

# ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Tema

3  
1993

DATORER

# ALLERGI GER INFLAMMATION.

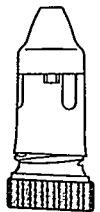
Allergisk och vasomotorisk rinit är inflammatoriska sjukdomar. Behandlingen bör också utgå från detta synsätt.

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 tillsatser 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**<sup>®</sup>  
**Turbuhaler**<sup>™</sup>



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
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)

**Ansvarig utgivare:**  
Ingvar Krakau

**Chefredaktör:**  
Anders Håkansson  
Vårdcentralen Teleborg  
Box 5044, 350 05 Växjö  
Tel: 0470/888 00

**Redaktionskommitte:**  
Dan Andersson  
Malin André  
Cecilia Björkelund  
Anders Håkansson  
Anna Källkvist  
Christer Petersson

**Redaktionssekreterare och layout:**  
Margareta Lindborg

**Redaktionsadress:**  
AllmänMedicin  
Inst f socialmedicin  
172 83 Sundbyberg.  
Tel: 08/98 94 92 eller 28 22 14 (telefonsv)

**Annonser:**  
YH Annonsförmedling,  
Hornsgatan 150 B, 117 58 Stockholm  
Tel: 08/669 42 40

**Prenumerationsavgift:**

405 kr per år, för studerande 150 kr per år (prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmänmedicin).

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

Tryckt på miljövänligt papper hos  
Töfters tryckeri ab, Östervåla, 1993

ISSN 0281-3513

<b>Kalendarium</b>	111
<b>Ledare</b>	
Du och datorn! <i>Magnus Eriksson</i>	112
<b>Nytt från SFAM</b>	
SFAMs datagrupp – vad skulle vi kunna göra <i>Bengt Dahlin</i>	114
Examen i allmänmedicin – att mäta eller att recensera? <i>Jan Stålhammar</i>	117
Vad kan provinsialläkarfonden göra för dig? <i>Sten Larsson</i>	118
<b>Debatt</b>	
Handledartips <i>Jerker Löfgren</i>	122
Journal på burk, en färskvara i primärvården? <i>Ingvar Krakau</i>	122
<b>Kurser och Konferenser</b>	
Äta bör man ... om matens betydelse för hälsa och sjukdom Läkardagarna i Örebro, 19-20 april 1993 <i>P Owe Petersson</i>	123
<b>Tema DATORER</b>	
Datorjournalen som instrument för kvalitetssäkring – möjligheter och begränsningar <i>Rolf Linnarsson</i>	125
Jakten på De Vises Sten eller Hur man väljer det perfekta datorjournalssystemet <i>Jan Stålhammar</i>	128
<b>Apoteksbolaget</b>	
Frågor och svar om läkemedel <i>Lars-Olof Hensjö</i>	129
Information från Läkemedelsverkets konsensuskonferenser <i>Kerstin Persson</i>	131
Läkemedelsboken – ny upplaga, uppdateras vartannat år <i>Kerstin Persson</i>	132
<b>Tema DATORER (forts)</b>	
Tekniker kommer och tekniker går, bara möten och kunskaper består – En titt i backspegeln; datorer i primärvården <i>Britt-Gerd Malmberg</i>	133
Ett blad ur en husläkares dagbok eller Doktors gränssnitt mot datorn <i>Niels Lange</i>	134
Sätt användarvänligheten främst! <i>Jonas Sjögren</i>	139
Datorisering av Rens hälsocentral? <i>Leif Jonsson</i>	140
Akutbesöket som urvalsmetod för förebyggande hälsoarbete vid en vårdcentral <i>Christina Carlsson, Inger Linder, Ingrid Nilsson, Per Herrström</i>	142
<b>Recensioner</b>	
Pritchard P, Pritchard J. Developing teamwork in primary health care: A practical workbook. <i>Birger Ossiansson</i>	147
Roland M, Coulter A (Eds). Hospital referrals. <i>Anders Håkansson</i>	150
McWhinney I. A text book of family medicine <i>Karin Rö</i>	150
Steinsholt I, Rygh E. Röntgenboka. Bildediagnostisk utredning i praksis <i>Per Wändell</i>	152
Haglund BJA, Svanström L. Folkhälsovetenskap - en introduktion. <i>Charli Eriksson</i>	152



# 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  $\beta$ -blockerare eller ACE-hämmare.

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

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

**Plendil®**   
FELODIPIN

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

**Kärlselektiv Ca-antagonist mot hypertoni.**



1993

## JULI

◆ **6-16 juli.** Course on current issues in epidemiology: the prevention and control of chronic diseases, Cambridge, Storbritannien.

*Information:* The British Council.

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

*Information:* Henrik Toft Sörensen, Dept of Internal Medicine V, Aarhus University Hospital, DK-8000 Aarhus C. Tel 86-12 55 55 ext 3018.

## AUGUSTI

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

*Information:* L R international, Tarja Tukkiniemi. Tel 358-0-773 11 77. Fax 358-0-773 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.** VIIth European conference of the European society of Philosophy of medicine and health care, Oslo.

*Information:* Secretariat ESPMH, Dept of Ethics, Philosophy and History of Medicine Catholic University of Nijmegen, Postbox 9101, 6500 HB Nijmegen, Nederländerna.

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

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

◆ **25-27 augusti.** Course in the Use of NMR Spectroscopy in Structural and Conformational Analysis Hotel Frösundavik, Stockholm.

*Information:* Föreningen för Läkemedelskemi, Annette Lindberg, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85, Fax 08-20 55 11.

◆ **30-31 augusti samt 4-5 oktober.** Kurs i statistik. Högborga 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.

## SEPTEMBER

◆ **8-18 september.** Datahantering, statistisk bearbetning och rapportering vid klinisk läkemedelsprövning. Hindås. Sista anmälningssdag den 11 juni.

*Information:* Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 0824 50 85.

◆ **21-23 september.** GCP Monitoring. Praktiskt inriktad påbyggnadskurs i klinisk läkemedelsprövning. Johannesbergs Slott, Rimbo. Anmälan före den 11 juni.

*Information:* Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

## OKTOBER

◆ **7-10 oktober.** 45th Annual Orlando Florida. Scientific Assembly. The Continuing Medical Education Program for Scandinavian Family Physicians.

*Information:* AAFP, Allan Pelch, MD, Vognporten 6, DK-2620 Albertslund, Danmark. Tel +45 42 64 11 44, Fax +45 42 64 42 30.

◆ **11-15 oktober.** Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning. Sigtuna. Anmälan före den 13 augusti.

*Information:* Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

◆ **27-28 oktober.** Orienterande kurs i Klinisk läkemedelsprövning. Lerum. Sista anmälningssdag 31 augusti.

*Information:* Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

## NOVEMBER

◆ **2-5 november.** The Third International Workshop on "PRACTICAL STATISTICAL EVALUATION of PHARMACOKINETIC/DYNAMIC DATA - A Hands on Workshop using PCNonlin", Stockholm.

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

◆ **10-12 november.** Det kliniska prövningsprogrammet. Att planera och driva ett kliniskt projekt. Rusthållargården, Arild.

*Information:* Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 0824 5085.

◆ **17-20 november.** Utställningen "MEDICA + BIOTEC/COMPAMED 93" i Düsseldorf.

*Information:* Tysk-Svenska Handelskammaren, Verdandigatan 2, 114 24 Stockholm. Tel 08-791 72 01. Fax 08-790 30 98.

◆ **24-26 november.** Design. Protokoll. Patientformulär. Praktiskt inriktad påbyggnadskurs i klinisk läkemedelsprövning. Johannesbergs Slott, Rimbo. Anmälan före den 28 september.

*Information:* Apotekarsocieteten, Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll. Tel 0824 50 85.

### Anmälan om föredrag/posters till Riksstämman 1-3 december 1993

Sista dag för anmälan om föredrag eller poster till de allmänmedicinska sessionerna vid Läkaresällskapets Riksstämma är **den 20 augusti**.

Blanketter kan vid behov rekvideras från undertecknad. Vi hoppas inom SFAMs styrelse att få in många anmälningar.

**De fria föredragen i allmänmedicin är den 2 december på förmiddagen.**

Abstrakten skall sändas till undertecknad - starta i god tid!

**Calle Bengtsson**, professor vid allmänmedicinska institutionen, Göteborg.  
Vetenskaplig sekreterare i SFAM

Adress: Allmänmedicinska institutionen  
Redbergsvägen 6  
416 65 Göteborg

MAGNUS ERIKSSON

Denna ledare var inte lätt att skriva. Under lång tid, trots egna positiva upplevelser av att i fem år ha arbetat med datorjournal, har jag bibehållit en kritisk inställning till datorisering inom allmänmedicinsk verksamhet, eller åtminstone delar av denna process. Mina kritiska synpunkter har varit lika självklara som centrala när det gäller dessa frågor.

Efter att ha grunnat på denna ledare, men framförallt efter att ha tagit intryck av de artiklar som presenteras i detta nummer, har min inställning till datorer förändrats. Det grundläggande är idag att DATORN ÄR HÄR, och att jag/vi snarast bör ta ställning till hur vi vill förhålla oss till den i vår verksamhet. Ska den vara ett redskap för oss i vårt arbete med patienter och människor, eller ett kontrollredskap för vår uppdragsgivare, eller helt enkelt en sak som vi låter lura på oss av skickliga försäljare?

