 procent 65 år eller äldre. Endast tre patienter stod på Apekumarol, alla de övriga på Waran.

Tabell III visar fördelningen av PK-värdena. Uppdelning har skett för oli-

ka behandlingsgrupper. I gruppen med *hög intensitet* ingår elva klaffopererade patienter och en patient med grav carotstenos. Den önskvärda PK-nivån är angiven till 10-25 procent och värden över 30 är oacceptabla. I gruppen med *normal behandlingsintensitet* är också PK-nivån satt till 10-25 procent, men trombosrisken är här inte lika hög, varför gränsen mellan acceptabla och oacceptabla värden satts till 35 procent. För båda dessa grupper har PK-värden under 10 procent bedömts oacceptabla. I den tredje gruppen med *låg behandlingsintensitet* är önskvärd PK-nivå varierande från individ till individ, men med den undre gränsen på 15-40 procent och den övre på 25-60 procent. Oacceptabel nivå har bedömts som PK-värden mer än 5 under respektive mer än 10 över angivna gränser.

Eftersom så många värden och så många patienter hamnade utanför önskvärd intervall, studerades patienterna med oacceptabla värden. I gruppen med hög behandlingsintensitet förekom tre värden som borde föranlett Heparin-tillägg. I den lågintensiva gruppen hade intervallet ibland satts mycket snävt, i många fall PK 20-25 procent, vilket förklarar att så många föll utanför angivet intervall. Av de fyra patienter som låg oacceptabelt fick en avbryta terapin (kronisk alkoholism), en var svårstyrd med hoppan-de värden, en hade ett enstaka lågt värde och en hade PK-värden på 20 och 29 procent, men med önskat intervall PK 40-60 procent. I gruppen som är angiven som normalintensiv låg 23 av 93 patienter vid något tillfälle oacceptabelt - 15 av dessa hade ett enstaka oacceptabelt värde och de övriga 8 hade två eller flera.

Två cerebrala tromboemboliska tillstånd förekom, det ena under pågående behandling och inom terapeutiskt intervall, det andra en vecka efter avslutad antikoagulantiat terapi. En intracerebral blödning med dödlig utgång inträffade. Denna patient låg inom terapeutiskt intervall, men med PK på

Tabell I. Indikationer för antikoagulantia-behandling för män och kvinnor.

Indikation	Antal		Medel- ålder (år)
	Män	Kvinnor	
Stroke	20	13	67
Förmaksflimmer	16	8	73
Perifer ventrombos	12	5	59
Lungemboli	11	3	65
Klaffprotes	5	6	63
Perifer arteriell insuff	5	4	74
Övriga	4	3	64
Samtliga indikationer	73	42	67

Tabell II. Medelveckodoser av Waran för män och kvinnor i olika åldersgrupper.

Ålder (år)	Antal		Medeldos Waran (tabl/vecka)	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
-44	3	3		
45-54	10	3		
55-64	15	5	15,6	12,6
65-74	27	12	15,5	12,5
75-	18	19	13,7	9,8
Samtliga	73	42	15,8	12,0

Tabell III. Fördelning av de 463 PK-värdena och de 115 patienterna i förhållande till önskvärd PK-nivå för de tre olika behandlingsintensitetsgrupperna.

Behandlings- intensitet	PK-värden (N=463)			PK-värden (N=463)		Patienter (N=115)		
	för låga	önsk- värda	för höga	accep- tabla	oaccep- tabla	acceptabla värden	(därav helt inom önsk- vård nivå)	oacceptabla värden
Hög	1	33	6	37	3	10	(8)	2
Normal	9	264	88	324	37	70	(53)	23
Låg	13	29	20	53	9	6	(1)	4
Samtliga	23	326	114	414	49	86	(62)	29

10-14 procent. Ett fall av allvarlig gastrointestinal blödning betingat av en benign colonpolyp inträffade hos en patient med upprepade PK-värden under 10 procent.

Trettiofyra patienter hade behandlats mindre än ett år; 39 patienter mellan ett och fem år; och 42 patienter mer än fem år. Fem patienter avslutade sin antikoagulationsterapi under den studerade perioden. Behandlingstiden var i 87 fall satt till livslång, i 13 fall med angiven tidsbegränsning och i 15 fall angiven tillsvidare.

Diskussion

En stor andel av PK-värdena låg utanför önskvärt intervall. I en studie från medicinkliniken i Helsingborg låg 88 procent av värdena inom önskvärt intervall (1) jämfört med 70 procent i vårt material. Dock noterades ingen tromboembolisk episod till följd av för högt värde.

Det rör sig om ett åldrat patientklientel, där 2/3 var 65 år eller äldre, med en ökad risk för intracerebral blödning (1-4). Hela 56 procent av patienterna hade tidigare haft slaganfall och/eller förmaksflimmer.

I många fall kan behandlingsintensiteten sänkas (utom för dem som opererats med mekanisk hjärtklaff). I Helsingborg ändrades det terapeutiska målvärdet till PK 15-25 procent i januari 1991 (1). Denna nivå finns också angiven i FASS för Apekumarol (5). För behandling av förmaksflimmer anges PK 16-40 procent som tillräcklig nivå. I Helsingborgsmaterialet (1) skedde merparten av blödningskomplikationerna på en PK-nivå under 15 procent. I Åkersbergamaterialet låg PK-värdet under 15 procent för de normal- och lågintensiva grupperna i 15 procent av fallen.

För mekaniska hjärtklaffsprotoser gäller däremot PK-nivån 10-25 procent som önskvärd och för i varje fall en typ av protoser (7) anges optimalt värde för mitralklaffsprotos till PK 14 procent och aortaklaffsprotos PK 18 procent. Blödningsrisken är här också lägre (4).

I en studie från Danderyds sjukhus finns angivet en ökad frekvens av blödningskomplikationer vid antikoagulationsbehandling på vårdcentraler jämfört med på antikoagulationsmottagning vid medicinklinik (11). Många studier har visat en signifikant korrelation mellan blödningskomplikationen och ålder (1,4). Patientklientelet på vårdcentralerna är äldre jämfört med medicinklinikerna. Därtill är det möjligt att "besvärliga" patienter med sämre ordinationsföljksamhet remitterats ut, något som dock ej studerats här. Studien ger dock en tankeställare och det är väsentligt att vi ser över antikoagulationsbehandlingen på våra

vårdcentraler, för att genomföra förbättringar där så är möjligt. Våra patienter på vårdcentralerna skall kunna få minst lika god vård som på sjukhus (12).

Det är väsentligt att det finns god kunskap om och erfarenhet av antikoagulationsbehandling och att ordinatorerna inte är alltför många. Det är också viktigt med god kännedom om och god kontakt med de personer som antikoaguleras, för att öka ordinationsföljksamheten och undvika onödiga risker med till exempel alkoholmissbrukare och senila patienter. Välinformerade och väl omhändertagna patienter måste vara målsättningen. Därtill bör terapin regelbundet omprövas, vid behov utsättas eller bytas mot ASA, som kan vara ett alternativ även vid flimmer (9,10). Behandlingsintervallen bör vid behov också justeras; så ändrades i Helsingborg intervallet från 10-25 till 15-25 procent med anledning av flera blödningar i området 10-15 procent i PK-värde.

På Åkersberga vårdcentral har utfallet av undersökningen lett till att vi preciserat riktlinjerna för antikoagulantiterapi. För klaffopererade anger vi intervallet 10-25 procent i PK-värde med riktvärde för mitralklaffar 15 procent och aortaklaffar 18 procent. För långtidsbehandling har vi angett intervallet 15-25 alternativt 15-30 procent. Utsättande av AK-terapi bör ske stegvis under två veckor för att motverka eventuell hyperkoagulabilitet (8). Hos patienter äldre än 65-70 år, det vill säga merparten av våra patienter, och speciellt de med tidigare stroke eller med förmaksflimmer, erfordras extra försiktighet med hänsyn till blödningskomplikationer och där bör terapin omprövas och angiven PK-nivå vid behov justeras uppåt.

Referenser

1. Cervin A, Billström R. Blödningskomplikationer av perorala antikoagulantia - vem drabbas och varför? Läkartidningen 1992;89:1292-4.
2. Johnsson H. Antikoagulantibehandling. Apoteksbolaget: Läkemedelsboken 1991:139-46.
3. Launbjerg J, Egeblad H, Heaf J et al. Bleeding complications to oral anticoagulant therapy: multivariate analysis of 1010 treatment years in 551 outpatients. J Intern Med 1991;229:351-5.
4. Norrving B. Behandling med orala antikoagulantia och acetylsalicylsyra - en riskvärdering. Information från Läkemedelsverket 1992;2:51-5.
5. FASS 1992. LINFO 1992.
6. Godtfredsen J. Förmaksflimmer - emboliprofylax med orala antikoagulantia. Information från Läkemedelsverket 1992;1:33-5.
7. Butchart EG, Lewis PA, Berthel JA et al. Adjusting anticoagulation to prosthesis thrombogenicity and patient risk factors. Circulation 1991;84:61-9.
8. Grip L, Blombäck M, Sculman S. Hypercoagulable state and thromboembolism following warfarin withdrawal in post-myocardial-infarction patient. Eur Heart J 1991;12:1225-33.
9. Gustafsson C, Britton M. Pathogenetic mechanism of stroke in non-valvular atrial fibrillation: follow-up of stroke patients with and without atrial fibrillation. J Intern Med 1991;230:11-6.
10. Dale J. Emboliprofylax med ASA vid förmaksflimmer. Information från Läkemedelsverket 1992;1:35-8.
11. Dale J. Emboliprofylax med ASA vid förmaksflimmer. Information från Läkemedelsverket 1992;2:35-8.
12. Carlsson A, Gustafsson C. Blödningskomplikationer till antikoagulantibehandling. Information från Läkemedelsverket 1992;1:21-4.
13. Åberg H. Antikoagulantibehandling vid vårdcentral och sjukhus. Läkartidningen 1980;77:3217.

Författarpresentation

Per Wändell, distriktsläkare

Distriktsläkarmottagningen
Åkersberga sjukhus
Box 506
184 25 Åkersberga

Stiftelsen Gävleborgs Allmänläkarfond

Inbjudan

Allmänläkare verksamma i Gävleborg inbjuds ansöka om medel för utvecklings-/forskningsprojekt, eller speciella fortbildningsaktiviteter. Berättigade att söka är även läkare under specialistutbildning i allmänmedicin

Ansökan sker på fastställt formulär, som kan rekvireras från undertecknad, adress: Läkarhusets Hälsocentral, Staketgatan 32, 803 11 Gävle. Exempel på kostnader att söka medel för är kopiering/frankering vid enkätstudie, resekostnader vid studiebesök i visst syfte, deltagande i seminarium, datorbearbetning o dyl.

Stiftelsens styrelse är stipendiekommitté och fördelar årets medel till en eller flera sökande. Tillgängliga medel är cirka 7.000 kronor.

Ansökan kan insändas när som helst under året, men senast 15 september 1993.

Mats Ribacke

Sekreterare



Frågor och svar om läkemedel

LARS-OLOF HENSJÖ, *distriktsläkare*

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

Läkemedelsinformationscentralerna bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare. De besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång 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.

Läkemedel med antikolinerg effekt och glaukom

FRÅGA: Bör man tveka att sätta in behandling med antikolinergisk effekt till exempel tabl Librax® (klordiazepoxid 5 mg samt klidinbromid 2.5 mg) till en patient med glaukom?

SVAR: Några uppgifter om risken för intraokulära tryckstegringar just av Librax' antikolinerga komponent klidinbromid har inte återfunnits. Substansen ingår dock i en dos som i och för sig är tillräcklig för att ge typiska antikolinerga symtom. Generellt gäller att antikolinerga läkemedel på grund av sin mydriatiska effekt kan utlösa signifikant tryckstegring intraokulärt hos glaukompatienter med så kallad trångvinkelglaukom och mycket grund främre ögonkammare och därmed blockera dränaget av ögonvätska från främre ögonkammaren. Detta ses kliniskt företrädesvis hos äldre patienter med hyperopi och katarakt. Problemet anses dock vara mindre vid kroniskt glaukom med öppen kammarvinkel eftersom den främre ögonkammaren då är mycket djupare. I själva verket har hos endast en minoritet av dessa patienter systemisk antikolinergikaterapi utlöst en intraokulär tryckstegring och detta har i regel kunnat kontrolleras genom justering av glaukombehandlingen. Om patienten från början behandlas med pupillkonstringerande terapi bedöms därför risken för signifikant tryckstegring som ytterligt liten. I en litteraturuppgift anges att antikolinergika varken är kontraindicerade vid vidvinkel- eller trångvinkelglaukom under förutsättning att patienterna får behandling för sitt glaukom. Detta stämmer också med uppfattningen vid ögonkliniken i Lund, som vi kontaktat.

Interaktion dextropropoxifen-karbamazepin har klinisk betydelse

FRÅGA: Det lär finnas risk för interaktion mellan dextropropoxifen och karbamazepin. Har denna interaktion någon klinisk betydelse?

SVAR: Interaktion mellan karbamazepin och dextropropoxifen är väl studerad och beskrivs även i FASS, där man avråder från att kombinera dessa läkemedel. Dextropropoxifen hämmar nedbrytningen av karbamazepin och i två fallrapporter beskrivs fall där plasmakoncentrationen av karbamazepin ökat 45 respektive 77 procent vid tillägg av dextropropoxifen.

Kombinationen karbamazepin och dextropropoxifen bör inte användas eller användas med stor försiktighet, det vill säga med sänkt karbamazepindosering och kontroll av plasmakarbamazepin.

Extemporeberedningar vid extern otit

FRÅGA: Borsyresprit 4% örondroppar och ättiksyra 2% örondroppar är två extemporeberedningar. Vilket preparat är att föredra vid behandling av extern otit?

SVAR: Kompositionen för borsyresprit 4% är acidum boricum 4 gram, spir fortis ad 100 gram. Borsyra har traditionellt använts som svagt desinficerande och lätt adstringerande medel i örondroppar. Spriten har avsvällande effekt och olika lösningar innehållande sprit (tampnad eller som droppar) har god effekt vid kraftig svullnad i örat. Användningen av borsyresprit 4% örondroppar är framför allt vid akuta tillstånd av fuktande extern otit med kraftig svullnad. Behandlingen brukar medföra att örat blir torrt på kort tid. Även vid svamp i hörselgången används borsyresprit 4%. Borsyra absorberas genom slemhinnor och skadad hud och allvarliga biverkningar finns rapporterade framför allt hos barn efter utvärtes behandling av skadad hud med borsyrepreparat. Några uppgifter om systembiverkningar efter användning av örondroppar innehållande borsyra har inte återfunnits i litteraturen. *Ett bra alternativ till behandling med borsyresprit är alsolsprit (1% alsol plus 10% sprit).*

Kompositionen för ättiksyra 2% örondroppar är acidum aceticum glaciale 2 gram, aqua sterilis ad 100 gram. Ättiksyra ger sur miljö i ytterörat och har på detta sätt en viss antibakteriell effekt. Till skillnad från borsyresprit 4% örondroppar innehåller denna lösning inte sprit. Denna ättiksyraberedning kan användas för behandling av lindrigare former av extern otit. Det tidigare registrerade preparatet Otistat innehöll propylenacetat, som sönderdelas i örat till ättiksyra och propylenalkohol. Detta läkemedel avregistrerades under 1990 på grund av låg omsättning.

Jämförande studier mellan dessa båda, borsyrelösningen och ättiksyrelösningen, har inte återfunnits i litteratu-



ren. I Läkemedelsboken 91/92 framhålls, att borsyrelösningen har god effekt vid akuta exacerbationer av extern otit. Vid till exempel öronkliniken i Lund används ättiksyralösningen främst vid behandling av flytning från kronisk otit.

Lågdosbehandling med warfarin

FRÅGA: Vad menas med termen lågdosbehandling med warfarin (exempelvis Waran®)?

SVAR: Olika läkemedels förmåga att inhibera koagulation mäts på olika sätt i världen med en rad olika preparationer av tromboplastin. Dessa olika beredningar av tromboplastin har olika egenskaper och av den anledningen har man fastställt ett internationellt mått — International Normalised Ratio, INR — till vilket andra metoder kan ställas i relation. Ett högt INR står i relation till hög dos

antikoagulantialäkemedel. Termen lågdos warfarin introducerades i en artikel från 1990 som behandlade den effekten av warfarin för att minska risken för stroke hos patienter med förmaksflimmer utan samtidigt reumatiskt klaffel. Målet var att INR skulle ligga mellan 1.5 och 2.7 vilket motsvarar pk-värden 16-40. Dödsfallen minskade i den grupp som tog warfarin jämfört med placebogrupper. Andra studier har visat signifikant riskminskning när behandlingsintervallet INR sattes till 2.8-4.2 respektive 2.0-3.5.

Denna typ av terapi brukar kallas lågdosbehandling med warfarin.

Kommentar: De ovan beskrivna studierna publicerades 1990. I november 1992 publicerades ytterligare en studie med liknande resultat. Dessa studier är ännu något för små för att leda till en allmän rekommendation att bedriva sådan lågdosbehandling, men resultaten är mycket intresseväckande.

Bensodiazepiner - försäljningen första halvåret 1992

INGEGERD AGENÄS · INGRID NORDENSTAM · ANDERS WESSLING

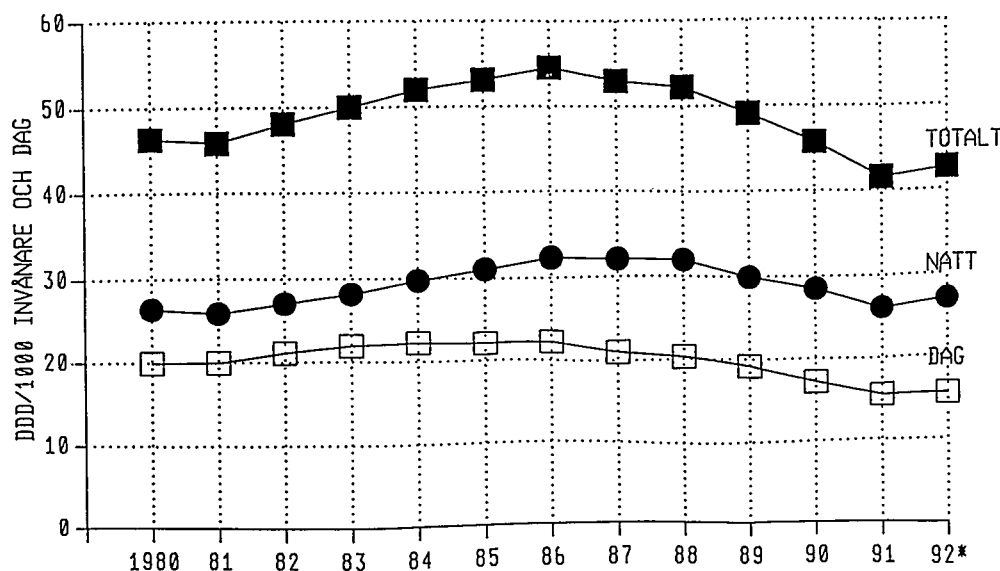
LB 087SD

Bensodiazepinerna utgör antagligen den mest uppmärksammade och omdebatterade av alla läkemedelsgrupper. Såväl den allmänna som professionella debatten har gällt riskerna för beroende och missbruk. Trots uppmärksamheten kring medlen och kritiken mot det sätt på vilket de användes ökade försäljningen av dem under större delen av 1980-talet (Figur 1). Under senare år har emellertid försäljningen minskat påtagligt, men då statistiken för första halvåret 1992 presenterades visade försäljningen på nytt en uppgång. Vid riksstämman 1991 genomfördes ett symposium om bruk och missbruk av bensodiazepiner. Den 5 december 1991 anordnade socialstyrelsen och läkemedelsverket en hearing om samma tema. I samband med dessa arrangemang förekom ånyo en debatt i massmedia om risk för över och underkonsumtion av bensodiazepiner. Speglar uppgången att synen på bensodiazepiner ånyo har förändrats?