Det är hög tid att vi inom SFAM för en levande diskussion och får ett erfarenhetsutbyte rörande datorn i vårt arbete. Den är inte livsnödvändig i vår verksamhet, Du skulle säkert klara Dig väl utan den. Det har vi och våra kollegor gjort i århundraden, men nu är den här och vi alla bär direkt eller indirekt ansvar för dess integrering i vår verksamhet.

Frågor med anknytning till datorisering är idag mycket vanliga allmänläkare emellan. Det blir även allt vanligare när politiker och administratörer diskuterar allmänläkarvård. Har dessa olika grupper samma synpunkter och intressen när de diskuterar? Vems intressen ska bestämma? Vad tycker patienten?

Det var detta stora intresse för datorisering som ledde till att SFAMs styrelse tog initiativet till detta temanummer om datorisering inom allmänläkarvården.

Avsikten med de artiklar som här presenteras är inte i första hand att ge svar på de många frågor som finns. Syftet är att initiera till diskussion och erfarenhetsutbyte. Författarna har tillfrågats om de i korthet utifrån dagsläget vill ge sina högst subjektiva synpunkter på datorisering inom allmänmedicin.

Förhoppningsvis kan dessa artiklar leda till att Du själv kan få underlag till att fundera över vad som är det centrala och vilka frågor Du vill ha svar på när det gäller datorisering. Förhoppningsvis kan det leda till ett fortsatt utbyte av åsikter och erfarenheter i tidskriften och i mötessammanhang.

I mitten av 80-talet, när datoriseringsfrågor inom allmänmedicin börja-

de diskuteras, tog den dåvarande styrelsen inom SFAM ett mycket aktivt engagemang i dessa frågor. Genom sin representant Göran Sjönell, tog man initiativet tillsammans med bland andra distriktsläkarna Britt-Gerd Malmberg, Lars Berg och Bengt Dahlin till att starta SFAMs Datorgrupp. Under slutet av 80-talet var denna grupp mycket aktiv och skrev ett flertal artiklar och debattinlägg i denna tidskrift. Samtidigt ordnade man seminarier och andra möten för att diskutera datoriseringen inom allmänmedicin. Idag kan jag inte känna annat än beundran inför dessa teknologiskt orädda och nyfikna allmänläkare som inte bara gick i täten för datorisering, utan framförallt formulerade många av de centrala frågesättningarna i samband med datorisering. Frågeställningar som än idag är lika aktuella. Som exempel vill jag bara framhålla en av deras grundläggande utgångspunkter, formulerad 1985:

"Det är viktigt att vi allmänläkare själva är med i utvecklingsfronten avseende datorisering. Det är annars stor risk att mer specialiserade intressen tar över och allmänläkarna blir sittande med datorteknologi som inte stämmer med vårdens innehåll och utveckling."

Man kan idag bara beklaga att denna datorgrupp inte lyckades väcka ett större gehör för de frågor man tog upp. Vi hade då sannolikt haft större möjligheter att i ett tidigt skede förbättra den datoriseringsprocess, som nu ofrånkomligen sker inom allmänmedicin.

### Läs och tänk!

Till Dig, som nu skall ta del av de artiklar som här presenteras, kan jag bara säga: "Läs, tänk över vad som angår Dig och hör gärna av Dig med synpunkter eller frågor till tidskriften."

I dessa artiklar möter Du på ett ovanligt öppet sätt många olika erfarenheter men även många av de viktiga olösta frågor som skapar förvirring och osäkerhet och som bör besvaras. Här möter Du inte bara frågor för oss allmänläkare utan även mer allmänna, som till exempel frågan om journalens betydelse, sekretess och integritet samt vem som ska bestämma över datoriseringen.

Av artiklarna blir man varse att även om det finns en hel del osäkerhet och meningsskiljaktigheter, verkar det finnas en grund som förenar. Samtliga författare med erfarenhet av datorisering är överens om att den datoriserade journalen bör vara utgångspunkten för datoriseringsprocessen inom allmänmedicin. Likaledes verkar alla överens om att denna process i största utsträckning bör styras av allmänläkarens behov med hänsyn till sitt hälso- och

sjukvårdande arbete gentemot patienten.

Personligen finner jag fortfarande, trots många års erfarenhet av datorisering, att det är mycket i formuleringar och begrepp som jag inte förstår. En viktig uppgift är inte bara att skapa möjligheter till ökad utbildning och information inom detta område, utan även intresse för att ta del av den. Patienternas inställning till datorisering har i artiklarna inte nämnts i någon större omfattning. Min egen erfarenhet är att patienterna bryr sig förvånansvärt lite om den datoriserade journalen. De ser den uppenbarligen som doktors redskap. Om något, upplever de framförallt att den snabbare ger tillgänglighet till data och information. Någon ensaka patient visar en osäkerhet om integritet, men de flesta synes ta för givet att de kan lita på datorns, likaväl som på doktors sekretess. Detta är ett förtroende som vi måste bevaka i alla sammanhang!

### Datorn kan inte vänta!

I en ledare 1986 skrev jag utifrån mina då kritiska synpunkter "Datorn kan vänta". Ingenting har visat sig mer felaktigt än mitt påstående att datoriseringen kunde vänta på att vi själva i lugn och ro skulle formulera våra behov. Datoriseringen har de senaste åren varit närmast explosionsartad i den allmänmedicinska verksamheten. Idag är min uppfattning den motsatta **vi kan inte/bör inte vänta med att ta ställning i datoriseringsfrågor.**

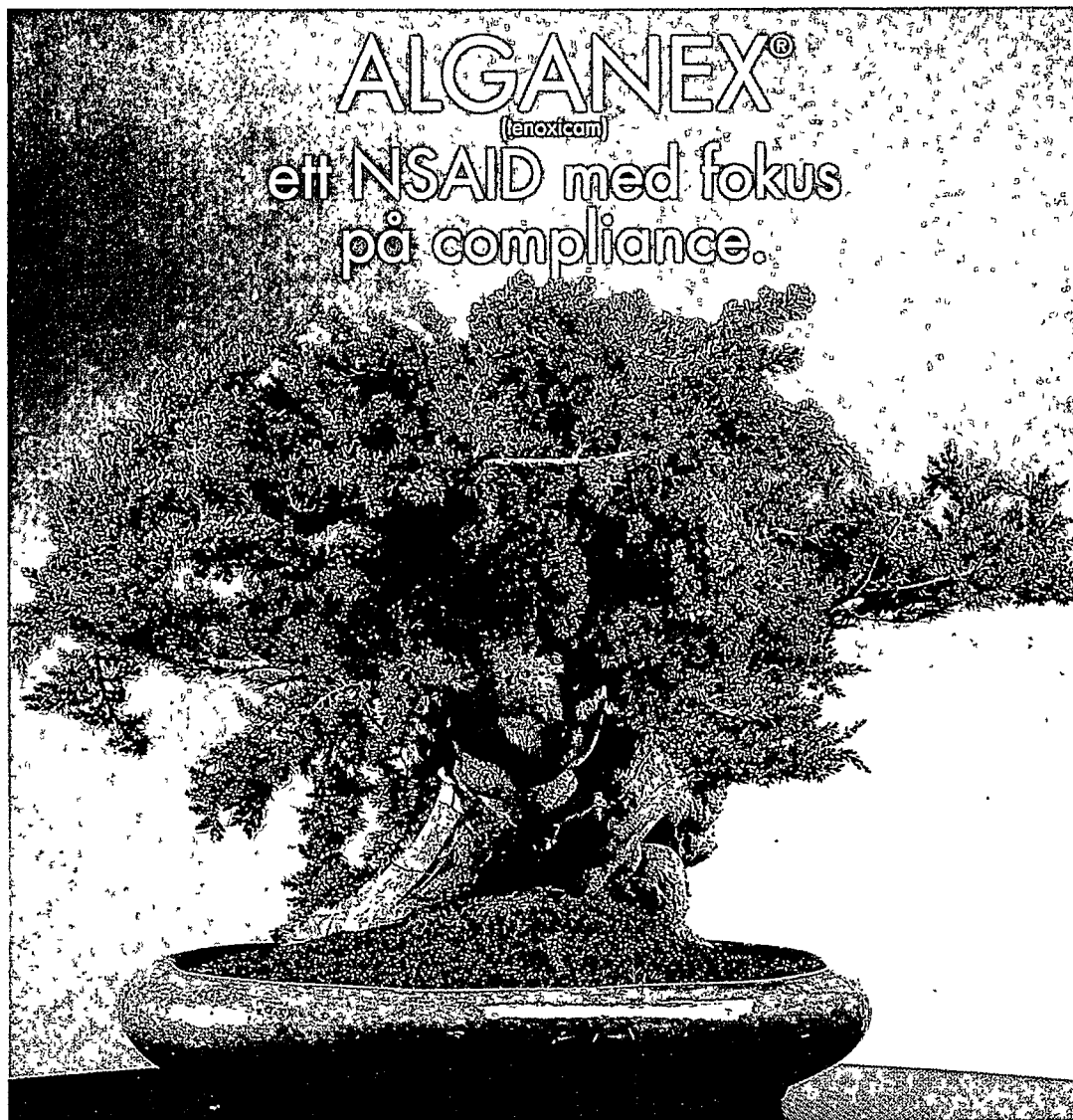
Om framtiden vet vi inget säkert, men av historien kan vi lära att det är de som var nyfikna och intresserade av bl a ny teknologi som kunde påverka den och dra mest fördelar av den oavsett hur den blev.

Nu är det viktigt att det i tidskriften skapas utrymme för att Du som allmänläkare får möjlighet att framföra Dina synpunkter och frågor och även förhoppningsvis få svar när det gäller datorisering inom allmänmedicin.