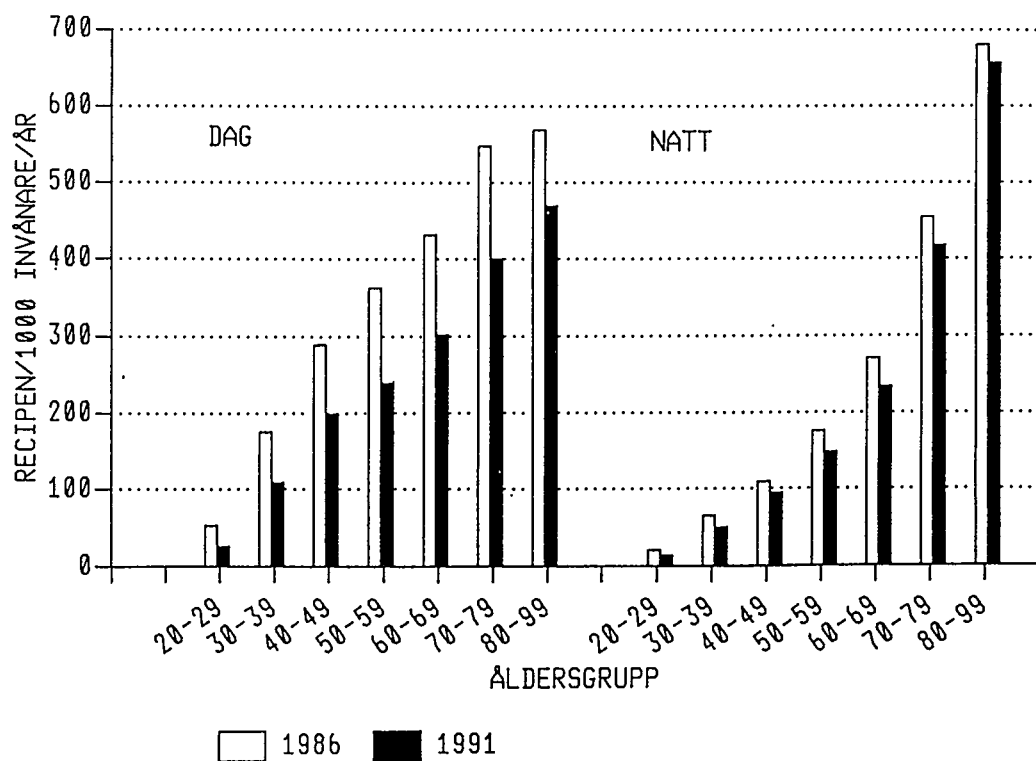
För att söka belysa frågan har vi tittat på hur försäljningen i olika kön/åldersgrupper förändrats mellan 1986 och 1991 och under det första halvåret 1992. Försäljningen av bensodiazepiner är starkt relaterade till såväl patientens ålder som kön - kvinnor får relativt sett fler reciper än män och äldre fler reciper än yngre. Förändringarna under den studerande perioden är emellertid huvudsakligen relaterad till patienternas ålder.

Mellan 1986 och 1991 halverades antalet reciper avseende dagbensodiazepiner till patienter i 20-årsåldern medan det för patienter i den äldsta åldersgruppen (80 år och äldre) minskade med 20 procent (Figur 2). Antalet reciper avseende nattbensodiazepiner till patienter i 20-årsåldern minskade med en tredjedel medan nedgången för den äldsta åldersgruppen endast var några procent.

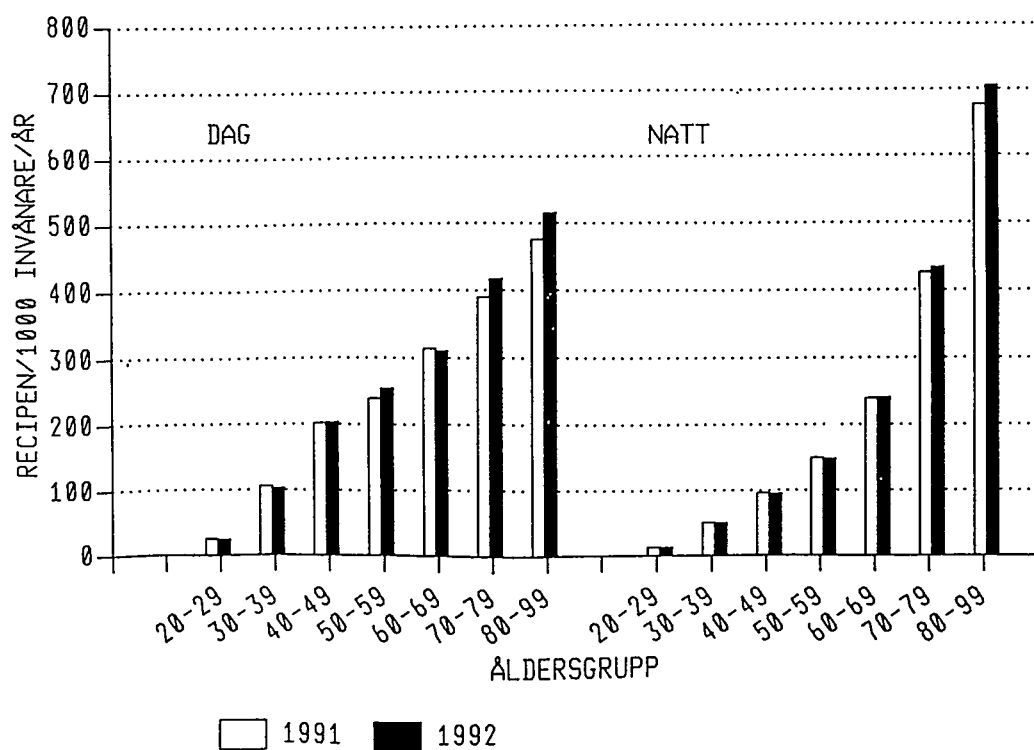
En jämförelse av recipetalen för perioden januari till och med maj 1991 respektive 1992 visar att med undan-



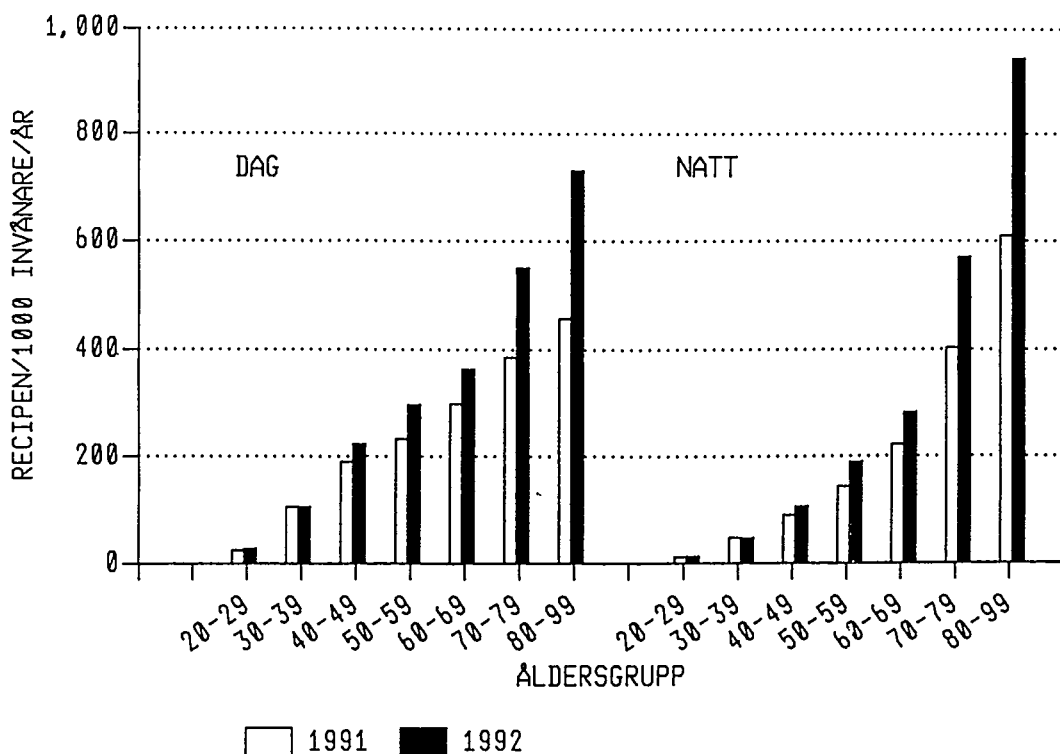
Figur 1. Försäljningsutvecklingen för dagbensodiazepiner (ATC-kod N05BA) och nattbensodiazepiner (N05CD) 1980-1991 samt första halvåret 1992.



Figur 2. Försäljningen i antal reciper/1000 invånare/år av dag- och nattbensodiazepiner (ATC-kod N05BA respektive N05CD) per åldersgrupp 1986 och 1991.



Figur 3. Försäljningen i antal reciper/1000 invånare/år av dag- och nattbensodiazepiner (ATC-kod N05BA respektive N05CD) per åldersgrupp månaderna januari - maj 1991 och 1992./



Figur 4. Försäljningen i antal reciper/1000 invånare/dår av dag- och nattbensodiazepiner (ATC-kod N05BA respektive N05CD) per åldersgrupp månaden juni 1991 och 1992.

tag för de äldsta åldersgrupperna är antalet oförändrat eller något lägre. Ökningen för de äldsta åldersgrupperna var av storleksordningen fem procent. Under juni 1992 ligger däremot recipetalen för flertalet åldersgrupper högre eller betydligt högre än samma månad året innan. Ökningen var 55-60 procent för den äldsta åldersgruppen, cirka 40 procent för 70-åringarna.

Resultaten pekar tämligen entydigt på, att ökningen i försäljningen av bensodiazepiner under första halvåret 1992

huvudsakligen var orsakad av, att patienternas egenavgifter för läkemedel höjdes från och med juli 1992. För att slippa den höjda patientavgiften gjorde man sina uttag tidigare än normalt. Det finns därför anledning förmoda, att förskrivningen av bensodiazepiner fortsatt kommer att minska.

Författarpresentation

Ingegerd Agenäs, Ingrid Nordenstam, Anders Wessling

Farmaceutiska sektorn, Apoteksbolaget, 105 14 Stockholm

1993 april/maj - LB 93/94

Kring månadsskiftet april/maj kommer vi att tillställa dig och dina kollegor den nya upplagan av Läkemedelsboken. Det är den nionde upplagan av boken och den har sedan föregående upplaga undergått påtagliga förändringar.

Bland förändringarna kommer du bland annat att finna en ny kapitelindelningen som följer en anatomisk uppbyggnad och särskilda avsnitt som tydligare belyser barnårens och de äldres sjukdomar. Registret kommer att innehålla sjukdomar och deras symtom samt preparat

som sökord. Det finns i den kommande upplagan även ett avsnitt rörande referensprissystemet. Det är vår förhoppning att förändringarna i den nya upplagan kommer att göra boken än mer ägnad som en vägledning i den praktiska medicinska vardagen.

Boken kommer att distribueras via apoteken. Den bör vara dig tillhanda senast den 15 maj då vi återkommer med en utförligare presentation.

Kerstin Persson, redaktionschef

Nyckelfaktorer i preventiv rådgivning i konsultationssituationen

LB0 5559

ELISABETH ARBORELIUS · INGVAR KRAKAU · SVEN BREMBERG

För att få underlag för att utforma effektiv utbildning i beteendepåverkan intervjuades samtliga distriktsläkare och distriktsköterskor – totalt 30 stycken – på två vårdcentraler med avseende på tillvägagångssätt och upplevda hinder i förebyggande rådgivning. Resultaten visade, att flertalet ansåg att hälsorådgivning är en viktig del i sjukvården. De ansåg sig också ha tid och utrymme för denna verksamhet. De flesta var emellertid tveksamma och/eller besvikna, när det gällde den egna förmågan att påverka människors levnadsvanor. En del av förklaringen kan vara, att personalen saknar kunskaper om effektiv metodik, när det gäller att diskutera levnadsvanor med patienter. En annan förklaring kan vara, att många hade ett icke-patientcentrerat förhållningssätt, vilket man från tidigare studier vet är mindre framgångsrikt, när det gäller att påverka människors beteenden. Detta kom bland annat till uttryck i uppfattningen, att sjuksköterskan/läkaren bör vara en förebild för patienten när det gäller de egna levnadsvanorna. Det kom också till uttryck i föreställningar om att orsakerna till att patienter inte klarar av att ändra sina beteenden till stor del är psykologiska, däremot inte att det kan handla om olika värderingar. Resultaten tyder på behov av utbildning i patientcentrerad pedagogik.

Preventivt arbete i praktiken är komplext. Vi vet att levnadsvanor i hög grad påverkar dödlighet och sjuklighet, men att förmedla dessa kunskaper på ett sådant sätt att människor förändrar sina levnadsvanor stöter på många svårigheter, till exempel människors behov av självbestämmande och integritet.

För att kunna utforma en adekvat utbildning i ett effektivt tillvägagångs-

sätt i förebyggande arbete krävs förutom pedagogiska kunskaper också kännedom om vilka hinder läkare och distriktsköterskor upplever i sitt nuvarande rådgivningsarbete. Syftet med denna studie var att studera ett flertal aspekter när det gäller upplevda hinder och möjligheter i preventiv rådgivning bland både distriktsläkare och distriktsköterskor.

Metod Population

I Sollentuna kommun, nordväst om Stockholm, med drygt 50000 invånare, finns tre vårdcentraler, samtliga med stabil bemanning. Alla ordinarie distriktsläkare (16 stycken) och distriktsköterskor (14 stycken) på två av dessa vårdcentraler intervjuades.

Till vårdcentralerna var sedan 1980 en utvecklingsenhet för allmänmedicin knuten, vilket innebar att man bedrev projekt av forsknings- och utvecklingskaraktär och överhuvudtaget hade ett aktivt intresse för preventiva insatser. Sedan flera år tillbaka pågick ett hjärt/kärl-preventivt program, som samtliga distriktsläkare och distriktsköterskor aktivt tog del i.

Intervjuerna

Intervjuerna var strukturerade och omfattade 35 frågor. De tog 45–60 minuter i anspråk. Samtliga läkare och distriktsköterskor ställde sig positiva till att bli intervjuade. Intervjuerna täckte följande områden:

- omfattning av hälsovägledningssamtal om kost, motion, rökning, alkohol;
- inställning till preventivt arbete;
- tillvägagångssätt i rådgivning;
- patientcentrerat respektive icke-patientcentrerat förhållningssätt;
- föreställningar om patienternas inställning till rådgivning;
- tilltro till den egna förmågan att arbeta preventivt;
- eventuella konflikter med egna levnadsvanor.

Ett icke-patientcentrerat förhållningssätt har definierats så, att distriktsläkaren/distriktsköterskan beter sig som om han/hon vet vad som är bäst för patienten och styr patienten mot detta mål. Det kommer till exempel till uttryck genom att man moraliserar över patienten eller genom påståenden om att det finns vissa 'rätta' beteenden och andra 'felaktiga'.

Ett patientcentrerat förhållningssätt

har definierats så, att distriktsläkaren/distriktsköterskan är inställd på att inte styra patienten mot ett bestämt mål, utan att utgå från patientens situation. Det kommer till exempel till uttryck genom att man uttrycker respekt för patienten, vikten av att inte moralisera eller 'köra över' patienten, att vara lyhörd.

Sedan de första sex intervjuerna genomförts lades några frågor till. Det innebär att alla personer inte alltid fått alla frågor. Det förekom också vid några tillfällen att tiden inte medgav att alla frågor ställdes.

Resultat

Majoriteten (27/30) av de intervjuade menade, att denna typ av samtal hör hemma inom sjukvården och flertalet ansåg också att det finns utrymme för dessa samtal.

Tillvägagångssätt i rådgivning

De pedagogiska grepp som spontant omnämns i samtal med patienten om kost, motion, rökning och alkohol är följande:

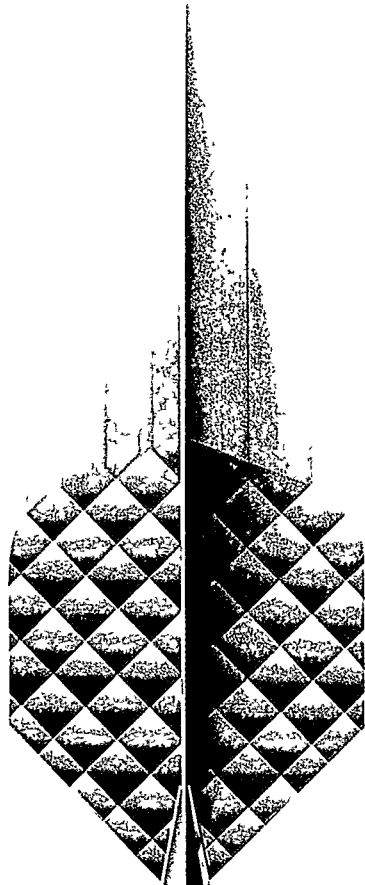
- att ge information om skadeverkningar etc 30/30
- att registrera patientens beteende 18/30
- att ge praktiska råd hur man kan förändra beteendet 18/30
- att föreslå patienten att fundera på egen hand 10/30
- att fråga efter patientens synpunkter 6/30
- att diskutera vilken betydelse beteendet har för patienten 2/30
- att diskutera för- och nackdelar för patienten med att förändra beteendet 1/30
- att diskutera beteendet som en miljörisk där patienten själv tar ställning 1/30

Förhållningssätt

Ungefär hälften (16/30) av de intervjuade kunde kategoriseras som att ha ett patientcentrerat förhållningssätt. Några (5/30) hade ett förhållningssätt som kunde karaktäriseras som auktoritärt. Flera personer (6/30) hade ett förhållningssätt där både auktoritära och mer patientcentrerade drag framkom. Tre av de intervjuade kunde inte kategoriseras.

Konkreta uttryck för ett auktoritärt förhållningssätt:

"Jag tror att patienten tycker det är



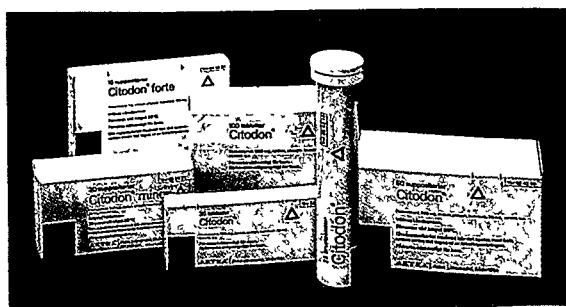
Citodon

Citodon[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

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

Citodon, analgetikum Δ



Tabletter – brustabletter – suppositorier

Snabbt tillslag*

Effektivt

** vanligen inom 30 minuter*

Astra Läkemedel

151 85 Sodertälje

bra med någon som antligen säger till på skarpen."

"Varför gör inte patienten som jag säger när jag har gjort allt som står i min makt?"

"Jag är ingen fanatiker, men några fördelar med rökning finns inte."

Konkreta uttryck för ett patientcentrerat förhållningssätt:

"Såna här frågor är känsliga, man måste gå försiktigt fram, ej köra över med pekpinna, då skrämmer man bort. Vi är ej moralens väktare."

"Man måste repektera folk när dom säger 'Jag vill fortsätta röka'. Det är viktigt att inte bygga upp barriärer".

Föreställningar om patientens inställning till rådgivning

Tjugofyra av de intervjuade har fått frågan: "Vad tror du är anledningen till att människor trots all information etc ändå inte klarar av att ändra sina beteenden?" De flesta anger flera möjliga orsaker:

Psykologiska behov	17/24
Yttre påfrestningar	5/24
Samhällets accepterande attityd	5/24
Bristande insikt	5/24
Bristande viljestyrka	3/24
Fysiskt beroende	3/24
Olika värderingar (gällde mycket gamla patienter)	2/24
Bristande pedagogik	1/24

Så gott som samtliga (21/23) svarar, att de inte upplever någon risk att stöta patienten ifrån sig, om man tar upp levnadsvanor på rätt sätt. Men två läkare (båda med ett auktoritärt förhållningssätt) avviker från detta svarsmönster och menar att samtalet får vara på vårdgivarens villkor:

- "Jag har aldrig känt nån rädsla att stöta patienten ifrån mig, brukar tala om hur besviken jag är på dom. Jag är inte intresserad av om dom inte tar det, lite på mina villkor får det vara."

Tilltro till den egna förmågan

De intervjuade har fått svara på följande frågor:

- "Vad tror du samtalen leder till, dvs kan du påverka patienten i dessa frågor? Vilka konkreta beteendeförändringar har du sett exempel på?"

Svaren på dessa frågor kan hänföras till endera av följande kategorier:

* Tveksamhet om det verkligen blir några resultat (9/25).

Exempel: "Någonstans måste jag tro att det blir resultat eftersom jag tar upp det. Men när jag talar med nån känner jag mig sällan övertygad om att den ska ändra sig".

"Jag engagerar mig kolossalt, satsar. Varför klarar patienten inte det som

jag vill, varför gör inte patienten som jag säger? Jag har gjort allt som står i min makt."

* Ett visst resultat med vissa patienter på lång sikt (13/25).

Exempel: "Man har blivit lite luttrad med åren, gör sig inte för stora förhoppningar".

"Kanske inte omedelbara effekter, men nån gång. Det räcker inte med ett samtal. Droppen som urholkar stenen."

* Bra resultat (3/25)

Exempel: "Förvånar mig att folk är så duktiga. Imponerade av hur folk ändrar sig ifråga om framför allt maten. Lätt att kontrollera effekten med blodfetter. Många förbättringar dock bara en viss tid."

Av de 14 intervjuade distriktssköterskorna har sex tidigare haft viktreducerings- och/eller rökavvänjningsgrupper. Vid intervjutillfället (oktober–november 1991) hade samtliga lagt dessa grupper på hyllan på grund av att de tappat lusten och kände sig besvikna över dåliga resultat med dessa grupper. Ett vanligt förekommande argument var, att man själv avsatte tid och satsade engagemang i grupperna, men att deltagarna uteblev alternativt inte ändrade sitt beteende.

Eventuella konflikter med egna levnadsvanor

Samtliga intervjuade fick besvara följande fråga:

"Händer det att du kommer i konflikt med dina egna vanor när du tar upp levnadsvanor med patienten? Påverkar din egen livsstil ditt sätt att ta upp dessa frågor?"

Majoriteten (25/30) ansåg att det är eftersträvarsvårt att leva som man lär när det gäller preventivt arbete. En mindre grupp (5/30) menade att det är två olika saker vad man lär ut och hur man själv lever.

När det gäller uppfattningen att leva som man lär finns flera dimensioner i svaren. Dels kan det handla om trovärdighet, att det budskap man ger patienterna är något man själv uppfattar som riktigt. Men det kan också handla om man måste vara en förebild som visar patienten hur ett 'riktigt beteende' ser ut och att den som inte lever som han lär är olämplig att prata om levnadsvanor. Exempel på sådana dimensioner är:

- "Man lever inte alltid själv som man lär, det kan vara feta såser, chips till barnen som man plockar ner i affären – 'tänk om jag blir ertappad'. Undviker systemet, där handlar maken. Viktigt att distriktssköterskan är förebild."

- "Jag tycker att jag lever ganska hyggligt som jag lär. Tycker att doktorn ska vara en förebild, att det är

en fördel att inte röka själv. Om man är mer stadig cigarettörkare måste det vara svårare att tala om det. Det måste vara jobbigare att prata om riskfaktorer som man själv drar på."

En annan dimension som framträder i svaren (påpekade av 9/30) är att man har lättare att förstå patienterna, om man själv har egen erfarenhet av hur svårt det är att ändra levnadsvanor:

- "Är själv rökare – det är svårt. Samtidigt lättare att förstå dom, känner direkt att dom röker."
- "Kan med gott samvete predika allt, eftersom jag inte lever ett annat liv. Men vi skulle kunna mötas på ett annat sätt, om jag hade haft erfarenhet."
- "Är själv rätt måttlig med motion, 'skrapar' ihop till två pass i veckan, har därför förståelse för att det inte är så lätt."

I samtliga ovan beskrivna variabler fanns inga entydiga skillnader mellan distriktsläkare och distriktssköterskor.

Diskussion

Flertalet av de intervjuade ansåg, att hälsorådgivning är en viktig del i sjukvården. De ansåg sig också ha tid och utrymme för denna verksamhet. De flesta var emellertid tveksamma och/eller besvikna när det gällde den egna förmågan att påverka människors levnadsvanor.

En förklaring skulle kunna vara, att personalen saknar kunskaper om effektiv metodik för att diskutera dylika frågor med patienterna. När det gäller pedagogiska färdigheter visade resultaten, att beteendet att ge information dominerade. Andra vanligt förekommande beteenden var att registrera patientens faktiska beteende, samt att ge praktiska råd hur man kan gå tillväga. Betydligt mer sparsamt förekom beteenden som utgår från patienten, till exempel vilken betydelse beteendet har för patienten, vilka för- och nackdelar en förändring av beteendet skulle innebära, att fråga efter patientens synpunkter, att ta ställning och fatta beslut om en eventuell förändring av beteendet – faktorer från 'Health Belief Model' och social inlärningsteori.

En annan förklaring skulle kunna vara, att personalen många gånger har ett icke-patientcentrerat förhållningssätt. Åtskilliga studier har visat, att patientcentrerad metodik är mer framgångsrik än icke-patientcentrerad metodik, när det gäller att påverka människors levnadsvanor (1–7). Av de intervjuades berättelser hur de praktiskt går tillväga i samtalen visar det sig att ungefär hälften hade ett förhållningssätt som var mer eller mindre auktoritärt. Men ett auktori-

tärt förhållningssätt kommer också till uttryck på andra sätt, till exempel i föreställningarna om patienten.

När det exempelvis gäller orsakerna till varför patienter trots all information ändå inte ändrar beteende tror huvuddelen av personalen, att det är psykologiska mekanismer som ligger bakom – vårt behov av lust, tröst, ångestlindring etc. Men man ser det som ett komplext fenomen och tror även att andra faktorer spelar in, som yttre påfrestningar, samhällets accepterande attityd, bristande insikt hos patienten att förstå vad hans beteende kan leda till.

Frapperande är dominansen av orsaker som knappast kan påverkas genom utbildning i hur man tar upp dylika frågor hos patienterna. En sjuksköterska anger orsaken vara bristande pedagogik. Hon uttrycker sig på följande sätt: "Dom har inte träffat rätt människa, om dom verkligen träffade rätt människa tror jag att väldigt många skulle klara av att ändra beteende."

Anmärkningsvärt är att man inte tar med olika värderingar som en orsak till att människor inte ändrar beteende. Två av de intervjuade nämner visserligen detta som en möjlig orsak, men då utifrån mycket gamla människor som kan tycka att de vill fortsätta med sina matvanor som de haft hela livet. Tar sjukvårdspersonal sina egna värderingar som så absolut självklara, att de inte uppfattar att andra människor kan ha andra värderingar?

Sjukvårdspersonalens värderingar torde utgå från att man bör ändra sitt beteende, därför att det på sikt leder till lägre morbiditet och mortalitet. Detta förhållningssätt kan betecknas som icke-patientcentrerat i den meningen att man utgår från sitt eget synsätt snarare än från patientens. Patienter kan naturligtvis ha en annan uppfattning och därmed göra ett annat ställningstagande.

Ett annat uttryck för ett icke-patientcentrerat förhållningssätt är inställningen till de egna levnadsvanorna. Påfallande många anser att man bör vara förebild för patienterna och 'leva som man lär', samtidigt som många uttrycker att det är svårt att lyckas med detta. I kommentarerna framskyntar två dimensioner: trovärdighet och förebild. Trovärdighet uttrycker att man verkligen tror på och står för det man säger. Att vara förebild tycks innebära, att man genom sitt eget beteende ska visa patienten vad som är ett 'riktigt' sätt att leva. Om man inte lever upp till att vara en sådan förebild, kan patienten lätt ta efter läkarens/sköterskans 'dåliga' beteende. "Feta såser, chips till barnen som man plockar ner i affären – 'tänk om jag blir ertappad'. Undviker systemet, där handlar maken." Ett sådant

synsätt karaktäriserar ett föräldrar/barn-förhållande snarare än ett förhållande mellan två vuxna jämlikar. Detta avspeglar ett auktoritärt förhållningssätt – genom att vara förebild ska man få patienten att ändra sitt oriktiga 'osunda' leverne mot ett mer 'riktigare' hälsosammare. Som en naturlig konsekvens framskyntar i dylika kommentarer också, att den som inte har ett 'riktigt' leverne inte bör tala med andra om levnadsvanor: "Jag lär som jag lever, tycker det är en fördel. Galet om man skulle sitta och predika och själv ha gula fingrar."

Kan intervjuarbias ha påverkan resultaten? Intervjuaren var vid tidpunkten för intervjuerna nyanställd vid utvecklingsenheten och hade sålunda ingen personlig relation till de intervjuade. Hennes tjänsteställning som beteendevetare innebar, att hon ej hade ledningsansvar och sålunda ej ett beroendeförhållande till de intervjuade.

Avslutande kommentar

Trots utsagor om ett patientcentrerat förhållningssätt finns åtskilliga uttryck för att den medicinska praktiken många gånger kännetecknas av det motsatta. Man styr patienterna mot bestämda beteenden, som anses 'bättre' för patienten än hans nuvarande. Man anser, att man genom sitt eget sätt att leva ska lära patienten hur han bäst bör leva. Det är sällan man tar patientens egna värderingar i beaktande. I det praktiska tillvägagångssättet använder man i mycket liten utsträckning pedagogik som utgår från patienten.

Flertalet uttrycker besvikelse över att man inte når bättre resultat trots eget mödosamt arbete. Om man vill få till stånd en större effektivitet – och också tillfredsställelse hos personalen – när det gäller förebyggande arbete bör man utbilda distriktsläkare och distriktsköterskor i en mer patientcentrerad pedagogik.

I Sollentuna har en omfattande satsning skett på förebyggande arbete men trots det tillämpar personalen ett icke patientcentrerat förhållningssätt. Betydelsen av pedagogiska utbildningsinsatser borde generellt vara större än vad som här visats.

Referenser

1. Demak M, Becker M. The doctor-patient relationship and counseling for preventive care. *Patient Education and Counseling* 1987;9:5-24.
2. Willms D, Best A, Wilson D, Gilbert R, Taylor W, Lindsay E, Singer J, Arbuthnot Johnson N. Patients' perspectives of a physician-delivered smoking cessation intervention. *Am J Prev Med* 1991;7:95-100.

3. Plant R. Motivation, expectation and psychiatric severity in predicting early dropout from outpatient alcoholism treatment. *Dissertation Abstracts International* 1991;S1:3579-B.
4. Curry S, Wagner H, Grothaus L. Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:310-6.
5. Ockene J, Kristeler J, Goldberg R et al. Increasing the efficacy of physician delivered smoking interventions. A randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991;6:1-8.
6. Williams G, Quill T, Deci E, Ryan R. "The facts concerning the recent carnival of smoking in Connecticut" and elsewhere. *Int Med* 1991;115:59-63.
7. Kaplan S, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:110-27.

Författarpresentation

Elisabeth Arborelius, docent i psykologi, beteendevetare vid utvecklingsenheten, Sollentuna vårdcentral.

Ingvar Krakau, docent i allmänmedicin, chefsöverläkare i Sollentuna Primärvårdsområde.

Sven Bremberg, docent i socialmedicin, enheten för samhällsmedicin i Huddinge.

Utvecklingsenheten för allmänmedicin
Sollentuna vårdcentral
Box 164
19223 Sollentuna

Datorjournal i allmänmedicinsk verksamhet

LB 05560

STEFAN HENNINGSSON · ANNIKA BRORSSON

- Datorjournalen ger allmänmedicinaren ett ständigt tillgängligt, säkert och överskådligt informationsunderlag i patientarbetet. Den ger helt nya möjligheter till uppföljning, kvalitets-säkring och kunskapsutveckling. För att fullt utnyttja dessa möjligheter krävs en strukturerad, begreppsbasead journal.

- Marknaden uppvisar en mångfald snabbt utvecklade journal-system med tonvikt på kortsiktiga lösningar av informationsbeho-ven.

- Politiker och administratörer har intresse av rationaliseringsvinster och de möjligheter som datorjournalen ger till prissättning av vårdarbetet.

- Informationshanteringen är en strategisk resurs – kanske den viktigaste och mest påverkbara resursfaktorn inom hälso- och sjukvården under de närmaste åren.

Hur vi började

I nordöstra primärvårdsdistriktet i Malmö påbörjades för cirka fem år sedan ett förberedelsearbete inför datorjournal. Utgångspunkten var de då aktuella problemen med journalernas tillgänglighet och lång väntan på utskrift av journaler. Vi gjorde studiebesök till bland annat vårdcentralen Kronan i Sundbyberg och Kvartersakuten i Stockholm. Litteraturen studerades och vi hade under ett par års tid kontakter med en av de dåvarande leverantörerna av datorjournal för diskussion kring teknik och praktiska frågor. Så småningom fattades beslut om införande av datorjournal vid en av de tre vårdcentralerna i distriktet.

Installationen av datorjournal vid Sorgenfrimottagningen hösten 1991 var den första vid en vårdcentral i Malmö. Erfarenheterna talar för att införande av datorjournal leder till en i vårdarbetet djupgripande förändringsprocess (1,2,3). Befintliga administrativa rutiner måste ifrågasättas, yrkesroller måste tydliggöras och de verk-samma inom enheten måste ta ställning till hur arbetet fortsättningsvis skall organiseras och bedrivas.

Datorjournalens basvärden

Datorjournalen tillför verksamheten, i den mån systemet innehåller alla för att ersätta pappersjournalen nödvändiga delar, automatiskt vissa basvärden. Basvärdena hänger samman med dels ökad tillgänglighet till journalen, dels minskning eller bortfall av arbetsuppgifter kring journalen. Exempelvis försvinner behovet att "leta efter journaler", journalen är direkt tillgänglig vid besök och telefonsamtal. Insortering av inmatad information sker maskinellt. Med koppling till labsystem kan svar på laboratorieprover överföras automatiskt. Journalen behöver heller inte längre tas fram för bedömning av provsvar i relation till övrig journalin-formation.

Allt detta ger möjlighet att avskaffa en stor del av den administrativa apparat som byggts upp för att hantera medicinsk information på vårdenheter. Öppen mottagning och öppen telefon direkt till läkaren blir enklare att genomföra. Kärnan i den allmänmedicinska verksamheten, konsultationssituationen med patienten och läkaren, förändras däremot inte vare sig till innehåll eller karaktär. Ständig tillgång till aktuell och korrekt information ger dock möjligheter att på sikt positivt utveckla patient-läkarrelationen.

Hjälpmedel

De senaste åren har datortekniken nått en sådan teknisk mognad och närmast sig en kostnadsnivå som innebär att datorn kan betraktas som ett hjälpmedel av samma karaktär som stetoskopet, britsen, pennan eller telefonen. Den kan brukas utan att användaren behöver ha någon närmare teknisk kunskap om hur datorn fungerar. Prisutvecklingen på hårdvaran under den senaste 18-månadersperioden har medfört en halvering av kostnaderna med motsvarande prestanda.

En enkät som genomfördes i november 1991 visade att av landets vårdcentraler har 9 procent datorjournal, 20 procent har fattat beslut om införande, 52 procent har planer på eller önskemål om datorjournal (4). Orsakerna till detta stora vid i stort sett samtliga landets vårdcentraler samtidigt uppkomna intresse är flera.

Datorjournalens rationaliseringspotential

Det har i flera studier, bland annat vid vårdcentralen i Gråbo, visats att ungefär 30 procent av driftskostnader-

na vid en öppenvårdsenhet åtgår för den medicinska informationshanteringen. Här innefattas då både att manuellt på olika sätt hantera papper och journaler, leta efter journaler och sortera in papper, men även att läsa och ta del av respektive diktera och skriva journal. Erfarenheter från DASIS-projektet (5) talar för att denna arbetsmängd kan reduceras med ungefär en tredjedel vid införande av datorjournal. Detta motsvarar sammantaget en minskning av driftskostnaderna med uppskattningsvis 5 procent av de totala personalkostnaderna.

Det ultimativa motivet bakom dagens stora intresse för datorjournal är förmodligen de ekonomiska styr- och uppföljningsmöjligheter som datorjournalen för med sig. Att verksamheten har kunnat visa på stora vinster ifråga om tillgänglighet och kvalitet på den medicinska informationen har genom åren aldrig kunnat övertyga ansvariga politiker och primärvårdsledningar om riktigheten av en satsning på datorjournal. När nu sjukvården går mot en i varje fall intern marknad med "köp och sälj" blir det nödvändigt att på ett annat sätt än tidigare prissätta enskilda delar av vårdarbetet. I och med detta har datorjournalen fått en bred acceptans.

Aktörerna på marknaden

Det snabbt uppkomna intresset för datorjournal har lett till att många nya leverantörer av journalsystem dykt upp. För några år sedan fanns endast ett fåtal leverantörer på den svenska marknaden. Nu marknadsförs närmare trettio olika kommersiella system och i varje fall kring tjugo av dessa finns för försäljning. Det aktuella läget på marknaden har ibland karakteriserats som ett "Klondyke" för leverantörerna.

Vid närmare granskning visar det sig dock att många system ännu inte installerats vid någon enhet. Flera av de system som finns i drift har bara ett fåtal grundmoduler klara för användning, medan diverse funktioner som redan marknadsförs endast är under utveckling.

Specifika krav i allmänmedicinsk verksamhet

Allmänmedicinsk verksamhet skiljer sig på flera punkter från andra specialiteter. Panoramats av problem är bredare och mera varierat. Det är svårare än inom specialiserade enheter att omedelbart definiera vilken informa-

tion som är relevant och behovet av att följa utvecklingen på längre sikt är ofta större.

En konsultation i primärvården omfattar optimalt betydligt mer än handläggningen av själva besöksanledningen: tillsyn av kroniska problem, möjlighet till *case finding* av sjukdomar och risktillstånd, informationsförmedling i syfte att öka patientens egna insikter i den egna hälsans villkor (6).

Med dessa förutsättningar har allmänmedicinen paradoxalt nog större behov av såväl struktur som flexibilitet i journalen. Det krävs alltså en strukturerad flexibilitet i journalens kapacitet att hantera olika typer av information. Framför allt måste textavsnitt kunna hanteras på ett smidigt sätt, men inte "enbart som text", utan texten måste även vara "kopplad" till "begrepp" för att möjliggöra enkel och säker återsökning av information.

Dokumentbaserad journalstruktur

I dokumentbaserade journalsystem lagras journaltext och övrig medicinsk information från ett vårdtillfälle som ett dokument. Sökbarheten blir här begränsad. Vissa system ger möjlighet till "märkning" av utvalda ord i texten, så att dessa markerade ord blir sökbara. Andra system lagrar vissa delar av journalen (till exempel läkemedel, labprov, åtgärder) kopplade till sökord, medan journalavsnitt med "fri text" (till exempel anamnes, status och bedömning) lagras som dokument.

Begreppsbasead journalstruktur

Med begreppsbasead journalstruktur menas, att all information i journalen är knuten till specifika *begrepp*. De begrepp (sökord, termer) som används är samlade i ett *begreppslexikon* (sökordsregister, termkatalog, Data Dictionary). Begreppslexikonet bör, för att begreppen skall vara entydigt definierade, bygga på befintliga klassifikationer.