### Författarpresentation:

Magnus Eriksson, distriktsläkare samt ledamot av SFAMs styrelse.

Tallhöjdens värdecentral  
Tallhöjdsvägen 1  
152 41 Södertälje



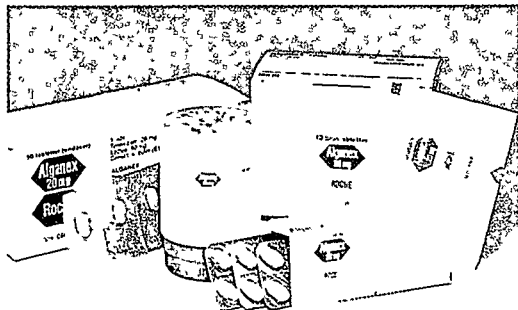
# ALGANEX®

(tenoxicam)

## ett NSAID med fokus på compliance.

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

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



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

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



Roche AB  
Box 250, 121 25 SKÅRHÖLMEN.  
Telefon 08-97 03 30 Telefax 08-97 56 66.

# SFAMs DATAGRUPP

## – vad skulle vi kunna göra?

BENGT DAHLIN

*SFAMs datagrupp behövs. Gruppen har ett bra program med saknar resurser att genomföra det. Nya former för gruppens arbete fordras. Medlemmar efterlyses, som kan och vill lägga fritid på detta stimulerande och allmännyttiga arbete.*

I AllmänMedicin nr 3 1991 beskriver datagruppens pressekreterare Lars Berg datagruppens historik, sammansättning och hur man diskuterat att reaktivera gruppen.

Författaren till detta upprop har varit med i gruppen sedan dess start och nu är dess ordförande. Jag har upplevt problem med att förverkliga de visioner, som togs vid det allmänna mötet i februari 1991. Framför allt ligger problemen på att kunna aktivera nya krafter i arbetet, att driva frågorna och att finna former för kommunikation med medlemmarna. Den utveckling som diskuterats under de senaste två åren är att

- fortsätta att vara styrelsens expertgrupp i datafrågor
- fortsätta att arrangera datakonferenser/seminarier
- anordna ad hoc kurser i aktuella områden
- stimulera till regionala utbildningsaktiviteter
- bygga nätverk för intresserade av medicinsk informatik
- finna former för kommunikation inom nätverken, till exempel
- få särskilt avsatt utrymme i AllmänMedicin eller egen publikation, datakommunikation genom till exempel Micforum
- initiera till och delta i fortlöpande utvärdering och information om kommersiella datasystem, som erbjuds allmänläkare genom kontakter med användare och användarföreningar
- i anslutning till SFAM:s allmänna möten anordna särskilda program inom ämnesområdet
- för att kunna genomföra ett utvidgat program bilda en särskild sektion inom SFAM.

### Behövs datagruppen?

Svaret på frågan är ja. Här några motiv för detta:

Som sakkunnighjälp till styrelsen i datafrågor får ledamöterna i datagruppen allt större betydelse i och med den accelererande utvecklingen.

En viktig insats gjordes i samband med utredningen om informationsstrukturen för hälso- och sjukvården (INFHOS) och dess första rapport "Rapportering från den öppna vården, Basdata för uppföljning (1990)". Den senaste insatsen var att delta i utredningen om Kvalitetssäkring i husläkarsystem och speciellt då angående förslag till Informationssystem för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring, 1992.

### Det pågår en lavinartad utbyggnad av datorstöd

I AllmänMedicin nr 1 1992 redovisar Lars Berg en enkät om registrering/datorjournal, som gjordes i slutet av november 1991. Enkäten visade att 9 procent då hade datorjournal och ytterligare 72 procent har planer att införa en sådan. 458 vårdcentraler (57 procent) registrerade data och 462 av dessa hade datorstödd hjälp i registrering- en.

Spri gör årligen inventering av datorjournalleverantörer. Den senaste från våren 1992 – PatientJournalSystem Med Datorstöd, Spridning, marknadsläge mm 1992 – visade att 25 firmor saluför datorjournalssystem. Tittar man litet närmare på datorjournalssystemen är det ytterst få som klarar de centrala krav som ställs på öppenvårdsregistrering vad gäller både administrativa och medicinska variabler.

Genom att gruppen fortlöpande följer vad som är på gång inom datorutvecklingen i hälso- och sjukvården kan vi vara medlemmarnas kunskapskälla. De enskilda medlemmarna i samordningsgruppen får ofta förfrågningar om datoriseringsproblem. En funktion som skulle kunna organiseras till en frågelåda i Allmänmedicin eller som mer organiserad telefonrådgivning med olika ansvarsområden för gruppmedlemmarna.

Tre stora seminarier om datorstöd i primärvården har genomförts. Modellen visade Markus Kallioinen på i Sundsvall 1984. Sedan följde Lerum 1985, Bergby gård i Stockholm 1987 och den senaste i Luleå 1988. Ytterligare ett seminarium var tänkt att hållas i Linköping 1990 men blev ej av. Kan- ske hade denna typ av aktivitet störst betydelse under ett tidigt skede i primärvårdens datorutveckling men för att regionalt kunna beskriva vad som "är

på gång" tror jag behovet kvarstår. Inte minst har mycket hänt i Linköpingsregionen de senaste åren så planerna på att genomföra seminariet där kvarstår.

Birger Gran och Britt-Gerd Malmberg startade upp kursen i Praktisk datalära och medicinsk informationsbehandling. En kurs som har blivit en institution och som rönt stort erkännande. Liknande kurser bör genomföras regionalt. Dessutom bör kurser i Medicinsk Informatik komma igång regionalt i ST-utbildningen. Datagruppen kan vara en pådrivare och resurs i sammanhanget.

### Kan idéerna förverkligas?

Det är ett omfattande program för framtiden som datagruppen skissat. Sedan idéerna framfördes för två år sedan har vi inte lyckats samla oss till några större förändringar i verksamheten. De enskilda i gruppen har jobbat vidare inom sina speciella intresseområden och bidragit till utvecklingen till allas bästa. Kontakten med styrelsen har övertagits av Magnus Eriksson, som bl a tagit initiativet till detta nummer av AllmänMedicin med inriktning på datafrågor. Jag ser det som styrelsens uppgift att nu ta ställning till om datagruppen skall vidareutvecklas eller fortsätta att föra en något begränsad verksamhet.

Gruppens arbete och organisation måste finna former i detta nya expansiva skede. Nya aktiva medlemmar och motorer, som vill och kan driva det viktiga arbetet vidare måste träda till. De dataaktiva allmänläkarna har ökat kraftigt i antal så det borde finnas personella förutsättningar. Det gäller att de som vill avsätta delar av sin tid för ett stimulerande och allmännyttigt arbete för SFAM:s datagrupp hör av sig till Magnus eller undertecknad. Det gäller också att styrelsen satsar på en datasektion i föreningen. Det kan göras i samverkan med Distriktsläkarföreningen och kanske också Svensk förening för medicinsk informationsbehandling. De flesta intressenter är medlemmar i samtliga föreningar.