Varje enskild diagnos, anamnestisk uppgift, statusfynd, undersökning, remiss, provsvar, läkemedel, åtgärd etc kan då genom sin koppling till respektive begrepp (diagnosen *Diabetes*, anamnesuppgiften *Hereditärt*, statusfyndet *Cor*, undersökningen *EEG*, remissen *Röntgen halsrygg*, provsvaret *Hb*, läkemedlet *Alvedon*, åtgärden *Sjukskrivning*) sökas ut och presenteras. Vid läsning av journal ser en begreppsbasead journal för användaren likadan ut som en dokumentbaserad. Inmatning av data sker däremot per begrepp och kan därför ske i godtycklig ordningsföljd utan att påverka presentationsordningen.

En liknelse

Vi föreställer oss en bank med samma situation som inom allmänmedicinen idag: datorstöd saknas. En intres-

serad bankkamrer skaffar sin och bankens första persondator och ställer den stolt framför kundluckan. Fru Svensson är dagens första kund. Kamreren skriver i ordbehandlingsprogrammet på sin persondator: "Idag är det fredagen den 13. Här kommer fru Svensson och sätter in 100 kronor". Nästa kund är herr Olsson som tar ut 500 kronor från sitt sparkonto. Detta noteras på samma sätt. Kassaböckerna har förpassats till källaren. Kamreren har ju en utmärkt persondator med ett fantastiskt ordbehandlingsprogram -- ingen annan dokumentation behövs väl?

Vilka möjligheter finns det att göra ett bokslut i en bank med denna typ av informationssystem? Den gamla hederliga GIGO-principen, 'garbage in/garbage out', gäller alltså. *I själva verket är många av journalsystemen på marknaden lika dåligt lämpade för sin uppgift som persondatorn i banken.*

Många system är utvecklade av nytillkomna leverantörer med ytterst begränsad kunskap om kraven på ett medicinskt informationssystem. De säljs på ett vid de första visningarna tilltalande utseende på bildskärmen och tack vare att kravspecifikationerna från beställarna ännu ofta är ofullständigt utvecklade. Majoriteten av systemen är i huvudsak dokumentbaserade, med små möjligheter att strukturera journalinformationen.

Struktur och sökbarhet – mervärden

Med strukturerad journal kan datoriseringen tillföra verksamheten mervärden. I viss mån kräver detta nytänkande (lära sig en ny journalstruktur) och merarbete (uppgifter måste matas in, det vill säga dikteras, något mera strukturerat). Dessa svårigheter är ändå inte oöverkomliga. Erfarenheter talar för att de flesta har vant sig och känner sig hemmastadda efter någon månads drift.

Mervärdena består framför allt av möjligheterna till uppföljning av patientdata på såväl individuell som aggregerad nivå. Om till exempel ett blåsljud noteras på en för läkaren okänd patient, kan genom ett par tangenttryckningar, alla patientens tidigare hjärtstatus sammanställas för att se om blåsljudet noterats tidigare. Likaså är det enkelt, att i en befolkning välja ut samtliga som ingår i medicinskt definierade riskgrupper för att per brev informera om influensavaccination.

Samtliga dessa uppföljningar är givetvis i princip möjliga att göra även med pappersjournal, men informationen är där så svårtillgänglig att det i praktiken blir omöjligt, i varje fall på den aggregerade nivån. Lika omöjligt blir det med icke strukturerade, dokumentbaserade journalsystem (7).

Kunskapsutveckling – ett exempel

En strukturerad journal ger även möjlighet till kunskapsutveckling. Vid Grady Memorial Hospital i Atlanta, Georgia, finns sedan ungefär tio år tillbaka ett datorjournalssystem, *Theresa* (8). Grady Memorial är ett stort sjukhus med 1 000 sängplatser och 800 000 öppenvårdsbesök per år och journalsystemet omfattar stora delar av verksamheten. Genom åren har anse- nliga mängder medicinska data samlats.

Via en särskild modul för aggregerad uppföljning kan en användare mata in en patients symtom och sedan få ut ett antal olika rapporter: vilka utredningar som tidigare genomförts på patienter med dessa symtom, vilka resultat ett visst prov eller en viss undersökning har givit, vilka diagnoser som slutligen ställts, vilka behandlingar som givits och vilka resultat behandlingarna lett till.

Denna information är värdefull och användbar eftersom den samlats in på den plats och i den verklighet där den sedan tillämpas. Tyvärr är den motsatta föreställningen, att ny kunskap huvudsakligen genereras i tertiärvården och sedan transporteras ut till primärvården för att där tillämpas i effektiva besöksproducerande enheter, fortfarande alltför vanlig.

Koppling till kunskapsdatabaser

Självfallet finns flera typer av kunskapsdatabaser och beslutsstöd som väl ägnar sig att kopplas till datorjournalen, med den enklaste konsekvensen att information kan inhämtas utan att användaren behöver lämna sin arbetsplats. Exempel är FASS, läkemedelsinteraktionsregister, *Oxford Textbook of Medicine* (kommersiellt tillgänglig på CD-skiva), enkla diagnos hjälpmedel av typ PC-programmet *Internist*, med flera.

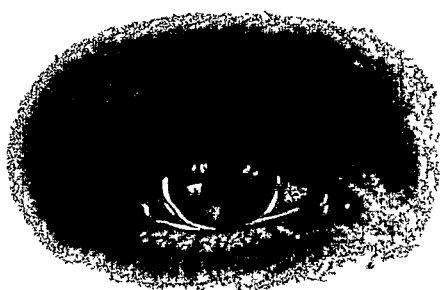
Särskilt intressant är framtida möjligheter till aktiv koppling så att datorn känner av vilket sökbegrepp som är aktivt i journalen och söker motsvarande begrepp i kunskapsdatabasen. En sådan koppling kan utvecklas till att även ta hänsyn till bakgrundsfaktorer som ålder, kön, labvärden och andra journaluppgifter för att få ett mer relevant urval av information (9). En förutsättning är att journalens och kunskapsdatabasens struktur är kongruenta (har samma begrepp eller tillåter översättning mellan korresponderande begrepp). Den blir omöjlig om det ej finns struktur i journalen.

Resultatet av detta blir ett slags hjälpfunktion som känner av det sammanhang där den aktiveras (*context sensitive*). Denna typ av hjälpfunktion finns i många vanliga applikationsprogram för persondatorer.

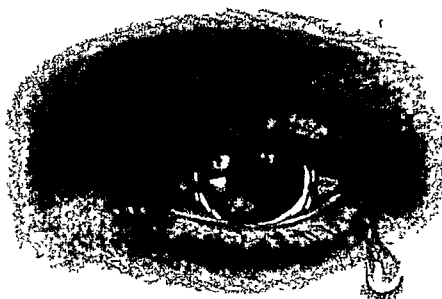
Journalsystem kan även förses med olika typer av påminnelserutor (*reminders*) som automatiskt lyfter fram vik-

Clarityn® loratadin

är effektivt vid allergi



kliande ögon

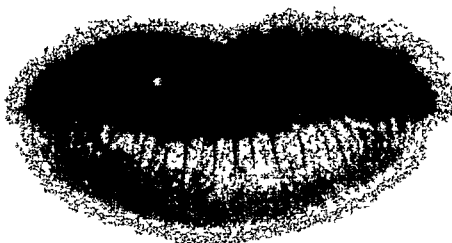


röda rinnande ögon
svullnad kring ögonen



rinnande näsa

nysningar



Clarityn® lindrar symtom vid allergisk rhino-konjunktivit. Symtomlindringen kommer vanligtvis inom en timme (1).

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



Icke-sederande antihistamin
CLARITYN® 10 mg x 1, 10 ml x 1. Från 8 år och över 30 kg.



Schering-Plough

08-663 09 50

tiga data ur journalen. Denna funktion finns i en del journalsystem i form av varning för läkemedelsinteraktioner och överkänslighetsreaktioner. Funktionen skulle kunna vidareutvecklas till att mot bakgrund av de data som registrerats i journalen även erinra användaren om sällsynta men allvarliga tillstånd.

Empati, kunskap och dokumentationen

Huvuddelen av journalinformation utgörs av text med medicinska och andra fakta av en kunskapsstyp som betecknas *påståendekunskap* (propositional knowledge) (10). Påståendekunskap är den typ av kunskap som på ett enkelt sätt går att nedteckna, ordna och sammanställa i skrift. Påståendekunskapen är tillgänglig för vetenskaplig hypotesprövning.

I konsultationssituationen genereras även annan kunskap än den som omedelbart kan hanteras på detta sätt. Stora delar av den information som läkaren tar till sig i konsultationen med patienten är av icke-verbal natur, där kommunikationen sker genom kroppsspråk och *kroppsempati* (11).

En patient kan ha genomgått undersökning och provtagning utan att man funnit något onormalt medan läkaren ändå har en klar känsla av att patienten är allvarligt sjuk. Denna upplevelse grundas på erfarenhet och subtila tecken som förmedlats genom icke-verbal kommunikation och syntetiserats till en värdering av patientens hälsoläge. Denna typ av observationer återfinns i bedömningsavsnitt men även "mellan raderna" i journalen och betecknas *förtrogenhetskunskap* (tacit knowledge) (10).

Många läkare konstaterar, att de vid läsning av en journal oftast börjar med att se efter om de själva skrivit något i journalen. Om så är fallet läses först de egna avsnitten, kanske för att väcka till minne själva konsultationssituationen och de icke-verbala komponenterna i denna, "hur det kändes".

I parallell till kroppsempati kan formuleras begreppet *journalempati* eller litterär empati. Delar av den icke-verbala kommunikationen tecknas ned "mellan raderna" i journalen. En del av denna information kan på samma sätt som en litterär skildring förmedla känslor och upplevelser inte bara till den som skrivit själva anteckningen, utan även till en kollega.

Farhågorna att datorisering utarmar journalen och endast klarar "hårda data" är ogrundade. Även den mest strukturerade datorjournal kan hantera fria textavsnitt där en samlad bedömning av patientens aktuella situation förmedlas "på" eller "mellan raderna". Om det är önskvärt kan dessa bedömningar också göras återsökbara genom

att de konsekvent kopplas till något eller några bestämda begrepp.

Kontinuitet och kvalitet på journalen

Det har framförts att om bara patient-läkarkontinuiteten är tillräckligt hög kan kraven på journalföringen sänkas utan skadliga effekter. Detta resonemang har svagheter. Kontinuiteten blir aldrig någonsin hundra procentig. Om inte annat kommer ett antal av varje allmänläkares patienter att överleva sin vårdgivare. Viktig information riskerar därmed att gå förlorad när någon annan måste ta över handläggningen av patienternas problem.

Om långsiktiga skeenden inte förtydligas och förstärks genom adekvat dokumentation fokuseras uppmärksamheten till den enskilda konsultationen och verksamheten blir episodorienterad. I synnerhet med dagens ökande krav på "produktivitet" i vården (City-Akuten som ideal) är det angeläget med hjälpmedel som underlättar den långsiktiga uppföljningen av kliniskt arbete.

Samlade erfarenheter

Det finns idag många erfarenheter samlade om datorjournal: hur mycket förberedelser det krävs, hur projektororganisationen kan se ut, hur själva upphandlingsarbetet går till, hur lång tid införandeprocessen tar, vad det kostar, hur det finansieras, vad man gör med gamla pappersjournaler, journalsammanfattningar eller inte, tillkomst av nya arbetsuppgifter som systemunderhåll och handläggning av löpande driftsproblem, med mera.

Två skrifter kan särskilt rekommenderas. *Datagrundjournal* (1) redovisar erfarenheterna från vårdcentralen i Gråbo. *Patientjournalssystem med datorstöd* (12) är Landstingsförbundets och Spris översikt över journalsystem på marknaden. Denna rapport har en utomordentligt klargörande allmän del, medan avsnitten om de olika kommersiella systemen innehåller en rad felaktigheter (informationen är lämnad direkt från respektive leverantör).

Slutord

Datorjournalen är en alltför viktig fråga för att överlämnas till politiker, administratörer och läkarsekreterare. Dessa skall givetvis delta i arbetet med datorjournalen, men vi allmänmedicinare måste själva definiera våra behov. För att kunna upprätta kravspecifikationer måste vi även skaffa oss vissa tekniska detaljkunskaper, annars kommer tekniken att styra och marknaden vara leverantörernas.

Det är även mycket angeläget att föra en diskussion kring etik när det gäller rapportuttag, eftersom det med ett journalsystem finns möjlighet att enkelt sammanställa uppgifter även

om enskilda vårdgivare. I vilken utsträckning, för vilka ändamål och för vem får sådana uppgifter sammanställas, hanteras och användas?

Datorjournalen är ett hjälpmedel som kan bidra till ökad kvalitet i vårarbetet och vara ett instrument för specifik allmänmedicinsk kunskapsuppbyggnad. Med datorns hjälp försvinner även en mängd rutinarbete, vilket ger möjligheter till en förändrad arbetsorganisation. Organisationsförändringarna kan möjliggöra produktionsökning och ge ekonomiska vinster.

Informationshanteringen är en strategisk resurs -- kanske den viktigaste och mest påverkbara resursfaktorn inom hälso- och sjukvården under den närmaste åren.

Referenser

1. Spri. Datorisering av informationssystem vid Gråbo vårdcentral. Stockholm: Spri, Sprirapport 1990;282.
2. Spri. Datoriserad patientjournal på sjukhus -- en efterstudie vid Ystads lasarett. Stockholm: Spri tryck 1992;221.
3. Bäckman L. Datorjournal vid Sorgenfritagningen. Utvärdering av projektets inledande faser och driftstarten. Lund: Sensia Konsulter AB, 1992. (Stencil)
4. Berg L, Åberg A. Enkäten om registrering/datorjournal -- några preliminära resultat. AllmänMedicin 1992;13:5.
5. STU. DASIS. Datorstött informationssystem i sjukvården. Effekter av DASIS -- en bedömning. DASIS effektrapport 1986-11-24. Stockholm: STU, 1987. (STU-info 610--1987)
6. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. J R Coll Gen Pract 1979;29:201--5.
7. Smedby B, Haglund B, Johnsson M, Lundh L, Nightingale R. Kvartersakuten i Stockholm. En utvärdering av en treårig försöksverksamhet. Lund: Studentlitteratur, 1992.
8. Walker HK. Grady Memorial's integrated database. Comput Health Care 1989;March:36--42.
9. Weed L. The computer as a new basis for analytic clinical practice: coupling individual problems with medical knowledge. Mount Sinai J Med 1985;52:94--8.
10. Josefson I. Från lärling till mästare. Lund: Studentlitteratur, 1988. (SHSTF: FoU-rapport 25)
11. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. Scand J Prim Health Care Suppl 1991;1. (Thesis)
12. Patientjournalssystem med datorstöd. Spridning, marknadsläge m m 1992. Stockholm: Landstingsförbundet och Spri, 1992.

Författarpresentation

* Stefan Henningsson, distriktsläkare

Annika Brorsson, distriktsläkare

* Vårdcentralen Granen
Grangatan 11
212 14 Malmö

Lokalt sjukskrivningspanorama

BIRGITTA LUNDQUIST · ANDERS HÅKANSSON

LB 08757

Under mars månad 1992 studerades samtliga de 816 läkarintyg avseende sjukpenning, som inkom till försäkringskassans lokalkontor i Växjö. Länssjukvårdens läkare stod för knappt hälften av sjukskrivningarna. Inom företagshälsovården och primärvården var man jämförelsevis bra på att fylla i rutorna angående arbetsgivare och arbetsuppgifter. Sjukskrivningsnivåerna 1/4 och 3/4 användes i liten omfattning.

På senare år har det skett en hel del förändringar i de lagar och bestämmelser som reglerar sjukskrivandet. Arbetsgivaren står numera för de första två veckornas sjukersättning och försäkringskassan kopplas in först därefter. Läkarna har fått ett nytt intyg att fylla i, dubbelt så stort som det gamla och med en kopia.

I denna studie ville vi besvara två frågor: Hur fördelar sig sjukskrivandet mellan olika läkarkategorier? Hur väl fyller de olika läkarna i det nya intyget?

Material och metoder

I Växjö kommun bor 69 000 invånare. Det finns ett försäkringskassakontor i centralorten. Sjukvårdsutbudet består av ett länslasarett, ett psykiatriskt sjukhus, nio vårdcentraler, ett flertal företagshälsovårdscentraler samt relativt många privatpraktiserande läkare.

Samtliga läkarintyg avseende sjukpenning, inkomna till försäkringskassans lokalkontor under mars månad 1992, kopierades. Kopierna uppdelades efter läkarkategori och bearbetades därefter manuellt.

Resultat

Under månaden inkom 816 läkarintyg. Länssjukvårdens läkare stod för 46 procent av sjukskrivningarna, medan företagshälsovården och primärvården stod för 22 procent vardera (Tabell I).

Inom företagshälsovården och primärvården var man jämförelsevis bra på att fylla i rutorna angående arbetsgivare och arbetsuppgifter (Tabell II). Framför allt privatläkarna utnyttjade möjligheten att ange diagnos endast till försäkringskassan. En hel del läkare fyllde i onödan i båda diagnosrutorna.

Vad beträffar utnyttjandet av de olika sjukskrivningsnivåerna fanns det inga stora skillnader mellan de olika läkarkategorierna (Tabell III). Halv sjukskrivning utnyttjades något mera inom företagshälsovården och något mindre inom länssjukvården. Nivåerna 1/4 och 3/4 användes i liten omfattning.

Diskussion

I en tidigare studie från Växjö kommun (1) har vi visat, att distriktsläkarna, till personer i åldrarna 15–64 år, skriver 35 procent av de utköpta recepten. Motsvarande andel är för lasarettsläkarna 34 procent, för privatläkarna 26 procent och för företagsläkarna 5 procent. Dessa siffror ger en

aspekt på arbetsfördelningen mellan de olika läkarkategorierna.

I denna studie får vi en annan bild av denna arbetsfördelning. Lasarettsläkarna står för 46 procent av sjukskrivningarna, företagsläkarna och distriktsläkarna för 22 procent vardera och privatläkarna för 10 procent. Detta gäller för de sjukskrivningar som kommer till försäkringskassans kännedom, det

vill säga de som varar mer än två veckor. Det hade varit intressant, att också kunna studera vilka läkarkategorier som handlägger de korta sjukskrivningarna.

Vad beträffar ifyllandet av det nya läkarintyget var det framför allt lasarettsläkarna och privatläkarna som slarvade. Vem som är arbetsgivare har betydelse, bland annat därför att för-

Tabell I. Sjukskrivande läkarkategori – Växjö, mars 1992

Läkarkategori	Antal läkarintyg	Andel (%)
Länssjukvård – somatik	327	40
psykiatri	48	6
Företagshälsovård	181	22
Primärvård	179	22
Privatvård – somatik	50	6
psykiatri	31	4
Totalt	816	100

Tabell II. Uppgifter angående arbete och diagnos på de olika läkarkategoriernas intyg

	Andel (%)			
	Länssjukvård (N=375)	Företagshälsovård (N=181)	Primärvård (N=179)	Privatvård (N=81)
Uppgift ang arbetsgivare saknas	37	5	13	26
Uppgift ang arbetsuppgift saknas	25	9	4	20
Diagnos endast till försäkringskassan	11	0	5	25
Båda diagnosrutorna ifyllda	17	4	12	11

Tabell III. Utnyttjande av de olika sjukskrivningsnivåerna för de olika läkarkategorierna

Nivå	Andel (%)			
	Länssjukvård (N=375)	Företagshälsovård (N=181)	Primärvård (N=179)	Privatvård (N=81)
1/1	80	56	72	62
3/4	4	1	2	3
1/2	12	34	20	23
1/4	2	6	4	7
Saknas	2	3	2	5
Totalt	100	100	100	100

säkringskassans tjänstemän är uppdelade efter företag. Vilka arbetsuppgifter patienten har är självklart viktigt att veta, såväl för sjukskrivande läkare som handläggande tjänsteman. Förhoppningsvis har läkaren tagit reda på vad patienten sysslar med, även om han/hon glömt notera arbetsuppgifterna på intyget.