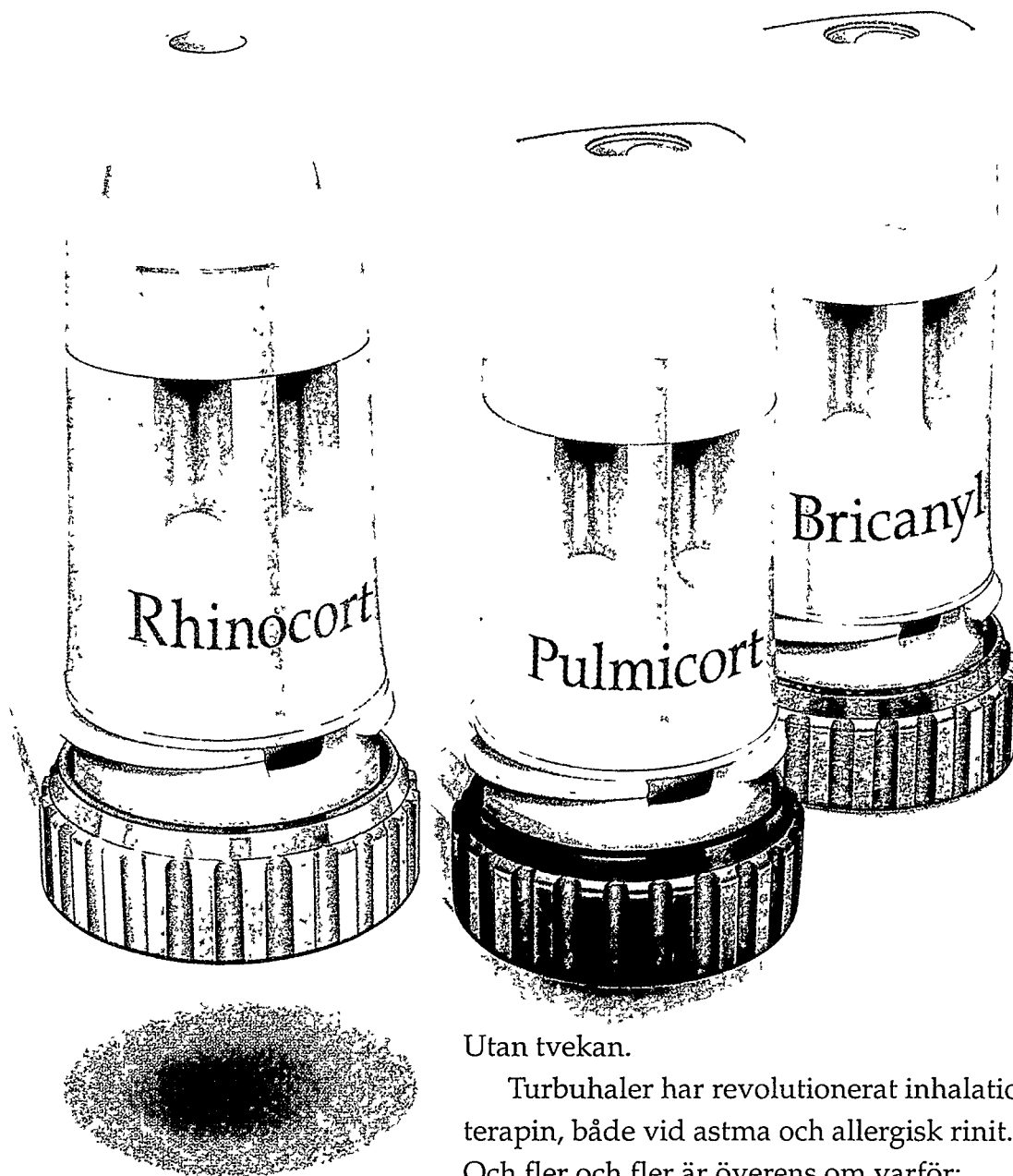
### Författarpresentation

*Bengt Dahlin, distriktsläkare, ordförande i SFAMs datagrupp.*

Primärvårdens utvecklingsenhet i Lerum  
Vårdcentralen i Lerum  
443 25 Lerum



# Revolutionen.



Utan tvekan.

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

Och fler och fler är överens om varför:

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

Dessutom innehåller den enbart rent läkemedel.

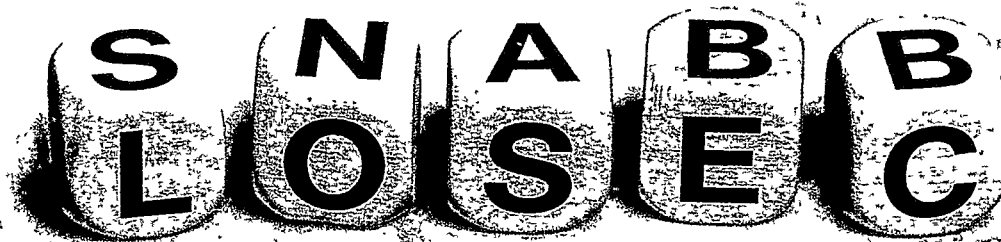
## *Turbuhaler*

*Så skall en revolution se ut.*

Rhinocort® Turbuhaler® ( budesonid 100 µg/dos ) nasal steroid vid allergisk och vasomotorisk rinit. Pulmicort® Turbuhaler® ( budesonid 100, 200 resp 400 µg/dos ) inhalationssteroid vid astma. Bricanyl® Turbuhaler® ( terbutalin 0,25 resp 0,5 mg/dos )  $\beta_2$  stimulerare vid astma och kronisk bronkit.

Referenser: 1. E. Aalto et al, Annals of Allergy, Volume 69, 1992. 2. H. Ahlström, E. Svenonius, M. Svensson, Allergy 44, 1989. 3. J. Duncan, A.C.W.S. Nmg, G.K. Crompton, Drug Invest 2, 1990. 4. G.R. Petrie et al, Drug Invest 2, 1990.

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



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 refluxesofagit.

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 syrarelaterade sjukdomar.



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

omeprazol  
**LOSEC**®  
-protonpumpshämmaren

# Examen i allmänmedicin – att mäta eller att recensera?

JAN STÅLHAMMAR

*Specialistexamen i allmänmedicin 1992 genomfördes i Östersund den 20 november. I samband med SFAMs höstmöte fick då 33 allmänläkare sina diplom. Därmed lade de slutstenen i det bygge som specialistutbildningen i allmänmedicin utgör och vars avslutande fas varit en nio månaders examensperiod.*

Hur bedömer man allmänmedicinsk kompetens? Vad är en god konsultation? Var går gränsen mellan patientens integritet och läkarens ansvar? Lyhördhet inför svaga signaler eller handlingsförklaring inför vardagens symtombrus?

Dessa och många andra frågor var aktuella vid den tredje specialistexamen i allmänmedicin i Östersund. Den var, liksom sina föregångare i Luleå 1989 och i Sundsvall 1991, inspirerad och ledd av Ulf Måwe, distriktsläkare i Luleå. Lokalt ansvarig i Östersund var Olof Englund, distriktsläkare i Offerdal. Examinationen bygger på ett uppdrag från Svenska läkaresällskapet och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och ingår i strävandena att kvalitetssäkra utbildningen inom allmänmedicinen. Vilket innebär att i minst lika hög grad bedöma utbildningens kvalitet, som de utbildades.

## Uppläggnigen

Den som hade sex månader kvar av sin specialistutbildning eller varit färdig allmänläkare i högst två år kunde våren 1992 anmäla sig till examination. I anslutning till anmälan fick varje deltagare en examinator (en erfaren allmänläkare) att hålla kontakt med under hela examinationsprocessen, som inleddes med att man utbytte levnadsbeskrivningar med varandra. I samråd med examinatoren bestämdes sedan ämne för specialarbete.

Före sommaren gjordes en sammanställning av specialistutbildningen och ett handledaryttrande. Den första september genomfördes ett skriftligt prov. Deadline för specialarbetet var 15 september och under oktober genomfördes det som av många uppfattades som det viktigaste i hela examinationen - vårdcentralsdagen.

Då besökte examinatoren deltagarens vårdcentral under en hel arbetsdag. Det viktigaste var att följa en serie autentiska konsultationer av varierande slag

## Exempel på examensfråga

### Fråga 5.

En 16-årig flicka som går första året på vårdlinjen, blyg och tystlåten, är uppvuxen i en socialt något "stökig" familj. Hon kommer på mottagningen och ber att få ett HIV-test, eftersom hon haft samlag ett par gånger med en 25-årig blandmissbrukare.

Vad gör du?

(akutbesök, äldre, yngre, kroniska sjukdomar) genom att sitta med i rummet, så kallat sit-in. Ett alternativ var att ta del av förinspelade videokonsultationer. Andra moment var att bedöma journalföring och intyg, följt av ett sammanfattande samtal med deltagarens handledare. Avslutning på examinationsprocessen var en muntlig presentation av specialarbetet i samband med själva examensdagen i november.

## Vad är det man mäter?

Vi som var med då, vet vad vi fick se – 33 mycket kompetenta allmänläkare. Men hur? Och varför? Vad var det som vi hade mätt? En kärnpunkt gäller kompetensen vid konsultationen - inlyssningen, tolkningen, förmågan att etablera kontakt och delad förståelse med patienten - kort sagt handlaget med de kommunikativa handgreppen. En annan central kompetens hos allmänläkaren är att handla utifrån de för tillfället rådande förhållandena, att modifiera sina insatser med avseende på person, plats, tid och situation. En slags "ad hoc-kompetens". Som allmänläkare vet man vad som står i kokboken, men varierar receptet beroende på om man bor i Göteborg eller Götene, Vittangi eller Vittinge. Om patienten har anhöriga eller ej, är gammal eller ung.

Kompetens i konsultationen respektive kompetens i situationen. Den första förmågan har mycket att göra med en skådespelares uttrycksätt och resultatet är en evidensupplevelse av det slag man erfar inför konst, artister. Bra eller dåligt? Falskt eller äkta?

Kompetens i situationen har mera att göra med hur man fattar beslut på underlag och i situationer som kan varieras på ett oändligt sätt. Ibland hur man får ordning i kaos. Det påminner med andra ord om hur en regissör löser sina problem.

Vid skrivningsgenomgången på examensdagen illustrerades det av den livliga debatten kring olika svarsalternativ. Samma scenario gav upphov till helt olika scenlösningar och rolluppsättningar. Stundom så skiftande att det framfördes förslag att slopa skrivningen! Det gick ju inte att komma fram till "rätt svar". Min tolkning av situationen är den helt motsatta. Eftersom det inte finns entydigt riktiga lösningar, är det desto mer angeläget att lyfta fram processen och medvetandegöra variationsbredden av rimliga alternativ. Så att inte falskt entydiga lösningar manglas ut över en mångfacetterad verklighet. En Enda Auktoriserad Hamlet.

Ett annat sätt att uttrycka svårigheterna med att bedöma komplicerade sammanhang är distriktsläkaren i Solentuna Ingvar Krakaus ord om att "primärvård kan inte mätas, bara recenseras - och påminner i det sammanhanget om opera". Det är bara att se fram emot nästa föreställning hösten 1993, då specialistexamen sker i Stockholm!

## Författarpresentation

Jan Stålhammar, examinator 1992, distriktsläkare.