I juli 1990 infördes fyra sjukskrivningsnivåer, varav i denna studie framför allt hel och halv sjukskrivning använts. Kanske känner läkarna dåligt till möjligheterna att sjukskriva 1/4 och 3/4, eller är det helt enkelt så att behovet av dessa nivåer är minimalt.

Mera omfattande försök med utökad basdataregistrering inom sjukförsäkringsstatistiken har tidigare genomförts vid försäkringskassans kontor i Bankeryd, Dalby och Linköping. Detta har presenterats i en rapport från rådet för hälso- och sjukvårdsforskning inom södra högskoleregionen (2).

Referenser

1. Håkansson A, Andrén P. Vem tar hand om barnen - och vem tar hand om de gamla? En receptstudie. *AllmänMedicin* 1992;13:220-2.
2. Olofsson C, Råstam L, Ekström-Persson S. Sjukförsäkringsstatistik. En översikt över några aktuella svenska försök med utökad basdataregistrering. *Malmö: Institutionen för klinisk samhällsmedicin*, 1990. (Rapport 12. Rådet för hälso- och sjukvårdsforskning, södra högskoleregionen)

Författarpresentation

Birgitta Lundquist, rehabiliterare

Försäkringskassan
351 84 Växjö

Anders Håkansson, docent

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Utbildning i folkhälsovetenskap



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

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

- korta kurser (1-2 mån) med möjlighet till MPH-examen
- kostnadsfri undervisning och inkvartering

Skicka/faxa svarstalongen till oss, eller ring.

Tel: 031-69 39 00 Fax: 031-69 17 77

Sista ansökningsdatum 15 maj 1993

Nordiska hälsovårdshögskolan

Nya Varvet

Box 12133

S-402 42 Göteborg, Sverige

Huvudkurser

Epidemiologi och biostatistik, 10/1 - 4/2 och 19/9 - 14/10 1994

Vårdvetenskap, 10/1 - 4/2 och 22/8 - 16/9 1994

Hälso- och sjukvårdsadministration, 7/2 - 4/3 och 22/8 - 16/9 1994

Samhällsmedicin, 7/3 - 31/3 och 21/11 - 16/12 1994

Miljömedicin, 11/4 - 6/5 och 17/10 - 11/11 1994

Alternativa huvudkurser

Ungdomars hälsa, 24/1 - 18/2 1994

Samhällsodontologi, 11/4 - 6/5 1994

Internationell hälsovård, 16/5 - 10/6 1994

Äldres hälsa, 16/5 - 10/6 1994

Socialpsykiatri, 22/8 - 16/9 1994

Internationell hälsovård, 19/9 - 14/10 1994

Hälsoetik, 24/10 - 18/11 1994

Socialpediatrik, 7/11 - 2/12 1994

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

Sänd mig kurskatalog och ansökningsblankett.

Texta tydligt!

Namn Titel

Adress

.....

Tel

Hög läkningsfrekvens!

Tånagelsvamp

82% av patienterna läkta
med tolv veckors behandling (1)



Tabletter 250 mg 14 st, 28 st, 98 st.

Antimykotikum vid dermatofyitinfektioner i hud och naglar hos vuxna.

Kort behandlingstid!



(1) Goodfield MJD et al. BMJ 304: 1151-1154, 1992



SANDOZ

Sandoz AB. Box 1150, 183 11 Täby. Tel. 08-756 02 60.

Att följa baslistan – är distriktsläkare påverkbara? ABO 5561

GUNNEL BRIDELL · JAN MILLNER · JÖRAN TYLLSTRÖM · EVA ÖSTERBERG ·
CALLA AARO · ANNA KARIN KARLSSON

Många läkemedelskommittéer har av besparingsskäl infört ett antal generika på baslistorna. Läkarna har dock fri förskrivningsrätt och är ej tvingade att följa kommitténs rekommendationer. Det krävs en dialog mellan den lokala läkemedelskommittén och läkarna för att motivera dem att förskriva de rekommenderade preparaten. I Sollentuna har vi studerat om förstärkt information i samband med en lokal förskrivningsstudie kan påskynda övergången till de av läkemedelskommittén rekommenderade preparaten. Projektet är ett samarbete mellan apotek och primärvård.

Metod

Studien genomfördes i Sollentuna primärvårdsområde med en befolkning omfattande cirka 50 000. I området fanns, vid undersökningen, tre vårdcentraler och fyra öppenvårdsapotek. Under den studerade perioden tjänstgjorde 41 läkare, varav 23 var ordinarie distriktsläkare. Vi genomförde två mätningar med sex månaders mellanrum. Inför första mätningen fick läkarna sparsamt med information och resultaten från denna mätning beskriver utgångsläget vad avser följsamhet till baslistan. Därefter lämnades intensifierad information till läkarna.

Efter sex månader mätte vi om det skett några förändringar i förskrivningsvanorna. Den första mätningen utfördes under månaderna oktober-december 1990 och den andra mätningen utfördes under månaderna april-juni 1991. Samtliga utskrivna och på de lokala apoteken expedierade recepten registrerades. Endast allmänläkarnas förskrivning registrerades, specialistmottagningarna var undantagna. Registrering skedde på läkarnivå, men de resultat som presenterades var på vårdcentralsnivå. Samtliga läkare som så önskade fick dock tillgång till sin egen förskrivningsstatistik. Registrering skedde via datorterminal på de i området belägna apoteken. Metoden finns tidigare beskriven i Svensk Farmaceutisk Tidskrift (1).

Den intensifierade information som lämnades mellan mätning 1 och 2 bestod av ett informationsmöte dit samtliga allmänläkare var inbjudna, då resultatet från den första mätningen redovisades. Läkemedelskostnader i allmänhet diskuterades och en uträkning av teoretisk besparingspotential vid fullständig övergång till de rekommenderade preparaten presenterades.

Samtliga FASS på vårdcentralerna försågs med en klisterlapp där de billiga generika som var rekommenderade angavs. Läkarna fick också ett antal påminnelser per brev om de rekommenderade preparaten.

Resultat

Under mätperiod 1 expedierades totalt 13200 nyutskrivna recepten till en kostnad av 1 481 000 kronor i apotekens utförsäljningspris. De studerade läkemedlen inklusive synonymer fanns med på 2170 recepten till en kostnad av 184 000 kronor. Motsvarande siffror under mätning 2 var totalt 10 903 recepten och 1 429 000 kronor. De studerade läkemedlen utgjorde 1546 recepten till en kostnad av 144 000 kronor. Under mätperiod 1 varierade följsamheten till baslistan för de olika läkemedlen från 1 till 90 procent. Variationen var även stor för de olika vårdcentralerna.

Ett förväntat resultat var att följsamheten för de preparat som funnits på baslistan en längre tid skulle vara högre än för de nya preparaten. Så var dock inte fallet. Följsamheten till Ery-Max var redan 68 procent, trots att preparatet infördes på baslistan så sent som 1990. Följsamheten för till exempel Nitrazepam, Panocod och Panodil var däremot låg, trots att de funnits med på listan i minst fem år.

Mätning 2 visade att följsamheten hade ökat för alla preparaten utom Furix, där den redan tidigare var hög (Figur 1). Det fanns också en tendens till utjämning av tidigare skillnader mellan vårdcentralerna. (Figur 1, se sid 71.)

Diskussion

Normalt sker förändring av förskrivningsvanor ganska långsamt. Att vi i Sollentuna kunnat registrera en så pass snabb förändring, tror vi beror på de relativt enkla informationsinsatser som gjorts under studiens gång. Vi har även gjort en kalkyl över hur mycket pengar som sparades in under dessa tre

månader. Genom att ändra följsamheten för dessa preparat har man för de nyutskrivna recepten sparat in 15 000 kronor, vilket motsvarar cirka tio procent av den totala läkemedelskostnaden för dessa preparat. Genom att multiplicera detta med fyra, får man fram en besparing på 60 000 per år för samtliga förstagångsuttag på nyförskrivna recept. Troligtvis blir den verkliga besparingen större, eftersom många recept är itererade och varje receptuttag av det billigare läkemedlet innebär en besparing.

Om man omsätter siffrorna till hela det upptagningsområde som berörs av baslistan (Stockholms nordvästra sjukvårdsområde, norra delen, med en befolkning på 116 000) kan man, om följsamheten från dagens nivå ökar till den som vi fått i Sollentuna, spara cirka 1.4 miljoner kronor per år.

Besparingsberäkningen är grundad på inleveransstatistiken för det aktuella området.

Tänkbara orsaker till motstånd hos läkare att byta till billigare synonymer enligt lokal rekommendation kan vara:

- Varför över huvud taget ändra en gammal ordination, om patienten trivs med preparatet?

- Tar för mycket tid att informera om preparatbyte, vi har vår dyrbara tid till annat.

- Risk för sammanblandning med tidigare utskrivna synonym vid preparatbyte, speciellt hos patient som har nedsatt minnesfunktion. Det finns då en risk för överdosering.

- Etitiskt tveksamt att diskutera med patienten om ekonomiska aspekter skall vägas in vid varje behandling.

- Patienterna är ofta ovilliga att byta preparat. Patienten tycker att det nya ändå inte blir som det gamla invanda. Har prövat att göra sådana byten tidigare och det nya var inte lika bra.

Vi ser följande möjligheter att motivera patienten till ett preparatbyte:

- Förklara att man inom hela det lokala sjukvårdsområdet försöker minska kostnaderna och därför går in för att välja preparat som är identiska med tidigare använda, men billigare.

- Vid preparatbyte ge patienten en skriven, daterad minneslapp angående gjort byte och även notera på receptet för preparat "Y" vid byte från preparat "X" till "Y": Tages istället för tabletter "X".

Vår erfarenhet i Sollentuna primärvårdsområde är, att det ekonomiska

motivet till att förskriva billigare preparat tas emot med förståelse från patienterna och att många patienter spontant sagt att de tycker föreslaget byte därför är ett utmärkt förslag. Exempel på kommentar: "Våra skatter är höga som de är."

I denna studie har vi även noterat en förskjutning av förskrivning till dyrare preparat. Tendens till ökad förbrukning av dyrare läkemedelssubstanter ses även generellt i landet. Så ökar till exempel försäljningen av ACE-hämmare, medan försäljningen av diuretika minskar (2). I Sollentuna har vi sett en ökad förskrivning av omeprazol och ranitidin, medan förskrivningen av det billigare cimetidin har minskat. Detta gör det än mer angeläget att spara där det lätt låter sig göra.

Från januari 1993 införs referensprissystem för registrerade läkemedel. Inför detta har nu priset sänkts på många originalpreparat i fall där synonympreparat finns. Kommer referen-

sprissystemet att helt styra valet av preparat?

Med all säkerhet kommer det även i fortsättningen att finnas behov av lokala läkemedelsrekommendationer i form av baslista. Skälen för detta är till exempel:

- Apoteken kan inte hålla allt i lager. Dock skall man veta med säkerhet att recept på läkemedel på baslistan alltid kan expedieras omgående till patienten.

- Det är fortfarande lika angeläget att primärvården och de sjukhuskliniker den mest samarbetar med har gemensam baslista. Detta underlättar samarbetet mellan olika led i sjukvården, minskar riskerna för onödiga preparatbyten och för överdoseringar på grund av att patienten glömt eller ej förstått, att byte till synonympreparat skett.

Referenser

1. Holmberg K, Kristoferson K. Förskrivningsstudie i sydvästra Stor-Stockholm. Svensk Farmaceutisk Tidskrift 1989;93:10-5.
2. Svensk läkemedelsstatistik 1991. Apoteksbolaget.

Författarpresentation

Gunnel Bridell, apotekare

Calla Aaro, apotekare

Apoteket Strutsen
Box 603
191 26 Sollentuna

Jan Millner, distriktsläkare

Eva Österberg, distriktsläkare

Sollentuna vårdcentral
Box 164
191 23 Sollentuna

Jöran Tyllström, distriktsläkare

Edsbergs vårdcentral
Edsbergs torg 1
191 05 Sollentuna

Anna-Karin Karlsson, distriktsläkare

Norrvikens vårdcentral
Vespegränd 31
191 06 Sollentuna

Läkemedelsinformation på Nordirland – förskrivningsdata viktig utgångspunkt

ULRIKA NÖRBY · LARS-OLOF HENSJÖ

På Nordirland finns kontinuerligt tillgång till statistik över varje allmänläkarpraktiks läkemedelsförskrivning. Denna presenteras med jämna mellanrum på varje mottagning av en allmänläkare från DURU (Drug Utilization Research Unit). Vid besöken jämförs praktikens resultat med bland annat rikets statistik och informatören ger förslag till förändringar i receptförskrivningen. Detta arbetssätt har lett till stora besparingar när det gäller utgifterna för läkemedel på Nordirland. Tillgång till förskrivningsdata för varje vårdcentral skulle vara av stort värde även i Sverige. Med utgångspunkt från denna kan den producentobundna informationen om läkemedel på vårdcentralerna bli effektivare och inriktad på områden med utbildningsbehov. Även i Sverige borde detta leda till kostnadsbesparingar och inte minst en terapeutiskt förbättrad läkemedelsterapi.



Dr Hugh McGavock, från början kliniskt verksam allmänläkare och idag huvudansvarig för forskningen vid Drug Utilization Research Unit i Belfast. Hugh McGavock inledde dagens forskning på sin fritid under de 10 år som han reste runt på Nordirland som läkemedelsinformatör.

Drug Utilization Research Unit (DURU) är en ny forskningsenhet vid Queens University i Belfast som har varit i bruk sedan 1990. För närvarande arbetar två läkare, två statistiker, en forskningsfarmaceut och fyra sekreterare/datapersonal på avdelningen.

Forskning idag

Viktiga arbetsuppgifter är att sammanställa statistik över receptförskrivningen vid de olika allmänläkarmottagningarna och befolkningsdata för mottagningarnas upptagningsområden

(1,2). Dessa data används sedan vid muntlig läkemedelsinformation. Metoden beskrivs mer detaljerat nedan.

Vid enheten bedrivs också forskning kring läkemedelsförskrivningen i primärvården för att hitta bakomliggande orsaker till skillnader mellan olika områden. Man har bland annat studerat vad som skiljer mottagningar med höga läkemedelskostnader från mottagningar med låga kostnader. Resultaten visar, att högre läkemedelskostnader kan förklaras av större mängd läkemedel per recept, annat val av

läkemedelsgrupper och att större andel av patientbesöken leder till att recept skrivs ut (3).

Faktorer av betydelse för hur många olika preparat praktikerna använder har också undersökts. Störst betydelse tycks antal anställda doktorer på praktiken ha; ju fler doktorer desto fler preparat används (1,4).

Forskningen har bland annat lett till att den information om förskrivningen som ges till doktorerna i primärvården har fått högre kvalitet (1).

Enheten studerar ibland även läkemedelsförskrivningen på sjukhusen, men detta sker endast efter förfrågningar från sjukhusfarmaceuter och/eller läkare. Planerade nya forskningsprojekt är till exempel compliancestudier.

Historik

Uppbyggnaden av DURU har möjliggjorts av de goda resultat läkemedelsinformation till allmänläkarna på Nordirland lett till (1). Sex års informationsarbete på allmänläkarpraktikerna ledde under 1980-talet till besparingar på totalt 12 miljoner pund i ett område med 1.6 miljoner invånare.

Informationsverksamheten inleddes på grund av att den brittiska regeringen i början av 1970-talet ansåg att läkemedelskostnaderna på Nordirland var för höga. Beslut togs om att kontinuerligt studera allmänläkarnas förskrivning och återföra denna till doktorena i form av statistik över receptförskrivningen. Detta arbete inleddes 1976. Statistiken presenterades av en erfaren allmänläkare anställd av sjukvårdsmyndigheterna. Förutsättningarna var goda för att utnyttja förskrivningsdata på detta sätt, eftersom tillgång till statistik över förskrivningen fanns via apotekens faktureringsystem. Idag används samma arbetssätt i hela Storbritannien med Nordirland som förebild.

Information på mottagningarna

Då informationsverksamheten på mottagningarna inleddes 1976 var det främsta målet att minska kostnaderna för läkemedel (1). Stor del av informationen ägnades därför åt diskussioner kring vinster av byten till generika. Idag arbetar man under parollen safety, efficacy and economy, det vill säga säker, effektiv och ekonomisk läkemedelsbehandling.

Diskussionerna har utvidgats till att omfatta mer av terapeutiska frågeställningar. Informationen ges fortfarande av allmänläkare i de flesta fall. I vissa delar av Storbritannien är det i stället farmaceuter som informerar.

För att underlätta framställningen på mottagningarna presenteras statistiken bland annat på följande sätt (1,2):

— Via indelning av läkemedel i tre kategorier: specifika, symtomatiska

Tabell I. The Main Therapeutic Groups in a Teleological Classification Reflecting their Perceived use in General Practice.

Drug typ	Therapeutic Group
Specific	Anticoagulants Anticonvulsants Antidepressants Anti-hypertensives Antiparkinsonism Appliances Asthma preparations Corticosteroids Diuretics Dressings Eye preparations Heart preparations Hypoglycaemic agents Thyroid/Anti-thyroid agents Vaginal preparations
Symptomatic	Analgesics minor Antacids Antihistamines Anti-inflammatory (rheumatism) Expectorants/cough suppressants Hosiery Hypnotics Laxatives Vitamins
Often presumptive	Penicillins Other antimicrobials Sedatives/Tranquillisers Tagamet/Zantac et al. Topical skin preparations Vasodilators/vasoconstrictors

och läkemedel ofta utfärdade på "förmodad diagnos" (Tabell I). Fördelningen mellan dessa kategorier ger en bra bild över hur läkemedelsförskrivning sker på mottagningen. Idealet är en hög andel specifik förskrivning, vilket tyder på recept utfärdade på säkra diagnoser och mindre andel symtomatiska preparat och läkemedel förskrivna på osäkra diagnoser (förmodade). Den enskilda praktikens förskrivningsprofil jämförs vid besöket med Nordirlands resultat.

— Via en så kallad Best buys list; en förteckning över hur mycket pengar som kan tjänas på byten till billigare generika på denna mottagning. Listan kompletteras med cirka en sida med förslag till förändringar i förskrivningsmönstret. Dessa omfattar även förändringar för att få en säkrare terapi, till exempel uppmaningar att inte använda ciprofloxacin i primärvården och att inte kombinera kaliumsparande diuretika eller kalium med ACE-hämmare. Informationen är upplagd som en diskussion, där doktorerna på mottagningen får möjlighet att kommentera och förklara sin förskrivningsprofil. Efter besöket lämnas praktikens statistik kvar på mottagningen. Endast informatören/rådgivaren och mottagningens doktor har tillgång till dessa

resultat. Målsättningen är att alla mottagningar skall få minst två besök per år av en läkemedelsrådgivare.

Jämförelse med svenska förhållanden

Den stora skillnaden mellan läkemedelsinformation på Nordirland och i Sverige är tillgången till och användningen av förskrivningsstatistik. Genom att kontinuerligt studera hur förskrivningen ser ut på varje vårdcentral, som man gör på Nordirland, kan man inrikta informationen mot de områden där utbildningsbehovet är störst. Ytterligare en fördel är att effekter av informationen på förskrivningsmönstret kan studeras på ett enkelt sätt.

De lokala förskrivningsstudier som genomförs på många håll i vårt land via Apoteksbolaget ger möjlighet att utnyttja data på samma sätt som på Nordirland. Tyvärr är dessa studier dyra och arbetskrävande, varför det idag saknas resurser för att generera data över vårdcentralernas förskrivning kontinuerligt.

I Sverige bedrivs en hel del produktbunden information om läkemedel på vårdcentralerna. Apotekare anställda av Apoteksbolaget står för en stor del av denna information. Ett särskilt projekt i samarbete mellan Apo-

Eucardic®
KARVEDILOL

kan lösa hypertoni- patienternas problem med kalla händer och fötter



Eucardic® (karvedilol) är en ny betablockerare med det viktiga tillägget att den också har vasodilaterande effekt i samma substans. Som framgår av FASS-texten innebär detta att rapporter om kalla händer och fötter är sällsynta.

God fördragbarhet. De biverkningar som rapporterats i mer än en procent av fallen är: Huvudvärk, influensaliknande symtom, trötthet, dyspné, yrsel, postural hypotension och illamående. I övrigt se FASS.

Starta med lågdos i endos. Eucardic doserat en gång dagligen ger en signifikant blodtryckssänkning hela dygnet utan att störa dygnsrytmen⁶. Börja med en halv 25 mg-tablett en gång dagligen i två dagar och öka sedan till en tablett 25 mg en gång dagligen. Till äldre patienter kan en tablett 12,5 mg dagligen vara tillräcklig som underhållsdos.

1. Eggertsen R et al, J Hypertension 2 529-534, 1984
2. Nagakawa Y et al, Eur J Clin Pharmacol 38 (suppl 2): 115, 1990
3. Dupont AG et al, J Cardiovasc Pharmacol 10 (suppl. 11) 130-136, 1987

4. Schnurr E et al, J Cardiovasc Pharmacol 10 (suppl. 11): 101-107, 1987
5. Ehmer B et al, Drugs 36 (suppl. 6) 136-140, 1988
6. Lund-Johansen P, J Cardiovasc Pharmacol 19 (suppl. 1): 27-34, 1992

Betablockaden är oselektiv, och den vasodilaterande effekten beror på blockad av α_1 -receptorer. Dessa båda effekter är i balans med varandra och finns inom samma terapeutiska dosområde.

Sänkt perifer resistens. Den kärlvidgande effekten medför sänkt perifer resistens^{1,2}, vilket är ett fysiologiskt riktigt sätt att sänka blodtrycket på. Dessutom upprätthålls genomblödningen i skelettmuskulatur och njurar³.

Eucardic är metabolt neutralt med avseende på lipid- och glukosvärden. Den vasodilaterande effekten och den bibehållna perifera genomblödningen kan också vara en del av förklaringen till att Eucardic inte påverkar vare sig lipid- eller glukosvärdena under kontinuerlig behandling^{4,5}. Detta torde vara gynnsamt i ett prognostiskt perspektiv.

Eucardic®
KARVEDILOL

VASODILATATION OCH BETABLOCKAD I BALANS



BOEHRINGER
MANNHEIM
SCANDINAVIA

Boehringer Mannheim Scandinavia AB
Box 147, 161 26 Bromma
Tel 08-98 81 50. Fax 08-98 44 42

teksbolaget och Landstinget i Stockholms län är "Ögat på läkemedel" (5). I "Ögats" regi ger en distriktsläkare med goda kunskaper om läkemedelsbehandling och en apotekare tillsammans muntlig producentbunden information en gång per termin på vårdcentralerna i Stockholms södra och sydöstra sjukvårdsområden. Den muntliga informationen kompletteras med skriftliga informationsblad, cirka två sidor långa, som kommer ut sex-åtta gånger per år. Dessa skrivs av en arbetsgrupp bestående av kliniska farmakologer, apotekare och distriktsläkare.

"Ögats" arbetssätt med en kliniskt verksam distriktsläkare som informator/rådgivare överensstämmer med sättet att arbeta på Nordirland. Besök på vårdcentralen av en kollega inbjuder till att ställa frågor om och diskutera läkemedelsbehandling och ökar genomslagskraften i informationen.

Den producentbundna information som "Ögat" bedriver i Sverige är mer inriktad på utbildning om läkemedel och läkemedelsterapi än informationen på Nordirland, som mycket mer berör rena ekonomiska aspekter.

Utbildning utifrån förskrivningsstatistik ger stora vinster

En kombination av arbetssätten i Sverige och Nordirland, med producentbunden information/utbildning av god kvalitet (muntlig och skriftlig) till stor del utgående från doktorens egen förskrivning, borde få stor genomslagskraft med både terapeutiskt och ekonomiskt betydande effekter.

Vårdcentralerna ges möjlighet att själva rannsaka sin förskrivning samtidigt som de får utbildning i läkemedelsbehandling.

De största vinsterna fås inte genom att byta till billigare generika utan genom bättre kunskaper vilket leder till bättre terapi: effektivare diagnostik, förskrivning av rätt läkemedel på rätt indikation och i rätt dos samt uppföljning av resultatet av behandlingen.

Referenser

1. McGavock H. Peer-review audit of GP prescribing in N. Ireland -- Techniques and results. Proceedings from the symposium on Auditing Drug Therapy, Stockholm, Oct 1991. Swedish Pharmaceutical Press 1992:93--103.

2. McGavock H, Wilson-Davies K, Niblock WF. Unsuspected patterns of drug utilization revealed by interrogation of a regional general practitioner prescribing database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1992;1:73--80.
3. McGavock H. Some patterns of prescribing by urban general practitioners. *BMJ* 1988;296:900-2.
4. McGavock H, Wilson-Davies K, McCarthy M. Relationship between the number of partners in a general practice and the number of different drug prescribed by the practice. *British Journal of General Practice* 1992;42:10--2.
5. Hensjö L-O, Gustafsson LL, Stålsby-Lundborg C. Ny modell för läkemedelsinformation till distriktsläkare fungerar bra. *Läkartidningen* 1992;89:222--4.

Författarpresentation

Ulrika Nörby, apotekare

Ögat på läkemedel, klinisk farmakologi, Södersjukhuset
Apoteket Rudan
Haninge Centrum
136 22 Haninge

Lars-Olof Hensjö, distriktsläkare

Vårdcentralen
Skärgårdsvägen 7
134 00 Gustavsberg

LB 05563

Att vara distriktsläkare

En enkätundersökning bland distriktsläkarna i Dalarna våren 1991

TORE HEGLE

Vem har inte arbetat på blänkande fina vårdcentraler med all möjlig teknisk utrustning, fått arbetsgivarens löfte om fortbildning och utveckling efter önskemål, men efter ett tag fått konstatera, att det fanns ett stort hinder - hälften av distriktsläkartjänsterna förblev vakanta. Åren gick och det blev inte bättre, tvärt om såg vi avhopp både från utbildning till och tjänst som allmänläkare. Jag tror att vi får söka orsaken i de arbetsförhållanden under vilka vi skall utöva specialiteten. Därför kan det vara intressant att se hur allmänläkare upplever yrket, yrkesrollen och arbetssituationen. En sådan undersökning genomfördes i Dalarna våren 1991 och resultatet redovisas i denna artikel.

Bakgrund

Våren 1991 beslöt vårdcentralcheferna i Dalarna och landstingets förvaltningsutskott, att bilda en arbetsgrupp med uppdraget att arbeta med den förändrade distriktsläkarrollen i Dalamodellen. Arbetsgruppen som fick namnet VIDAREGRUPPEN, består av fem distriktsläkare. Gruppen har sett det som viktigast att utveckla den professionella kompetensen och stärka yrkesidentiteten och att stimulera distriktsläkarna till lokal kvalitets-säkring i egen regi. Gruppens arbetssätt kan kort uttryckas som "för praxis i praxis".

VIDAREGRUPPEN har ordnat möten för Dalarnas distriktsläkare. Varje möte har föregåtts av en enkät. Det första mötetens tema var distriktsläkarnas arbetsmiljö och arbetssituation.

Det finns studier som visar att läkares psykosociala arbetsmiljö präglas av stress och hög risk för hälsoproblem (1-4). Självmoordsfrekvensen är högre bland kvinnliga än bland manliga läkare och högre även jämfört med andra kvinnliga akademiker och kvinnor generellt (2,5). Den kvinnliga kollegan tycks må sämre såväl inom sjukhusmiljön som i distriktsvården (6).

Likartade förhållanden tycks råda även i vårt grannland Norge (7).

Metod

En postenkät utgick till samtliga ordinarie distriktsläkare i Dalarna september 1991. Påminnelse skickades inte. Deltagarna var anonyma i studien. Enkäten skulle belysa följande områden:

- Arbetsformer och bemanningssituation.
- Funderingar inför Dalamodellen
- Fortbildningsmöjligheter för den enskilde läkaren samt i vilken omfattning forsknings- och utvecklingsarbeten bedrivs i primärvården.
- Distriktsläkarens upplevelse av yrke och arbetssituation.

En rad frågor tog upp läkarens emotionella reaktioner i arbetssituationen och var ställda som påståenden. Läkaren markerade med kryss på skala i vilken grad påståendet stämde med egen uppfattning. Frågorna var så utformade, att jämförelse skulle kunna göras med Strandbergs och Arnetzs tidigare undersökningar av läkares psykosociala arbetsmiljö (6). Vad gäller läkarens möjligheter att påverka arbetet kunde jämförelse göras med

VAD..VÄLJER DU ..NÄR PRISET ÄR DETSAMMA?

Naproxen
(antiflogistikum, analgetikum)
Astra

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

Referenspris



TOTALPRODUKT:

Fullständigt sortiment



Terapitradition/Rekommendation
av lokal läkemedelskommitté



Främjar svensk originalforskning



Efterutbildning, litteratur och lång-
siktigt stöd till svensk allmänmedicin



Svensk produktion



Astra Läkemedel
DET LEDANDE SMÄRTFÖRETAGET
151 85 Södertälje

Resultat

Enkäten besvarades av 30 kvinnliga och 52 manliga distriktsläkare (75 procent av de tillfrågade). Den yngste läkaren var 32 år och den äldste 65 år. Medelåldern var 43 år. I medeltal hade man tjänstgjort åtta år som distriktsläkare.

I det följande redovisas förhållanden som gäller tjänstgöringsformer och bemanningssituation samt upplevelse av yrke och arbetssituation.

Arbetsformer och bemanningssituation

Av de tillfrågade manliga distriktsläkarna hade 27 procent deltidstjänst och av kvinnorna 47 procent.

Närmare 1/3 av läkarna var vårdcentralchefer. Det var vanligare med den befattningen bland manliga distriktsläkare (37 procent av männen och 20 procent av kvinnorna var chefer).

Endast drygt en tiondel av distriktsläkarna hade en bemanningssituation på sin central som medgav 2000 eller färre invånare per läkare.

Distriktsläkarnas upplevelse av arbetssituation och yrke

Jämfört med arbetstagare i riket (9) upplevde distriktsläkarna oftare trötthet efter arbetet i så stor grad, att det gick ut över fritiden (Figur 1). Nästan hälften kände så. Det var en klar könsskillnad med betydligt fler kvinnliga allmänläkare som upplevde denna trötthet. I vår undersökning fann vi också att trötthet efter arbetet var vanligare bland vårdcentralcheferna. Där emot var det ingen påtaglig skillnad om man arbetade heltid eller deltid.

I enkäten frågades om man upplevde att man själv bestämde hur det egna arbetet skulle läggas upp och i vilken utsträckning. En tredjedel av samtliga läkare sade, att de bestämde helt och hållet eller i stor utsträckning. Drygt 1/4 bestämde i mycket liten omfattning eller inte alls. Det var stor skillnad mellan manliga och kvinnliga distriktsläkare -- närmare hälften av kvinnorna hade mycket litet eller inget inflytande jämfört med knappt 1/5 av männen (Figur 2). Vårdcentralcheferna var de som i störst utsträckning hade inflytande över arbetet -- över hälften tyckte att de helt och hållet eller i stor utsträckning bestämde. Vårdcentralens storlek spelade en viss roll så till vida, att läkarna på de mindre centralerna i större utsträckning tyckte att de bestämde över det egna arbetet.

Man skulle även ange vad man själv tyckte var det största hindret för eget inflytande över arbetsplaneringen. Majoriteten tyckte att orsaken var för stor arbetsbörda, men många ansåg även

att orsaken var att andra än läkaren hade hand om bokningen av patienter på mottagningen samt planeringen av dagen över huvud taget.

En fråga handlade om huruvida man under senaste året mer allvarligt funderat på att lämna distriktsläkaryrket. Följdfrågan var vad man i så fall ville arbeta med i stället. Det visade sig, att fler än var femte distriktsläkare hade funderat på att sluta och bland de kvinnliga distriktsläkarna hade var tredje haft dessa funderingar. Av dem som funderat på att sluta hade 1/3 velat byta till företagshälsovård, 1/3 till privatpraktik och 1/3 hade velat arbeta med annat än sjukvård. Bland dem som kände sig emotionellt uttröttade efter jobbet, kände sig slutkörd eller var så trötta att det gick ut över fritiden fann man den största andelen läkare som hade funderingar på att sluta som distriktsläkare.

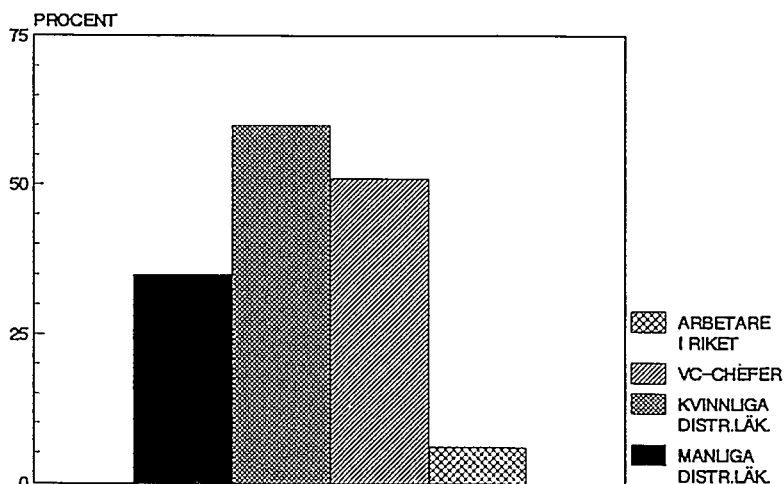
På frågan om man upplevde det svårt att hålla distans till patienterna svarade 1/4 jakande. Det var större andel kvinnor som upplevde det så.

Fler än var fjärde distriktsläkare upplevde hög grad av emotionell utmattning eller slutkördhet eller upplevde att arbetet suger musten ur en. Igen var upplevelsen mer uttalad bland de kvinnliga läkarna -- nästan hälften kände sig slutkörd och 1/3 emotionellt uttröttade.

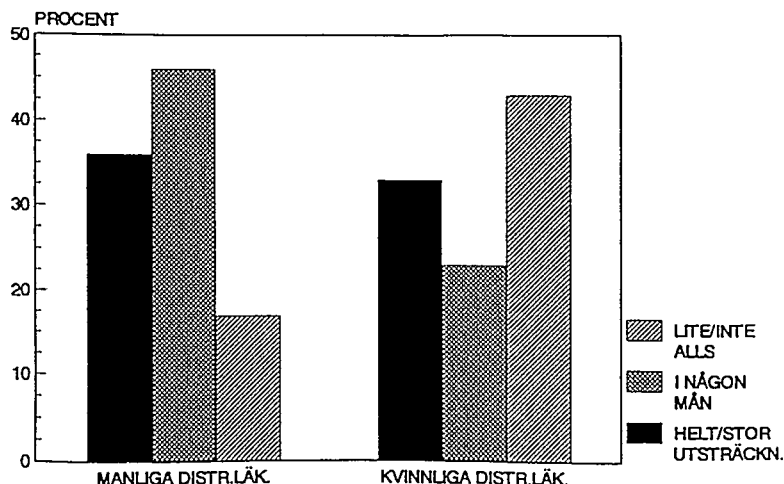
Närmare hälften av läkarna (män och kvinnor ganska lika) upplevde, att de arbetade för hårt och 1/3 upplevde att de fick bita ihop och aldrig klaga. Vårdcentralchefer och kvinnliga läkare upplevde oftare att de fick bita ihop.

Drygt hälften av läkarna tyckte inte att arbetstiden räckte till för ålagda uppgifter. I gruppen vårdcentralchefer var den andelen hela 85 procent. Ju större vårdcentral ju högre andel läkare som upplevde tidsbrist. Närmare 80 procent på centraler med fler än 15000 invånare tyckte inte att tiden räckte. I konsultationssituationen upplevde 1/3 av läkarna (både män och kvinnor) tidsbrist.

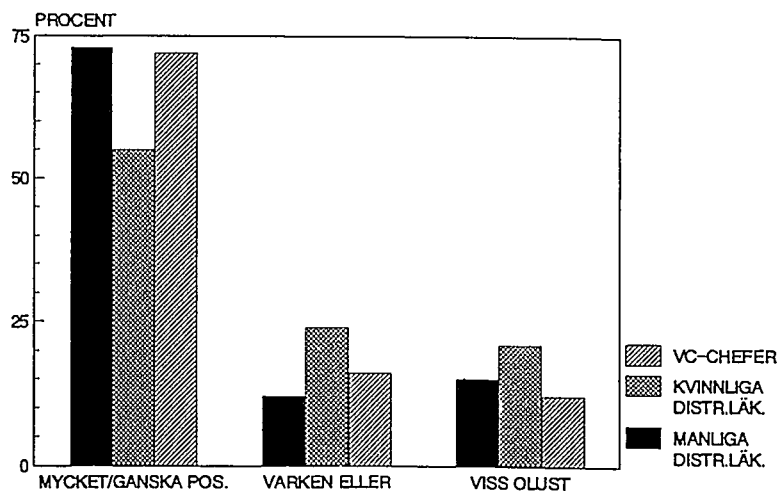
Av läkarna upplevde 2/3 att de saknade tid för kontakt och samråd med



Figur 1. Andel distriktsläkare som ofta eller ganska ofta kände sig så trötta efter arbetet, att det gick ut över fritiden. Jämförelse med arbetstagare i riket enligt SCBs undersökning 1979.



Figur 2. Möjlighet att påverka uppläggningsen av eget arbete. Andelen distriktsläkare som påverkade helt eller i stor utsträckning, i någon mån och inte alls eller i mycket liten omfattning.



Figur 3. Distriktsläkarnas känslor inför arbetsdagen.

kollegor och andra yrkeskategorier på vårdcentralen.

Närmare 1/3 av läkarna var missnöjda med sin arbetssituation men endast sex procent var missnöjda med yrket som sådant. Kvinnliga läkare var i större och vårdcentralchefer i mindre utsträckning missnöjda med arbetssituationen. Bland dem som helt eller i stor utsträckning bestämde eget arbete var mer än 90 procent mycket nöjda eller i stort sett nöjda med arbetssituationen mot drygt 30 procent av dem som inte alls eller i liten utsträckning bestämde.

Trots en del negativa känslor tyckte de flesta distriktsläkare att de hade ett meningsfullt arbete och att de klarade av att skapa en god relation till sina patienter samt att de positivt påverkade patienternas liv. De flesta hade också en positiv känsla inför arbetsdagen (Figur 3). Det var dock mindre vanligt bland kvinnorna att ha en positiv känsla inför jobbet.

Diskussion

Efter denna undersökning har man känslan av att distriktsläkaren, och särskilt då den kvinnliga kollegan, löper en uppenbar risk att drabbas av utbrändhet i sin yrkesutövning. Vardagen präglas av tidsbrist för alla uppgifter, dålig möjlighet till styrning av egna arbetet och upplevda krav på att orka utan att klaga. I sin undersökning fann Arnetz och Strandberg (6) att kvinnliga allmänläkare oftare än manliga kände sig pressade av tidsbrist. I vår undersökning var känslan av tidspress vanligare bland manliga läkare. Många distriktsläkare känner sig så trötta efter arbetsdagens slut att det inverkar negativt på fritiden. Vår undersökning visade en högre andel som kände trötthet än vad man funnit i tidigare intervjuundersökningar med läkare i blandade specialiteter (1). Närmare en fjärdedel upplever det svårt att hålla

distans till patienterna. Många känner också emotionell uttröttnings.