Eriksbergs vårdcentral  
Granitvägen 5  
752 43 Uppsala

**SFAMs höstmöte  
28–29 oktober, Folkets Hus i Stockholm**

**Specialistexamen den 29 oktober**

**Riksmöte för studierektorer den 27 oktober**

# Vad kan provinsialläkarfonden göra för dig?

ANNA KÄLLKVIST

*Läkares grundutbildning, allmän- tjänstgöring (AT) och specialise- ringstjänstgöring (ST) har under senare år varit föremål för varie- rande grad av nyorientering. Den specialistkompetente allmänläka- rens fortsatta och genom yrkesli- vet kontinuerliga efterutbildning har fram till nu rönt mindre upp- märksamhet. I synnerhet för all- mänläkare är detta område av up- penbara skäl av vitalt intresse -- såväl för den enskilde läkarens professionella kvalitetsssäkring som för specialistens fortbe- stånd och vidareutveckling. Inför perspektivet av en husläkarre- form har behovet av en väl orga- niserad efterutbildning kommit att bli högaktuellt. Artikeln teck- nar Provinsialläkarfondens bak- grund och dagsläge samt invite- rar till samarbete kring dess framtid.*

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har tillsatt en enmansutred- ning, som innebär att Ulf Måwe under ett halvår kartlägger landet vad gäller erfarenheter, behov och önskemål kring allmänläkares efterutbildning. Uppdraget presenterades i AllmänMe- dicin 2/93, slutsatser och konkreta för- slag kommer att föreläggas SFAMs höstmöte i Stockholm i slutet av okto- ber. Varje landsting med självaktning och seriösa sjukvårdsplanerare arbetar nu också på någon form av skiss för de kommande allmän-/husläkarnas möj- ligheter på området. I detta samman- hang förtjänar Provinsialläkarfondens historia att tecknas. Dess framtid bör ligga i de moderna "provinsialläkarnas" händer. Dess nyorientering bör bli före- mål för husläkarnas aktiva engage- mang.

## Historik

1961 beslutade Kungl Maj:t att hu- vudmannskapet för provinsialläkarvä- sendet skulle överflyttas från staten till landstingen. Samtidigt fanns ett förslag om att provinsialläkartaxan skulle hö- jas till 10 kronor per patient. Detta be- viljades icke. I stället togs ett beslut som skulle visa sig lyckosamt för sena- re tiders kollegor: någon krona per pa- tient skulle avsättas till en efterutbild-

ningsfond för provinsialläkarna. Så grundades provinsialläkarfonden, efter- hand ofta gemenligen P-fonden kallad. Initiativtagare var Inrikesdepartementet (sedermera Socialdepartementet) med Sven Aspling i spetsen.

Fondmedlen tillhör alltså historiskt och de facto landets distriktsläkare. Från början sträckte sig fondens kurser över två hela veckor och kursdeltagar- na fick god ekonomisk ersättning för bortovaron från sina mottagningar. Olyckligtvis ströps fondens finansiella tillflöde i och med genomförandet av den så kallade sjukronorsreformen och därefter har den inte fått ytterligare ex- terna tillskott. Detta i kombination med inflation har gjort den ursprungligen rika fonden något fattigare.

Efterhand framfördes önskemål om större inflytande från distriktsläkarna själva över fondens styrning och kur- sernas innehåll och kvalitet. Distrikts- läkarföreningen (DLF) tog därför över såväl den administrativa kanslifunkti- onen som det formella och inne- hållsmässiga kursplanerandet. Den ekonomiska hanteringen anförtroddes fondens sekreterare.

Provinsialläkarfonden ingår i ett stat- ligt fondbolag och styrs av ett särskilt reglemente. Omkring nio miljoner kro- nor finns fonderade. 50 procent av av- kastningen (cirka 1 miljon kronor) används årligen till framtagande och genomförande av kurser. En nyhet under senare år är att man börjat tillåta uttag av en liten kursavgift.

## Styrelse

Fondens styrelse består förutom dess ständige sekreterare Olle Orava, sjuk- vårdsdirektör i Norrbottens läns lands- ting, av ordförande plus fem ledamöter med personliga suppleanter. Ordföran- deposten innehas för närvarande av statssekreteraren i Socialdepartementet Göran Rådö och suppleant för denne är Olle Stenfors, kansliråd vid samma de- partement. Övriga styrelseledamöter är Eva Sahlin, avdelningsdirektör på So- cialstyrelsen, och Kerstin Sjöberg, för- ste sekreterare på Landstingsförbundet. Sjöbergs suppleant är landstingsdirek- tören i Sörmland, Bengt Wallin. Även UHÄ bidrog tidigare med en styrelsele- damot, vilken dock fallit bort i och med detta ämbetes upphörande.

Själva kursplanerandet sköts av två distriktsläkare som i styrelsen repre- senterar Läkarförbundet respektive DLF, tidigare Ingemar Block, Varberg, och Olof Svender, Ljusdal. Efter många års trogen och ideell tjänst har dessa kollegor nu avgått och ersatts av

Christer Merck, Svalebo vårdcentral, Göteborg, och Anna Källkvist, vårdcentralen Kronan, Sundbyberg. Suppleanter är Britt Sjölin-Israelsson, Luleå, och Janina Cettner, Tyresö. Staffan Cederholm, Djursholms vårdcentral, hjälper till med uttagning- en av kursdeltagare och DLFs kanslist Gunvor Eriksson håller i sekretariatet.

## Aktuella kurser

Cirka tio kurser erbjuds varje höst och vår. Kursernas längd varierar från en till fem dagar. Antalet deltagare vid varje kurs varierar vanligen mellan 18 och 26. Samtliga distriktsläkare får en personlig inbjudan i slutet av varje "termin". Ett flertal kurser har funnits med på programmet under många år och av antalet ansökningar att döma tycks marknaden rätt mättad för flera av dem. Här finns alltså plats för nytän- kande.

Kurserna i datoranvändning, klinisk kemi/laboratoriediagnostik samt hälso- ekonomi/ledarskap (för närvarande under omorganisering) var under se- naste året de mest eftersökta. Gerdt Wretmarks klassiker ligger också i topp år efter år. Kurserna i ortopedisk medicin var länge de mest eftersökta, men trycket på att komma med har bör- jat avta, möjligen som resultat av att liknande utbildningar nu anordnas på flera håll runt om i landet. Den nytill- komna kursen i rehabilitering har fått mycket uppmuntrad kritik. Tabellen visar höstens kursutbud.

Fonden har även varit behjälplig i ar- betet med vidareutveckling av specia- listexamen i allmänmedicin och utbild- ningen av dess examinatorer. Vidare har man bidragit till genomförandet av enstaka särskilda seminarier, senast om ångestdiagnostik och användandet av benzodiazepiner.

## Nyordning

Ett helt nytt inslag i P-fondens utbud är årets två idékonferenser om två da- gar vardera kring just efterutbildning. Fonden stöttar därmed SFAMs efterut- bildningsutredning och konferenserna arrangeras av utredaren, Ulf Måwe. Förväntningarna på utfallet av denna nya satsning är stora och resultatet kommer att bli vägledande för fondens vidare utveckling.

Just arrangerandet av kortare idékon- ferenser har upprepat framförts som lämplig uppgift för P-fonden. Ett klart önskemål om kurser på en till tre dagar snarare än de traditionella veckokurser- na har redan delvis kunnat tillmötesgå. Behovet av att inte vara ifrån sin mot-

**Tabell. P-fondens kurser hösten 1993**

Ämne	Ort	Kursledare
Klinisk kemi/lab diagnostik	Kristianstad	Nils Tryding
Ortop medicin, särskilt – extremitetsdiagnostik	Säter	Franz Mildenerger
– ryggdiagnostik	Säter	Franz Mildenerger
Neurologi	Huddinge	Hans Link
Praktisk farmakoterapi	Göteborg	Nils Svedmyr
Terapeutisk hållning	Linköping	Gerdt Wretmark
Datoranvändning i primärvård	Sundbyberg	Britt-Gerd Malmberg
Akutmedicin	Västerås	Curt Rostad
Rehabilitering	Uppsala	Leif Stjernberg

tagning alltför många dagar i sträck lär inte bli mindre påtagligt i en kommande husläkarorganisation.

P-fondens långa och kanske något stelbenta framförhållning medför inte sällan att kursdeltagare tackar sent nej till kursplats. Detta fenomen skulle möjligen kunna avhjälpas med ett uttag av en liten anmälningsavgift. De personliga inbjudningarna bör troligen också kompletteras med annonsering, exempelvis i denna tidskrift plus Läkartidningen. Med en ökande tillströmning av nya distriktsläkare, som saknar kännedom om fondens kurser, har behovet av innehållsdeklaration på kurserna blivit mera påtagligt. En strukturerad, kontinuerlig utvärdering framstår också som nödvändig för att kunna hålla utbudet aktuellt och kvalitetsmässigt optimalt.

### Framtiden

SFAM existerade inte när P-fonden tillskapades och har därför hittills varit orepresenterad i dess styrelse. En rimlig tanke är att den tomma platsen efter UHÄ nu borde erbjudas en företrädare för denna de "moderna provinsialläkarnas" specialitetsförening.

Hur ska det bli med husläkarnas efterutbildning och professionella förkovran? Förhoppningsvis kommer den Måweska utredningen att kunna avspejla hur vi själva vill ha det. Men hur ska vår gamla provinsialläkarfond anpassas till den framtid som snart är här? Ett oprövat alternativ är att den finge fungera som en instans för kvalitetssäkring vad gäller efterutbildning. Hittills har den huvudsakligen fungerat som en gammaldags kursgivare. En tänkbar utvecklingslinje är att göra den till mer av ett utbildningsforum. Fonden skulle kunna ta del i ansvaret för att kartlägga husläkares efterutbildningsbehov och genomsöka marknaden efter lämpliga medel och vägar att gå för att tillgodose dessa behov.