Kvinnliga distriktsläkare upplever betydligt oftare än sina manliga kollegor dessa negativa förhållanden och situationen tycks ha försämrats för de kvinnliga läkarna de senaste fyra åren om man jämför med tidigare studier. I Arnetzs och Strandbergs undersökning angav 15 procent av de kvinnliga allmänläkarna, att de ofta fick bita ihop och aldrig klaga (6). I vår undersökning var det mer än hälften som kände så. Jämfört med männen är det en mindre andel av de kvinnliga läkarna som har positiva känslor inför arbetsdagen eller som är nöjda med sin arbetssituation.

Att kvinnorna upplever större belastning och mindre trivsel har man velat förklara med en större grad av dubbelarbete. Troligen är inte förklaringen helt så enkel. En finsk undersökning (5) visar i stället, att kvinnliga läkare med småbarn rapporterade mindre stress än kvinnor utan barn. En del av förklaringen till sämre trivsel kan vara, att kraven på den kvinnliga läkaren är större på grund av skillnader i patientklientelet jämfört med manliga läkare. Det finns undersökningar som visar, att kvinnliga allmänläkares patienter i större grad utgörs av kvinnor (9). Dessa kvinnor förväntar sig kanske en större grad av engagemang och empati av den kvinnliga läkaren. Det är också möjligt att övrig personal (som ofta är kvinnor) räknar med att den kvinnliga läkaren är bättre lämpad att ta sig an "tung" problematik och att hon därför oftare får de svåraste patienterna. Några studier visar att patienter lättare talar med kvinnliga läkare (10). Troligen har även den kvinnliga läkaren själv andra krav på sitt engagemang än vad många manliga kollegor har därför att hennes fostran har varit annorlunda; flickan förväntas lyssna till andras behov, leva sig in i andras situation och över huvud taget vara till för andra.

Drygt var femte distriktsläkare (var tredje kvinnlig) har haft allvarigare funderingar att lämna distriktsläkaryrket senaste året. En tredjedel av dessa vill syssla med annat än sjukvård.

Ljuspunkter finns dock. Trots alla svårigheter är de flesta nöjda med sitt yrke och tycker att arbetet är meningsfullt. De upplever också att de lätt får god kontakt med patienterna. De flesta har positiva känslor inför arbetsdagen. Trots tidspress har också många bedrivit olika utvecklingsaktiviteter utöver vad som krävs i deras tjänst.

Hur förbättras distriktsläkarens arbetssituation?

- Fler allmänläkare behövs, men skall distriktsläkarbanan locka fler, måste förutsättningarna i arbetet ändras.

- Viktigt är det att läkaren i större utsträckning får styra sitt eget arbete. Inte oväntat var andelen som kände missnöje, uttröttnings etc., betydligt lägre bland dem som upplevde hög grad av eget inflytande på uppläggningsen av arbetet. Bland dessa var det också färre som hade funderingar på att byta arbete.

-Handledning borde för allmänläkaren vara lika självklart som för kollegan inom psykiatri.

- Det är också hög tid att de kvinnliga läkarnas arbetsförhållanden kommer under diskussion. Hur ser vi på varandras roller? Hur ser övrig personal på oss och vilka förväntningar har de på manlig respektive kvinnlig distriktsläkare?

- Det krävs också att utbildningen under studietiden förbättras så att läkaren på ett adekvat sätt kan tackla egna reaktioner under yrkesutövningen och utveckla realistiska förväntningar på yrkesrollen.

- Fortbildningsmöjligheterna måste bli bättre. Fortbildning stärker vår identitet och ger "status".

Att utveckla praxis blir en av de viktigaste uppgifterna närmaste tiden. Vi måste våga släppa in kollegor i vårt eget arbete, ta och ge råd och diskutera varandras konsultationsteknik. Det är endast allmänläkaren som kan utveckla det som är specifikt i allmänläkarpraxis. Ett försök att stötta detta är distriktsläkarmöten som regelbundet arrangeras i Dalarna i VIDARE-gruppens regi.

Referenser

1. Arnetz B, Andreasson S, Strandberg M, Eneroth P, Kallner A. Läkares psykosociala arbetsmiljö: stress, hälsorisker och trivsel. Läkartidningen 1987;84:816-24.
2. Arnetz B, Hörte L, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malmer H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Acta Psychiatr Scand 1987;75:139-43.

Ciproxin[®]

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[®]
Ciprofloxacin

Bayer 

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

3. Läkares arbetsmiljö -- en rapport från Läkarförbundets arbetsmiljögrupp (LARM). Stockholm: Sveriges Läkareförbund, 1988.
4. Theorell T, Ahlberg-Hultén G, Berggren T et al. Arbetsmiljö, levnadsvanor och risk för hjärt-kärlsjukdom. Stressforskningsrapport 195. Stockholm: Statens Institut för psykosocial miljömedicin, 1987.
5. Lennholm B. Finländsk arbetsmiljöenkät: kvinnliga läkare mer stressade än manliga. Allmänläkare på vårdcentral mest utsatt. Läkartidningen 1988;85:3959.
6. Strandberg M, Arnetz B. Kvinnliga läkares psykosociala arbetsmiljö -- en intervjuundersökning. Landstingshalsan Dalarna. Rapport 11/88.
7. Gjerberg Buxrud E. Bydelshelsetjenesten -- mer belastande för kvinnelige enn for mannlege leger? Tidsskr Nor Laegeforening 1990;110:3260-4.
8. Levnadsförhållanden 1979: Arbetsmiljön. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1982.
9. Jörstad Gotteberg H, Malterud K. Kvinnelig allmenpraktiker -- kvinnelige pasienter. Tidsskr Nor Laegeforen 1988;108:584-5.
10. Gray J. The effect of the doctors sex on the doctor-patient relationship. J R Coll Gen Pract 1982;32:167-9.

Författarpresentation

Tore Hegle, distriktsläkare

Vårdcentralen
780 40 Mockfjärd

Ekologi och Medicin

Föreningen Svenska Läkare för Miljön (SLFM) välkomnar intresserade kollegor till information i samband med SFAMs vårmöte 930505-08 i Höör. SLFM är en ideell förening för vidareutbildning och opinionsbildning i miljöfrågor. Föreningen är ansluten till International Society of Doctors for the Environment, ISDE.

Upplysning om föreningen kan fås genom:

Skr i SLFM: Jan-Inge Henter, Barnkliniken, St Göran/Karolinska sjukhuset, Fax/telsvar 08-759 00 22.

DI Ingrid Eckerman, Tel 08-718 55 51, Fax 08-71854 66 och
Tf dl Birgitta Malmberg, Tel 044-1024 94.

Vi vill också rekommendera senaste numret av tidskriften Humanekologi (1992 nr 2/3). Temat är EKOLOGI OCH MEDICIN och ger en aktuell, både teoretisk och praktisk översikt av nordiska skribenters syn på ämnet.

Tidskriften kan beställas från:

Nordisk Förening för Humanekologi, Telemark Distriktshögskole, N-3800 Bö, Norge.

Tel +47 3 95 26 35/95 25 00, Fax +47 3 95 25 36.

Ole Malmberg

distriktsläkare, Kristianstad



LB 08752

Husläkare på nytt - möjligheter och visioner

PER FUGELLI

Torsby: Heidruns förlag, 1992.

*Heidruns förlag, Box 118,
685 00 Torsby.*

*Pris: 165 kronor inkl porto,
pg 595844-2.*

Per Fugelli är norsk allmänläkare. I mitten av 1980-talet blev han professor i allmänmedicin i Bergen och under 1992 har han tillträtt som professor i socialmedicin i Oslo.

Under sina tidiga allmänläkarår på 1970-talet sökte sig Per Fugelli ut mot nordnorges karga ytterområden i nordatlantens övärld och i Finnmark. Där blev han varse de djupa sambanden mellan lokalhistoria, social miljö och individ, vilket kom att forma hans syn på människors sjukdomar och allmänläkarens roll. Alltsedan dess har Per Fugelli berikat norsk och nordisk allmänmedicin i tal och skrift. Påpassligt, mitt i den svenska husläkarstormen,

har allmänläkaren Björn Nilsson tagit initiativet att ge ut en samling av Per Fugellis texter i bokform på svenska. Vissa bearbetningar har gjorts, men några stora ingrepp har inte behövts. Per Fugelli var framsynt när han som ung distriktsläkare på Värö och Röst fattade pennan. Hans tankar och analyser är påtagligt aktuella i Sverige än idag.

Bokens huvuddel utgörs av en kronologisk sammanställning av allmänmedicinska artiklar och föredrag. I upptakten formulerar Per Fugelli sin och allmänmedicinens grundhållning, som han sedan följer i olika riktningar och sammanhang: en sjukdom drabbar alltid en människa och sjukdomen har alltid samtidigt en biologisk, känslomässig och social innebörd. Specialiseringen och teknologiseringen av sjukvården skymmer lätt sjukdomens mänskliga infattning. Denna biomedicinens självupptagenhet är Per Fugelli mycket kritisk mot. Den får som följd allvarliga brister i bemötandet av den enskilda patienten och en medikaliserad av allmänmänskliga och sociala problem. Han har här tagit djupa intryck av Ivan Illich's ilska vidräkning med den moderna medicinen.

Som hemmablind svensk allmänläkare är det lätt att tro att det nästan

bara är hos oss, som allmänmedicinen haft en kärv utveckling. Av Per Fugellis artiklar framgår, att vakanser och ifrågasättanden också gjorde livet surt för den norska allmänmedicinen på 1970-talet. Per Fugellis recept var inte att allmänläkarna skulle tävla med specialisterna, utan att de i stället skulle hävda professionens särart, som är den mänskligt-sociala dimensionen i medicinen. Det som krävs, för att en sådan särart skall kunna utvecklas, är kontinuitet i läkar- och patientförhållandet och en kännedom om patientens livsomständigheter. "Vi måste inskräpa att endast delar av patienten kan centrifugeras och mikroskoperas, medan viktiga sjukdomsförhållanden bara kan kännas och förnimmas. Vi vill understryka *det*, att även patienten har fru och barn och lägenhet och jobb och en livssyn och vi måste återigen hävda, att patienten är en medmänniska och att det är vår plikt som läkare att uppföra oss därefter".

Humanismen

Humanismen är en viktig del i professionaliteten. Allmänmedicinen kan inte "köpa sig avlat genom att bygga in problemen i institut för medicinsk etik och sociologi". Här såg Per Fugelli mycket tidigt ett av allmänmedici-

ens stora problem, nämligen att allt för mycket luta sig mot experter inom det humanvetenskapliga fältet i stället för att utveckla sin egen humanism. Han var också djärv nog att redan på 1970-talet föreslå kurser i allmänmedicin för sjukhusläkare. Detta är verkligen ett aktuellt projekt. Allmänmedicinen är den medicinska basdisciplinen och den har sin källa i mötet mellan medicin och individ. Allmänläkarna har ett ansvar i att förmedla allmänmedicinskt kunnande och tänkande till kollegor inom hela det medicinska fältet.

Kritik mot allt-möjligt-medicinen

Den norska allmänmedicinen utvecklades snabbt. På mitten av 1980-talet pekar Per Fugelli på risken att professionen blir för vidlyftig. Med ett i det närmaste gränslöst åtagande blir allmänmedicinen "allt-möjligt-medicinen". Per Fugelli föreslår en specialisering inom primärvården i områdena kommunal hälsoadministration, förebyggande medicin, företagshälsovård och klinisk primärvård. Tyngdpunkten förlägger han till den kliniska allmänmedicinen. Det är lätt att hålla med om behovet av en avgränsning av allmänmedicinen. Lika viktigt som att kunna redogöra för vad som ingår i kompetensen är att kunna definiera vad som hamnar utanför professionens gränser. Allmänmedicinen kan inte längre låta sig definieras genom sin retorik, utan identiteten finns i den dagliga praktiken.

Själva den polemiska udden mot allmänmedicinens mångordighet och mångsyssleri är därför välriktad, men Per Fugellis förslag till lösning är mer politiskt än logiskt. Prevention är en naturlig del av allmänläkarens kliniska arbete. Som allmänläkare och medarbetare på enheter för förebyggande medicin eller samhällsmedicin är det fortfarande det egna kliniska perspektivet som är den viktiga tillgången. Det blir i längden svårt att tillföra allmänmedicinsk kompetens, om man överger patientarbetet.

"Allt-möjligt-medicinen" uppstår redan i allmänmedicinens kliniska ambition att lika mycket och samtidigt betona de biologiska, psykologiskt-existentiella och sociala aspekterna av patienters presenterade problem. Det viktigaste avgränsningsproblemet ligger därför snarare i att hitta rätt betoning i den kliniska praktiken än i att välja olika organisatoriska avknoppningar. Klinisk allmänmedicin är något annat än "sjukdomarna som allmänläkaren möter dem". Med denna formulering förlorar nästan Per Fugelli den allmänmedicinska särart ur sikte som han tidigare så uttrycksfullt beskrivit och som är knuten till medicinens mänskliga dimension. Precis som i andra medicinska discipliner bör det rimligen vara särarten som bestämmer

avgränsningen, men detta helt avgörande förhållande tar Per Fugelli aldrig upp till diskussion.

Allmänmedicinsk forskning

Först på listan över den allmänmedicinska forskningens nyttor och glädjämnen sätter Per Fugelli forskarens egna nöjen samt forskningens betydelse för att förbättra kvaliteten i det egna arbetet. Inspiration före metodrytteri och närheten till vardagen är de förutsättningar, som ger den allmänmedicinska forskningen liv. Men i sin exposé över forskningsområdena är Per Fugelli försiktig och fyrkantig. Han säger endast litet om utvecklingslinjerna och förnyelsen och avsnittet skulle ha vunnit på att kompletteras med färskare reflektioner.

Den näst sista texten är en saklig och väl genomtänkt analys av fenomenet "utbrändhet" bland allmänläkare. Framför allt bidrar författaren med en precisering och nyansering av begreppet, som ger en välgörande motivik till den vanligtvis ganska slarviga användningen. Han ser problem i allmänläkarens anspråk på att vara universalgeni, vilket lätt föder överaktivitet och frustration. Han ger oss det poetiska rådet att lära oss "plocka blommor" i stället för att ensidigt gå upp i patientarbetet.

Kristallkulan

I en essä inspirerad av framtidsforskning ser Per Fugelli ett antal för allmänmedicinen löftesrika "makrotrender" i samhällsutvecklingen. Generalisten blir mer efterfrågad och resurshushållning är nödvändig. Demokratiseringsprocessen i samhället kräver också en motsvarande demokratisering av patient-läkarförhållandet. Ekologin tränger in i medicinen, vilket sätter helhetsperspektivet i fokus. Hoten ser han i "new age"-rörelsens betoning av magi och irrationalism, i bagatellmedicin som innebär att människor söker för vilka åkommor som helst och där olika intygskrav accelererar processen. Säkerhetshysterin som finns i samhället driver upp undersökningsaktiviteten och "medför en teknologisk ockupation av läkar-patientförhållandet". I denna sista essä presenterar sig Per Fugelli som en reflekterande världsmedborgare och det är både provocerande och lustfyllt att blicka in i hans kristallkula.

Litterära fallbeskrivningar

Som debattör arbetar Per Fugelli med ett språk fyllt av klara och livfulla formuleringar. Hans humor är ofta spetsig. I de fallbeskrivningar som avslutar "Husläkare på nytt" framträder en litterär gestaltsförmåga och en mer tidlös ödmjukhet och begrundan inför människans liv och individualitet. Havets lynnesväxlingar, öarnas lodräta klippväggar och tundrans vindpinade vidsträckthet bygger under det-

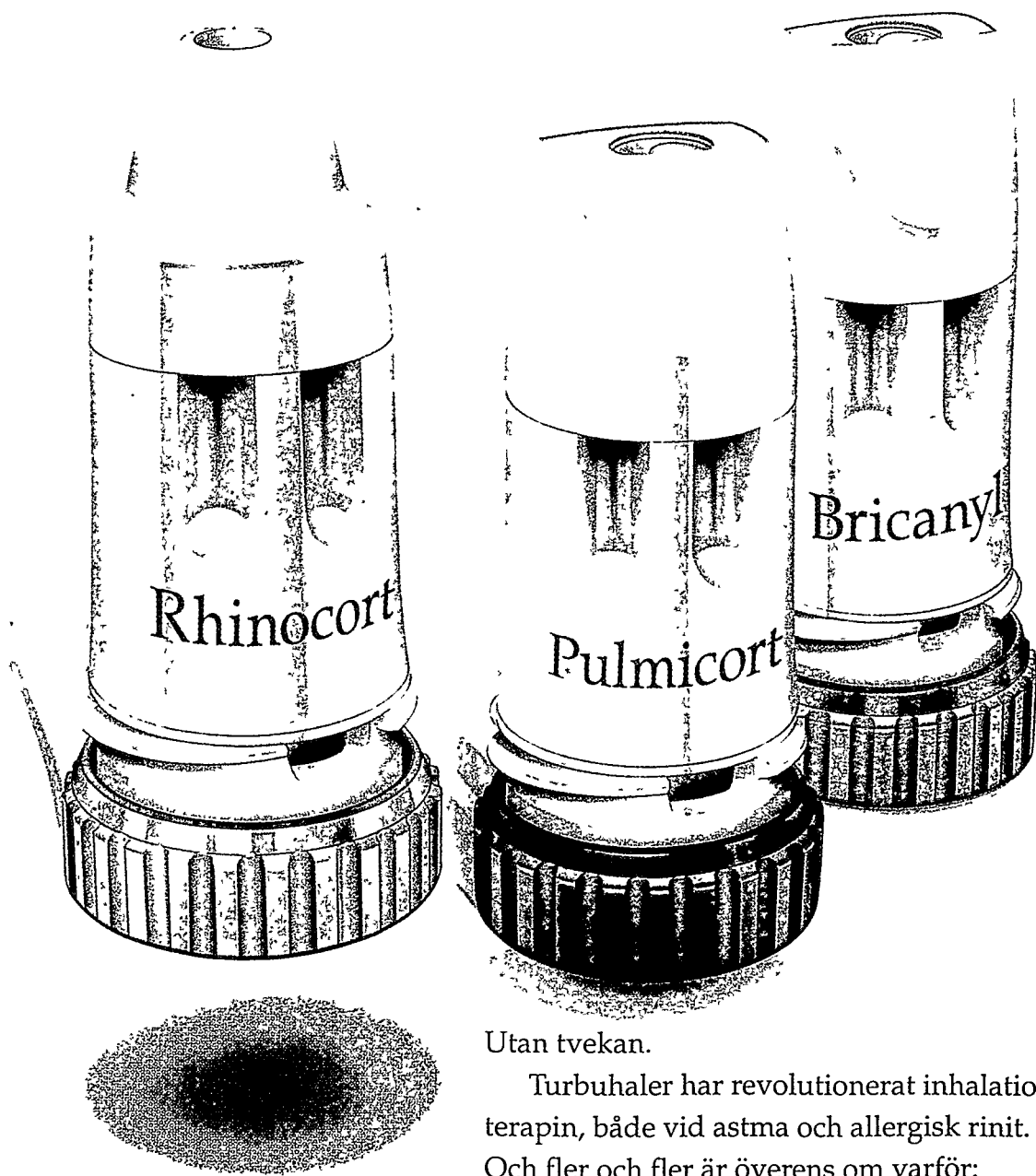
ta perspektiv. Doktorn är en ganska liten man, medan livet är stort och de krafter som formar människorna okuvliga. Man anar en oförlöst spänning hos Per Fugelli mellan kraften och närvaron i fallbeskrivningarna och hans mer formella syn på den kliniska allmänmedicinen som specialitet och forskningsområde. I det sistnämnda sammanhanget låter han sjukdomarna och inte människorna ange tonen. Mötet mellan litteratur och vetenskap utelämnas.