P-fonden kom till världen som ersättning för utebliven taxehöjning vid överflyttningen av våra äldre kollegor från stat till landsting. Redan då ansågs efterutbildningen så väsentlig, att man var beredd att för varje konsultation avstå en viss summa till förmån för en utbildningsfond. Sjukvårdsreformen sat-

te P för fondens tillväxt. Ska husläkarreformen kunna medföra en återupplivning, en reaktiverad tillväxt? En sådan förstärkning skulle såväl fonden som dess målgrupp, återigen föremål för omorganisering, både behöva och förtjäna. Här räcker att betänka en husläkares öde i tider av småblåst. Råd eller inte råd, tid eller inte tid, och i slutändan de facto hög eller låg kvalitet är inte oberoende av pengar, resurser i form av fonderade medel med tydlig användarettikett. Så kan man ta både "liv- och kvalitetsförsäkring" på husläkaren.

### Invitation

Svaret på artikelrubrikens fråga ligger till stor del i våra egna händer. Eller i den uppenbara motfrågan: -"Vad kan du göra för fondens utveckling?"

Därför blir den enda rimliga slutsatsen: hör av dig till fondstyrelsen eller dess kursplanerare med synpunkter och tips, krav och önskemål! Svenska allmänläkare står vid en vägkorsning, ett uppbrott från gammalt och vant. Hur vi väljer nu kommer att påverka vårt återstående yrkesliv. Hur vi än väljer att arbeta, kommer möjligheterna till kvalitativ efterutbildning att få en avgörande betydelse för utfallet. Här gäller alltså för varje man och kvinna att låta höra sin röst! Kanske blir det faktiskt så, att vi får ungefär vad vi gör oss förtjänta av.

### Författarpresentation

*Anna Källkvist, distriktsläkare, studierektor*

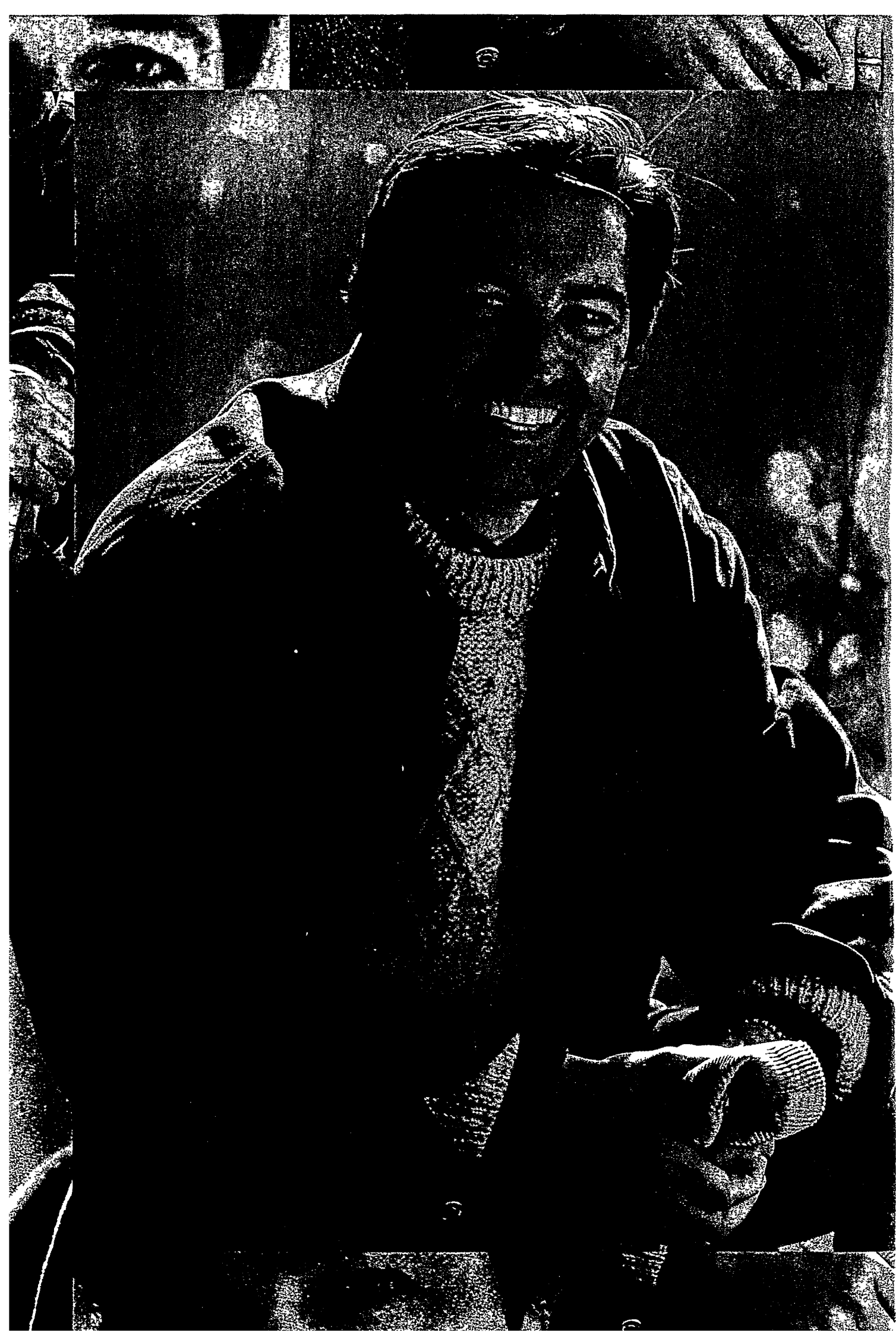
Vårdcentralen Kronan  
172 83 Sundbyberg

## DLFs FORTBILDNINGSPROGRAM för distriktsläkare i allmänmedicin

är ett 28-sidigt dokument som 1983 arbetades fram inom Svenska distriktsläkarföreningens (DLF) styrelse med medverkan från SFAM, för att visa olika intressenter vad distriktsläkare bedömdes behöva i efterutbildningsväg. Där ges historik över läkares fortbildning, definitioner av begrepp och kartläggning av befintliga aktiviteter och organisationer. Man avhandlar ansvar, finansiering och obligatoriefråga. Programmet indelas i mål, medel, innehåll och avslutas med referenslista och en PM om lokal fortbildning.

Programmet äger fortfarande sin giltighet och kan rekvireras från DLFs kansli på Läkarförbundet, tel 08-790 33 91.





# Nu är Nicorette® nikotinplåster receptfritt.

Sedan ett par år är Nicorette® nikotintuggummi receptfritt. Från och med den 17:e maj är även Nicorette® nikotinplåster receptfritt i Sverige.

Den avgörande skillnaden, jämfört med andra nikotinplåster, är att Nicorette® nikotinplåster bara ska användas under dagtid.

Det är fullständigt självklart, för vem hade som vana att röka i sömnen?!

## *Behandling och nedtrappning.*

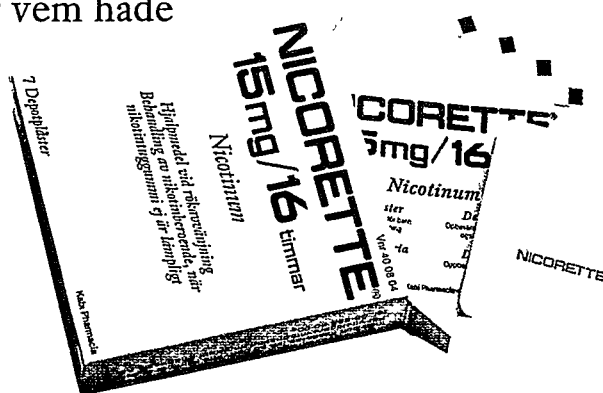
De första tre månaderna efter rökstoppet används ett behandlingsplåster om dagen. Det avger totalt 15 mg under 16 timmar.

Därefter används nedtrappningsplåstren. Först 10 mg/16 timmar i 2–3 veckor, och slutligen 5 mg/16 timmar i 2–3 veckor.

## *Nikotinplåster eller nikotintuggummi?*

Vilken beredningsform som passar bäst är naturligtvis i hög grad en individuell fråga. Vad man föredrar, och vilken produkt som ger bäst stöd för vilja och motivation.

Det finns bara en tumregel. Nicorette® nikotinplåster bör endast användas av den som rökt minst 10 cigaretter om dagen.



# NICORETTE®

*Hjälper när det är som jobbigast.*

Nicorette®, Nicorette® Mint, tuggummi 2 mg och 4 mg. Hjälper mot abstinensbesvär i samband med rökavvänjning. Nicorette® depotplåster. Hjälper mot abstinensbesvär i samband med rökavvänjning. Behandling av nikotinberoende när nikotintuggummi ej är lämpligt.

# Handledartips

JERKER LÖFGREN

## Handledarrecension

Målbeskrivning för ST-Allmänmedicin är ett kraftfullt dokument med stora krav men även stora möjligheter för våra underläkare och framtidens allmänmedicin.

Genomförandet har som en positiv bieffekt och morot att även handledaren blir en bättre doktor. Emellertid måste man mycket målmedvetet ta vara på den trots allt begränsade tid som skapas för kontakter mellan ST-läkaren och den personlige handledaren (tutorn).

Kunskapsbasen måste vara den traditionella medicinen. Men lika lite som människan består av summan av sina organ, lika lite är allmänmedicinen summan av slutenvårdens specialiteter. Vi måste alltså dels framhäva de allmänmedicinska aspekterna på dessa organspecialistdelar, dels poängtera hel-

hetssynen. Som handledare är vi själva tyvärr alltför rotade i gårdagens organ- och lasarettstänkande. Allmänmedicinen är ung som specialitet i Sverige och för vår ideologiska, allmänmedicinska fostran måste vi därför söka kunskap och förebilder i utländsk litteratur.