Läkarutbildningen skapar ett begär efter entydighet, handling och resultat, som i mötet med den enskilda patienten kan komma till uttryck i aningslöshet, fördomsfullhet och påflugenhet. Som de flesta av oss har Per Fugelli här gjort dyrköpta erfarenheter. Osentimentalt delar han med sig och beskriver samtidigt mycket tydligt allmänläkarens mandat, som i grunden är det samma oavsett om mötet sker på mottagningen, hemma i patientens kök eller vid hennes dödsbädd. Per Fugelli bjuder varsamhet och ömsesidighet framför medicinskt vanebeteende och myndighetsutövning. Här, i mötet att möta patienten på hennes egna villkor, blir husläkaren till och det är mot den bakgrunden han ställer sig positiv till en svensk husläkarreform. Samtidigt ser han i sin efterskrift vissa risker med husläkarsystemet och pekar då bland annat på möjliga skevheter i utbud av primärvård, en alltför stark individcentrering och en möjlig deformation av allmänmedicinen till följd av vinstintresse. Han tvekar dock inte att ge sina svenska kollegor rådet att ta dessa risker. Det blir annars svårt att nå förbättringar. Vid det här laget borde vi också i Sverige ha lärt oss att oförlöst regi på intet sätt är en garanti för en bra, rättvist fördelad och tillgänglig primärvård. Inte heller skänker landstingstillhörigheten automatiskt vare sig ideologi eller kvalitet till allmänläkarna.

Översättningen

Man kan tycka att det är lite tråkigt, att en stilist som Per Fugelli skall behöva översättas till svenska, men troligen har personerna bakom "Husläkare på nytt" gjort den riktiga bedömningen, att läsekretsen på detta sätt blir större. Som helhet håller översättningen. Utan tvekan är det Per Fugellis ande som möter en i texterna, även om något av den dräpande precisionen och humoristiska spänsten saknas. Här finns inte anledning till detaljkritik men ett viktigt ord behöver ändå märkas, nämligen norskans "praksis", som samtidigt betyder själva mottagningen och den verksamhet som bedrivs där. Begreppet saknar en direkt motsvarighet i svenskan. Till exempel är "Praktikrapport" ett ord som ingen svensk allmänläkare använder. Besöksregistrering ligger nog närmare.

Revolutionen.



Utan tvekan.

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

Och fler och fler är överens om varför:

Den är mycket enkel att använda^{1,2,3,4}.

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) β₂ 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

Avslutande kommentar

Svenska allmänläkare har anledning att tacka Björn Nilsson för att han dristat sig till att genomföra det här projektet. Per Fugellis texter vidgar perspektivet och för in friska havsvindar i vår svenska debatt. Samtidigt hjälper han oss att tydligare se den enskilda patienten i sitt livssammanhang och därmed våra stora och fascinerande utmaningar som allmänläkare och husläkare.

Carl Edvard Rudebeck, distriktsläkare

Kvartersakuten Tor
Surbrunnsgatan 66
113 27 Stockholm

Kirurgi

Redaktörer

CURT FRANKSSON

BERTIL HAMBERGER

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1992.
939 sidor.
ISBN 91 21 12277 6

Snett bakåt höger i bokhyllan, på en armlängds avstånd, står första upplagan av Frankssons Kirurgi. Den har under elva år använts flitigt och de gröna pärnarna hänger sedan länge lösa. Nu har boken utkommit i sin tredje upplaga och den gamla gröna får ge plats för den nya vita. Förhoppningsvis är bindningen nu bättre.

Antalet sidor har minskat från 948 till 939. Däremot har antalet författare ökat från 21 till 31. Det har också skett en generationsväxling, endast tio är kvar från den första upplagan. Nästan alla författare är stockholmare, endast tre är verksamma på andra orter.

Flertalet kapitel ser ut ungefär som tidigare, men på sina ställen finns helt nyskrivet material. Efter att relativt noggrant ha jämfört de båda upplagorna tycker jag nog, att förändringarna är så pass omfattande, att de motiverar inköp av den nya.

Anders Håkansson

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö

Medicin, humaniora och epidemiernas historiska framtid

Epidemiernas historia och
framtid

Redaktör

BIRGITTA EVENGÅRD

Värnamo: Natur och Kultur, 1992.
Pris: 400 kronor. 299 sidor.
ISBN 91 27 03045

År 1798 lade T R Malthus fram sin teori om hur befolkningen ökar geometriskt alltmedan livsmedelstillgången bara ökar linjärt. Detta fungerar naturligtvis inte i längden. Svält, krig och farsoter drabbar människorna då de blir för många i förhållande till livsmedelstillgången. Människan själv kan också hålla folkökningen tillbaka genom att sätta färre barn till världen.

Malthus' teori stämmer inte för de senaste århundradenas utveckling. Livsmedelsproduktionen i västvärlden har ökat mycket mer än han förutsåg, och läkarvetenskapens kamp mot infektionssjukdomarna har varit framgångsrik. Västvärlden har genomgått den demografiska transitionen, en process där både födelse- och dödstal sjunker från mycket höga till låga nivåer. Hos oss råder överskott på livsmedel. Samtidigt står man på andra håll i världen mitt uppe i transitionen med sjunkande mortalitet men fortfarande höga födelsetal. Där är överbefolkningsproblemet mer akut än någonsin.

Idag hemsöks mänskligheten av en ny farsot, HIV/AIDS. För att kunna placera den i sitt historiska sammanhang ordnades vintern 1990/91 en föreläsningsserie med titeln "Epidemiernas historia och framtid" på Roslagstulls sjukhus i Stockholm. I boken med samma namn har nu en del av föreläsningarna satts på pränt. Författare är fyra humanister och tio medicinare, vilka var och en ger sin syn på epidemiernas historiska och framtida roll.

"Mångvetenskap"

"Vi är i behov av ett tvärvetenskapligt kunnande som resonansbotten vid diskussioner om epidemier och epidemiernas bekämpande", menar Birgitta Evengård i bokens förord. Målsättningen är att förmedla ett tvärvetenskapligt historiskt synsätt, vilket i kombination med den moderna tekni-

ken anses nödvändigt för att bekämpa den nu pågående HIV-epidemin.

Bokens ursprung i en serie föredrag har varit bestämmande för valet av författare. Slutintrycket är en brokig samling artiklar med högst olika utgångspunkt, innehåll och notapparat. Boken är i ett övergripande perspektiv snarare "mångvetenskaplig" än tvärvetenskaplig. Artiklarna kompletterar varandra, men viss upprepning förekommer och någon större integration mellan de olika avsnitten förekommer inte. En aspekt på epidemierna saknas också helt -- deras långsiktiga effekter på befolkningsutvecklingen.

Demografiska effekter

Nu är smittkopporna utrotade och pesten hålls under kontroll. Allt fler barn i tredje världen vaccinerar mot mässling, difteri och kikhosta. De överlever till vuxen ålder och sätter i sin tur barn till världen. 1990-91 fördes en känslomättad debatt i bland andra Lancet och Läkartidningen om det riktiga i att rädda svältande barn till ett fortsatt liv i elände och nöd. Här ställdes på sin spets de långsiktiga demografiska problemen till följd bland annat av farsotsbekämpningens kortsiktigt lyckosamma resultat (1).

Redaktionen kan inte klandras för att speglingar av denna debatt saknas i boken. Den försiggick ju parallellt med föreläsningsserien i Stockholm. Det hade ändå enligt min mening varit givande om en artikel ägnats just åt epidemiernas betydelse för befolkningsutvecklingen och vad som sker demografiskt då den ena farsoten efter den andra kan kontrolleras och till och med utrotas.

Några teman

Den meny som bjuds är dock i sig själv stimulerande och intressant. Olika typer av epidemier behandlas från de stora farsoterna till moderna hot från kylskåp, luftkonditioneringsanläggningar och tropikresor. Man ger trovärdiga ekologiska förklaringar till varför epidemierna kommer och går som de gör.

Hur upplevs epidemin av de inblandade? frågar sig Lisbeth Sachs och skildrar två sjukdomsförlopp vid AIDS. I det ena läggs tonvikten på disease, de biomedicinska processerna, i det andra på illness, det subjektiva sjukdomsupplevandet. Karin Johannisson skildrar den sociala stigmatiseringen vid exempelvis kolera och syfilis. Hon berör också ett klassiskt problem i epidemitider -- konflikten mellan de smittade individerna och samhällets krav på skydd.

Henri Mollaret för fram sina egna franska tankar om pesten. Han har en uttalat ironisk inställning till myndigheternas åtgärder och vill förklara pestens tillbakagång med ökat bruk av tvål, vatten och särskilda nattkläder.

Han för också fram den kontroversiella teorin att löss och människoloppor spelat stor roll för pestens spridning. Forskare som bekämpat pesten i Egypten, Madagaskar, Manchuriet, Indien och Vietnam har alla motsatt erfarenhet. Ole Jörgen Benedictow, en norsk pesthistoriker, har nyligen också i ett medicinskt mycket väldokumenterat arbete tillbakavisat "den franska lopp-skolans" teorier (2).

Nomader, krig, framtidsvyer och svåra ord

Britt-Inger Puranens tuberkulosartikel är saklig och innehållsrik. Artikeln om nomaden och epidemierna lämnar emellertid rader av frågor obesvarade. Hon har inte förstått pestens ekologi och hänvisar gärna lite diffust till "modern forskning" och "helt nyligen" utförda laboratorieförsök. Några av dimensionerna hade kanske skingrats om hon i sin artikel mer utförligt redovisat var hon hämtat sina idéer ifrån.

Lars Hambræus har gjort en mycket ambitiös genomgång av olika krig och de farsoter som följt i dess spår från Iliaden och Bibeln till Iraks ockupation av Kuwait. Tyvärr är redovisningen behäftad med enstaka rena sakfel (exempelvis tid och plats för den justinianska pestens ankomst till medelhavsområdet). Jag har också svårt att förstå varför slaget vid Crécy år 1346 skulle ha haft betydelse för Digerdödens spridning till England 1348 och hur julirevolutionen 1830 hänger samman med koleran i Paris två år senare (3).

Sven Britton ger i avslutningskapitlet sin syn på möjligheten att utrota kända epidemiska sjukdomar, på vår tids "välfärdsepidemier" och på möjliga framtida epidemier. Artikeln är stimulerande. Men var det verkligen INDIANERNA som drabbades av syfilis efter Columbus' ankomst till Nya Världen??

Flertalet artiklar är mycket lättlästa och engagerande. Svåra ord förklaras i texten. Elias Bengtsson ger en intressant skildring av malarias historia, men hans kavalkad av parasiter är något rapsodisk. Om balantidos sägs exempelvis att den beskrevs första gången 1851 vid Serafimerlasarettet, en indikation på "hur bedrövliga de hygieniska förhållandena i Stockholm var på den tiden". Någon förklaring till varför förekomsten av denna parasit var ett sådant bedrövligt tecken ges inte. Den får sökas i tropikmedicinsk facklitteratur.

Slutomdöme

Forskande humanister är vana vid en utförlig notapparat, med vars hjälp artikelförfattaren redovisar varifrån olika uppgifter har hämtats. I denna bok anger flertalet författare endast en del verk eller lämnar en alfabetisk lista över använd litteratur. I andra bidrag

lyser uppgifter om referenser helt med sin frånvaro. Det är synd, ty det minskar bokens vetenskapliga värde.

Ja, uppenbarligen är de medverkande författarnas egna vetenskapliga ambitioner mycket olika, vilket är att beklaga. En bok av detta slag kommer att läsas av många. Både humanister och medicinare kommer att finna inspiration i de olika kapitlen. Det är då synd att inte alla författare har bemödat sig om att ge gedigna litteraturlistor, både som dokumentation av det egna arbetet och som tips för vidare läsning.

"Tvärvetenskapen" i denna bok ligger i bredden av författare och ämnen, inte i samarbetet dem emellan under själva skrivandet. Det är synd att de författare som träder otraditionella stigar inte har låtit någon "från det andra lägret" kontrollera sakuppgifter. En del missuppfattningar och fel hade på det sättet kunnat undanröjas -- till gagn både för författaren själv och för en bok som i övrigt väl fyller sin plats i den medicinshistoriska litteraturen.

Litteratur

- (1) Artiklar över ämnet återfinns i Lancet 15 sept 1990, Läkartidningen 1991(24), 1991(42), 1991(45) och i NU -- nytt om u-landshälsovård 1991(1).
- (2) Ole Jörgen Benedictow: Plague in the late medieval Nordic countries. Epidemiological studies, Oslo, 1992.
- (3) Philip Ziegler: The Black Death, Penguin, 1982, s 106-7, 122.
- (4) Francois Delaporte: Disease and civilization. The Cholera in Paris, 1832, MIT Press, 1986.

Bodil Persson

Vårdcentralen
295 35 Bromölla

Travellers' Health How to stay healthy abroad

RICHARD DAWOOD

Oxford: Oxford University Press, 1992
Third edition.
475 sidor.
ISBN: 0 19 262247 1

Detta är tredje upplagan av en mycket populär resehandbok. Författaren är barnläkare i London och vad jag förstår en stor globetrotter. Bakgrunden till denna bok är bland annat hans eget resande och därmed sammanhängande missöden och sjukdomar.

Som det sägs i inledningen så upplever uppemot 50 procent (!) av resenärer någon form av ohälsa i samband med

resande. Vanligast är någon form av gastrointestinal störning (30 procent av resenärerna totalt). De vanligaste orsakerna till dödsfall vid resa är dock olyckor och hjärt-kärlsjukdom som svarar för cirka 90 procent, medan infektioner endast svarar för fyra procent.

Boken omfattar 14 kapitel och ett omfattande appendix. Den är väldigt omfattande och tar upp snart sagt alla aspekter av resandet utomlands. Alla avsnitt innehåller omfattande texter skrivna av framträdande specialister. Där beskrivs sjukdomars spridnings-sätt, symtom, diagnos, optimal behandling samt ibland även minimal behandling. Ibland varnas också för viss behandling i enstaka länder. Varje avsnitt inkluderar dessutom en kortfattad faktaruta med det viktigaste samt rekommendationer om hur att göra.

De inledande kapitlen berör sjukdomar indelade efter spridningssätt (föda, hygien, vatten, kontaktsmitta, vektorsmitta). Sedan följer ett kapitel om olika typer av resande och dess problem -- flygning och jet lag, rörsesjuka etc.

Ett långt kapitel berör bara omgivningens effekter: Hur man undviker olyckor, hur man skall bete sig när man går på planet eller båten, hur man minimerar höjdsjuka etc. Vidare om hur man skall förhålla sig till droger i olika länder.

Sexuallivet och preventivmedel får också ett helt kapitel där man förtjänstfullt varnar för HIV och rekommenderar säker sex (där det säkraste förstås är avhållsamhet).

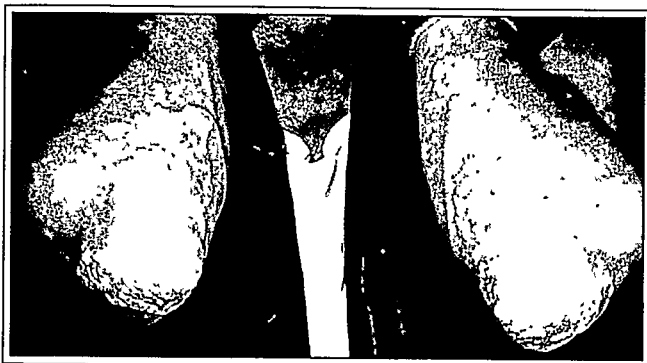
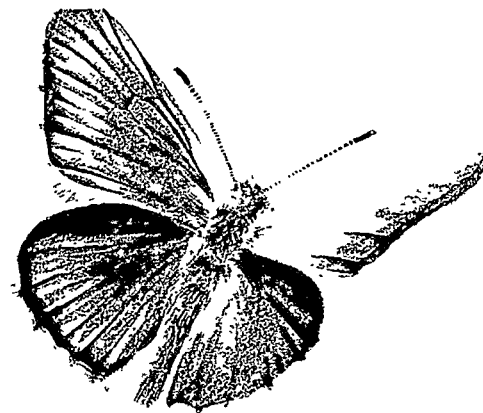
Gravida, barn, diabetiker och andra sjukdomar såsom hjärt-lungsjuka ägnas ett helt eget kapitel och hur de skall förbättra sina resevillkor. Till och med utlandstjänst ges ett helt eget kapitel.

Slutligen finns för förstås ett nästan 100-sidigt avsnitt om vaccination och råd för utlandsresenären. Där finns också omfattande tabeller om sjukdomars geografiska spridning, vattenkvaliteten i olika länder och så vidare.

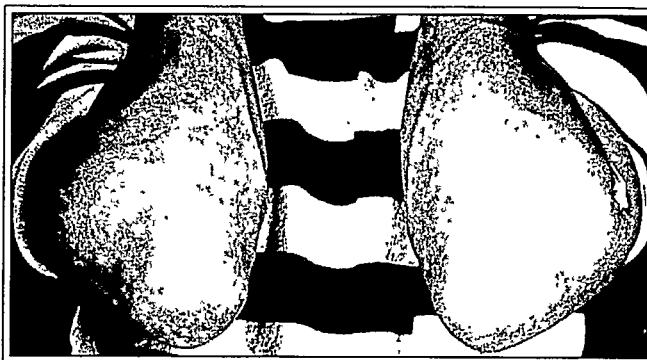
Detta är alltså en otroligt omfattande resehandbok som trots sitt omfång är lättillgänglig och lättläst och undviker pekpinna utan har vettiga råd. För den som reser mer än till charterhotellet i våra svenskkolonier kring Medelhavet, borde den här vara en guldgruva. Även på våra mottagningar borde den ha en självklar plats då den innehåller så mycket fakta och råd kring profylax och sjukdomar förvärvade under resa

Anders Beckman, distriktsläkare

Vårdcentralen Gullviksberg
Censorsgatan 1
214 51 Malmö



Före behandling.



Efter 7 veckors behandling med Daivonex.

Mer än 200.000 patienter har hittills effektivt behandlats med Daivonex, varav 3.000 i kontrollerade kliniska prövningar. Daivonex har genomgående tolererats mycket väl.

- ☐ Effektivt
- ☐ Snabbt insättande effekt
- ☐ Vältolererat
- ☐ Patientvänligt

Ett genombrott i
behandlingen av
PSORIASIS

Daivonex

calcipotriol



Ans. Nr.

Daivonex Lövens Salva 50 µg/g (0,005%). Medel mot psoriasis D05AD R.

Deklaration. 1 g innehåller: Calcipotriol 50 µg, natrii edetas, dinatrii hydrogen phosphat, tocopherol, paraffinum liquidum, polyoxyethylsten-stearylather, 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 (dihydroxyvitamin D₃) är effekten på kalciumomsättningen ca 1% av calcitriols. 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 kalciumnivå. Överksamhet mot ingående ingredienser i salvan.

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

Mindre vanliga Hud: Enstaka fall av ansiktsdermatit

Sällsynta Metabol: Hyperkalcemi
(≤ 1/1000)

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

Dosering. Psoriasisfläckarna på extremiteter och bål behandlas 2 ggr dagligen med ett tunt lager salva tills läkning sker. Total veckodos bör ej överskrida 50 g. Behandlingstiden bör inte överstiga 8 veckor per behandlingstillfälle. Vardet 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 handerna 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. Tubus: 30 g 124 -, 100 g 280 -.



LÖVENS LÄKEMEDEL

Tel 040-75630 • Box 404 • 201 24 Malmö

LARS JOHAN BERG

GASTGIVAREV 16
543 35 TIERO

734004



När sömnlöshet blir en svår knut att lösa.

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

är en fentiazin ger ej upphov till fysiologiskt beroende. Propavan är även lämpligt om missbruk förekommer och kan med fördel ordinerars till äldre patienter. Längre tids sömnsvårigheter bör utredas med avseende på psykisk eller somatisk sjukdom.

PROPAVAN

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

God natt utan beroende.

**Kabi Pharmacia**

Kabi Pharmacia AB Sverige
Telefon 08-695 80 00