I min personliga handledning prioriterar jag dels den medicinska basen enligt ovan men även en ideologisk fostran med påverkan från progressiva länder som Norge, England och Kanada. Goda traditionella medicinkunskaper som är genomsyrade av primärvårds-ideologi tror jag skall ge oss den tyngd och självklarhet allmänmedicinen är värd. För mig som studierektor och personlig handledare får tidens trend med FoU för underläkarna stå tillbaka. Man kan gärna orientera om detta ämnen tyngdpunkten och tidpunkten bör

komma då man varit färdig några år och har såväl mer yrkesmässig mognad, som tid och större förmåga att sovra.

Som ett led i handledningens ideologiska fostran har jag låtit Karin Rö, den ST-läkare jag varit handledare för, under sitt första ST-år få läsa och recensera en av allmänmedicinens klassiker "A Textbook of Family Medicine" av Ian R McWhinney. Boken kan med stor behållning läsas såväl av ST-läkare som färdiga allmänmedicinare. Karins recension finns att läsa under Recensioner i detta nummer.

## Författarpresentation

*Jerker Löfgren, studierektor för primärvården i N Älvsborg*

Vårdcentralen Torpa  
462 36 Vänersborg

LB 05568

# Journal på burk, en färskvara i primärvården?

INGVAR KRAKAU

Låt oss börja i en annan ände och ett ögonblick betrakta den professionelle skribenten, journalisten, författaren, forskaren. Visst har de med ordbehandlaren fått ett suveränt hjälpmedel. Varje ord, varje mening kan ändras och ändras igen tills orden stämmer med tanken. Sådant arbete var förut avskräckande mödosamt. Har ni till exempel sett Marcel Prousts avfotograferade originalmanus – med ett myller av ändringar i texten och med inklistrade lappar i flera lager, också dessa fulla av ändringar. Sådant kan vara skönt att slippa – åtminstone för den stackars förläggaren. Men att skriva är inte bara att skriva in, det gäller i lika hög grad att överblicka det skrivna (om det inte rör sig om ren avskrift förstås). I en intervju för tidningen Vi uttryckte författaren Britt Edwall saken så här: "Man kan inte lägga ut akter, kapitel, delar, repliker, tankar och annat på ett stort bord och titta på dem och ordna dem om allting bara finns i en liten ruta, en grej i taget".

Det är främst här jag har mina invändningar mot dagens datorjournaler. Fördelarna är ju lätt avklarade: All information finns omedelbart tillgänglig (det vill säga om systemet inte är trasigt), man slipper ägna tid åt att hantera journaler, olika medicinska samman-

ställningar kan ske (om man klarar av att hantera rapportgenerators förstås).

Men problemet är att man blir fjättad vid en burk med ett titthål som visar "en grej i taget". Jag har tidigare diskuterat dessa ting i en artikel i Läkartidningen (1). Peter Henriksson, internmedicinare i Södertälje och Elsa Nygren från Centrum för studium av människan och datorn vid Uppsala universitet har, också i Läkartidningen (2), fört ett mycket intressant resonemang om de krav man som läkare faktiskt måste ställa på de datorer som skall härbärgera medicinsk information. De menar, att det finns åtminstone fyra sätt att läsa patientjournaler: Det kan gälla att skaffa sig en snabb överblick av viktig information; att återskapa en allmän minnesbild av patientens problem, att söka efter vissa bestämda sakuppgifter och att intuitivt söka efter uppslagsändrar för att lösa ett medicinskt problem. Det behövs inte mycket introspektion, för att inse att datorn får svårt att konkurrera med pappersjournalen när det gäller att snabbt överblicka stora informationsmängder, åtminstone när man inte i förväg vet exakt vad man letar efter.

Om inte datorjournalen är ett minst lika bra verktyg i det medicinska vardagsarbetet som den gamla pappers-

journalen, har den ingen plats på vårdcentralen, den bara tar plats! Att datorn kan förenkla kontorsrutinerna, hålla reda på eljest bortsprungna journaler och ta fram viss statistik, blir då faktiskt av underordnad betydelse.

All erfarenhet visar, att det inte är någon som i längden hinner föra in eller ens sammanfatta tidigare journaluppgifter i det nya systemet. För att man skall slippa att för överskådlig framtid leva med dubbla system, måste det finnas något sätt att automatiskt läsa in relevanta uppgifter i datorjournalen. Att börja om från början med systemet fulladdat med personnummer men renons på medicinskt innehåll, ett vårdcentralens år noll, är knappast något fräscht alternativ. Men nu verkar det inte finnas någon teknisk lösning på dessa problem. Kanske en del som infört datorjournaler tycker att man ändå klarar sig ganska bra utan de gamla uppgifterna. Man kan då fråga sig vad det är för mening att för framtiden lagra liknande uppgifter i det nya systemet. Denna kanske något sura kommentar kan möjligen ge anledning till en kritisk reflexion angående journalskrivning i primärvården. Motiverar verkligen den medicinskt nödvändiga mängden data en dator? Eller är det så att ett allt för vildvuxet dikterande skapar ett

lärtrogen arbetsmiljöproblem i form av oöverskådliga patientjournaler, vilka till nöds kan hanteras manuellt men svårligen per dator. I så fall borde vi kanske göra något åt journalskrivandet för att undvika kontaminering med onödiga uppgifter av de datorjournaler som (av andra skäl) kanske ändå måste finnas.

Smith påpekade nyligen i BMJ att utformning av ett medicinskt informationssystem lika mycket är en filosofisk som en teknisk fråga. Detsamma torde gälla kvalitetssäkring i vården. Varje kvalitetssäkring är därför unik. De uppgifter som behövs för att fastställa kva-

litet i vården, varierar med studieobjekt och frågeställning. Man vet således inte vilka uppgifter man behöver förrän man formulerat vad man vill veta. Med denna avslutande randanmärkning vill jag ha sagt, att det inte heller är givet att datorjournalen innebär någon lösning på problemet med kvalitetssäkring i primärvården. Det kanske därför kan finnas dubbel anledning att förhålla sig något avvaktande både till lockrop från datorindustrin och brösttoner från administratörer på temat "ropan skalla - datorer åt alla".

## Referenser

1. Krakau I. Användarkrav på datoriserade journaler. Läkartidningen 1992;89:1136-7.
2. Henriksson P, Nygren E. Den datoriserade journalen måste bevara pappersjournalens effektiva söksätt. Läkartidningen 1992;89:4413-4.

## Författarpresentation

*Ingvar Krakau, docent i allmänmedicin*

Sollentuna vårdcentral  
Box 164  
191 23 Sollentuna

Kurser &  
konferenser.

LB 0 5569

# Äta bör man ... om matens betydelse för hälsa och sjukdom

## Läkardagarna i Örebro, 19-20 april 1993

P OWE PETERSSON

Detta var temat för årets läkardagar i Örebro som, för 13:e gången, anordnades gemensamt av Svenska Läkaresällskapet i samverkan med Örebro Läkaresällskap och Regionsjukhuset i Örebro den 19-20 april 1993.

Årets läkardagar hade samlat omkring 200 deltagare, där huvuddelen kom från primärvården och glädjande nog utgjordes av en aktivt trivsamt blandning av läkare, hälsoupplysare, dietister, distriktssköterskor och hälsoupplysare.

Vi fick lyssna till mycket av stort intresse, som till exempel Stephan Rössner, professor med hälsoinriktad beteendeforskning som specialitet, som berättade om svenska matvanor förr och nu. Åke Bruce, professor, avdelningschef på Statens Livsmedelsverk redogjorde för svenska kost- och näringsrekommendationer. Leif Hambræus, professor på institutionen för näringslära i Uppsala, berättade om orsaker till fetma - allt under rubriken "Basdata" som inledde två mycket matnyttiga dagar!

Sedan följde en session som handlade just om vardagen på läkarmottagningen, en session som handlade om fetma.

En session behandlade speciella kostproblem, där vi fick lyssna till värdefulla synpunkter på vuxnas behov av mineraler och vitaminer, födoämnesintolerans och osteoporos. Kost för äldre och vejetarisk kost liksom matvanornas betydelse vis olik sjukdomstillstånd belystes allsidigt och instruktivt. Inte minst gällde det Calle Bengtsson och Gösta Tibblin's redovisningar om hjärt- och kärlsjukdomar och Hans-Olov Adami's redovisning om cancer och kost.

Läkardagarna avslutades med en paneldiskussion, där Åke Bruce från Livsmedelsverket, Olof Edhag, överdirektör på verksledningen i Socialstyrelsen och Lars-Erik Holm, avdelningschef på verksledningen i Folkhälsoinstitutet tillsammans med Stephan Rössner diskuterade vem som egentligen har ansvaret för att göra maten bättre, myndigheten, läkarna eller den enskilde. Paneldiskussionen mynnade ut i att myndigheters och läkares och hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift kanske framför allt är att ge allsidig, balanserad och trovärdig information till den enskilde, så att man tillsammans kan komma fram till en matordning som kombinerar nytta med nöje!

Som vanligt hade till läkardagarna sammanställts en publikation som alla fick, där alla 25 föredragen finns utförligt redovisade med bilder och allt. Detta är ett utmärkt initiativ och under dagarna såg man att boken verkligen var i flitig användning.

Boken "Äta bör man ... Matens betydelse för hälsa och sjukdom" kan rekommenderas från Sprit och kostar 140 kronor exkl moms.

Med tanke på inte minst informationsbehovet inom primärvården, vill jag verkligen rekommendera att man inte bara skaffar den här boken, utan verkligen läser den - just därför att den innehåller så mycket matnyttig information som hjälper oss att på ett allsidigt sätt ta upp maten och ätandet i våra dagliga diskussioner inom hälso- och sjukvården.

## Författarpresentation

*P Owe Petersson*

Samhällsmedicinska enheten  
Nya Varvet, hus 40  
421 71 Västra Frölunda

# Brufen minimerar risken för

biverkningar

!!!!!!

## MINDRE RISK FÖR MAGBLÖDNING

- Lågt antal rapporterade biverkningar i bl a Sverige<sup>1)</sup>, Danmark<sup>2)</sup>, England<sup>3)</sup> och USA<sup>4)</sup>
- Lågst risk för ulcus hos äldre<sup>5)</sup>
- Lågst toxicitet av samtliga NSAID<sup>6)</sup>

## KORT HALVERINGSTID

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

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

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

<sup>6)</sup> 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



## Datorjournalen som instrument för kvalitets-säkring – möjligheter och begränsningar

ROLF LINNARSSON

*Den snabba datoriseringen av primärvården har skapat stora förväntningar på datorjournalen som instrument för kvalitetssäkring och medicinsk revision. En datoriserad journal kan förbättra kvaliteten i vården genom att klinisk uppföljning underlättas, speciellt för patienter med multipla och kroniska sjukdomar. Dessutom kan datorjournalen användas som hjälpmedel för kvalitetssäkring, klinisk forskning och utbildning. Inbyggda beslutsstödfunktioner kan också ha positiva effekter på vårdkvaliteten. De krav som dessa tillämpningar ställer på datorjournalens utformning diskuteras i denna artikel utifrån ett förslag till nivåindelning relaterad till de olika typer av kvalitetssäkring som kan vara aktuella i primärvården.*

### Datorjournalen i svensk primärvård

Svensk primärvård genomgår för närvarande en snabb datorisering. Den första datorjournalen togs i bruk 1984 vid Vårdcentralen Kronan i Sundbyberg. Under hela 80-talet var inställningen från allmänläkarkåren avvaktande och endast ett fåtal system installerades, samtidigt som många vårdcentraler satsade på patientadministrativa system. Enligt de sammanställningar som gjorts av SPRI (1) var 1988 endast ett fåtal datorjournalssystem i drift, medan antalet installationer i början av 1991 uppskattades till cirka 200 och ett år senare till nära 500, varav 43 procent i primärvården, 30 procent hos privatpraktiker, 12 procent i företagshälsövård, 7 procent på sjukhuskliniker och 8 procent övriga. Samtidigt har antalet olika datorjournalssystem på marknaden ökat från tre 1988 till 25 1992.

Enligt en enkät till samtliga vårdcentraler, utförd av Socialstyrelsen i november 1991, kommer denna utveckling att accelerera ytterligare de närmaste åren. Enligt preliminära resultat från enkäten (sedan 640 av 850 vårdcentraler svarat) har 9 procent datorjournal, 20 procent har fattat beslut om införande, 35 procent planerar att

införa de närmaste åren och 17 procent vill ha datorjournal (2). Bland de system som redan är i drift dominerar Medex, Profdoc och Swedestar.

SPRI har i sina rapporter föreslagit en definition i fyra punkter av vad man menar med och kan kräva av en datorjournal:

1) systemet skall göra det möjligt att helt eller delvis ersätta pappersjournalen;

2) systemet skall göra det möjligt att samtidigt arbeta med samma journal från olika arbetsstationer för registrering, sökning, presentation osv.;

3) systemet skall ge goda möjligheter att söka och strukturera journalinformation;

4) systemet skall vara kommersiellt tillgängligt och tillhandahållas av en organisation med vilken avtal eller motsvarande överenskommelse om underhåll mm kan träffas.

Speciellt punkten 3 är viktig i detta sammanhang, eftersom den är avgörande för datorjournalens användbarhet för kvalitetssäkring. Med utgångspunkt från detta delar man in systemen i tre grupper: dokumentbaserade, sökordsbaserade och blandssystem.

I dokumentbaserade system lagras journaltext och övrig medicinsk information från ett vårdtillfälle som ett dokument. I sökordsbaserade system registreras och lagras all information om en patient under i förväg definierade sökord. Blandsystemen blandar dessa båda tekniker.

Inom en arbetsgrupp i SFAM pågår en diskussion om kvalitetskriterier för datorjournalssystem. Avsikten med detta arbete är att ge ett stöd för alla dem som planerar att införa datorjournal. Kriterierna är indelade i sex huvudområden:

- användarvänlighet i rutinarbetet;
- utdata, verksamhetsuppföljning;
- systemuppbyggnad, teknik, kommunikation;
- sekretess, säkerhet, laglighet;
- leverantören; säkerhet, underhåll, utvecklingsmöjligheter;
- praktisk test av journalen med givna uppgifter.

Det andra huvudområdet ovan (utdata, verksamhetsuppföljning) berör de frågor som har att göra med datorjournalens möjligheter vid kvalitetssäkring.

### Kvalitetssäkring i primärvården

I programskriften "Allmänmedicin inför år 2000" som kom 1988 slog SFAM fast att "Kvalitetssäkring av allmänmedicinen är en angelägen och ytterst central fråga" (3). När detta skrevs var erfarenheterna av kvalitetssäkring i svensk primärvård synnerligen begränsade. I takt med den pågående omstruktureringen av svensk primärvård har intresset för kvalitetssäkring ökat snabbt. Många allmänläkare och vårdcentraler har deltagit i den metodutveckling som pågått de senaste åren. Verksamhetsberättelser, kvalitetscirklar, medicinsk revision och kvalitetsindikatorer är några centrala begrepp i sammanhanget. Förebilder utanför Sverige har främst varit England och Holland.

I projektet "Verksamhetsuppföljning i primärvården" har 70 vårdcentraler och 23 lokala sjukhem deltagit i utveckling och testning av mått och indikatorer som kan utgöra underlag för verksamhetsberättelser (4). Ett formulär har tagits fram med cirka 70 frågor om resurser, verksamhetsinnehåll och kvalitet i vården. Möjligheterna att besvara dessa frågor utan alltför stor extra arbetsinsats är i hög grad beroende på tillgång till datoriserade informationssystem.

Kvalitetscirkeln som metod att lösa kvalitetsproblem har fått en ganska bred spridning i svensk primärvård (5). Utmärkande för kvalitetscirkelarna är den systematiska problemlösningsmetod som används. Faktainsamling är nödvändig för en jämförelse med uppsatta mål och standards. Journalen är en viktig informationskälla i detta sammanhang.

Medicinsk revision (medical audit) innebär så gott som alltid en granskning av journaler. Medicinsk revision kan vara extern, det vill säga utföras av någon utifrån kommande kollega eller expert, eller intern, det vill säga man granskar sig själv och sina kollegor på mottagningen. Båda metoderna har prövats i Sverige (6,7).

Under 1992 har en arbetsgrupp inom SFAM påbörjat ett arbete med att ta fram kvalitetsindikatorer för vissa utvalda problemområden/diagnoser (8). Syftet är att försöka få igång ett kvalitetssäkringsarbete på bredare front inom rutinsjukvården.

## Datorjournal och kvalitetssäkring

Möjligheten att förbättra kvaliteten i vården anges ofta som ett viktigt skäl till att införa datorjournal. Den datoriserade journalen kan tänkas ha effekter på kvaliteten i vården på flera sätt, dels direkt genom att informationshanteringen i rutinarbetet förbättras, dels indirekt genom att kvalitetssäkring, forskning och utvecklingsarbete kan genomföras med stöd av informationssystemet och genom att datorjournalen kan integreras med avancerade kunskapsbaserade system för beslutsstöd. I amerikanska studier har man kunnat visa att datorjournalen i verkligheten också har dessa effekter (9).

I det följande beskrivs datorjournalens möjligheter vid kvalitetssäkring utifrån en nivåindelning relaterad till olika kvalitetssäkringsmetoder. Olika nivåer ställer olika krav på datorjournalssystemen. *Nivå 1* rör kvaliteten i den dagliga informationshanteringen kring enskilda patienter, *Nivå 2* avser verksamhetsstatistik och kvalitetsindikatorer, *Nivå 3* gäller kriteriebaserad medicinsk revision med omfattande journalgenomgång och på *Nivå 4* slutligen integreras en bevakning av kvaliteten direkt i datorjournalen med datapåminnelser och datoriserade vårdprogram.

De praktiska erfarenheterna av kvalitetssäkring med hjälp av datorjournal i Sverige är ännu så länge begränsade, och inte mycket finns redovisat. Vid vårdcentralen Kronan i Sundbyberg har distriktsläkarna dock flera års erfarenhet av kvalitetssäkring med datorjournal på nivå 1-3 (10). Man har där också påbörjat ett arbete med att pröva datapåminnelser (nivå 4).

### Nivå 1

Den direkta effekt på vårdkvaliteten som har att göra med förbättrad informationshantering exempelvis genom

- att datorjournalen ger ökade möjligheter till klinisk uppföljning av patienter,
- att det är lätt att komma åt journaluppgifter genom att journalen alltid finns tillgänglig på terminalen och kan läsas av flera olika användare samtidigt,
- att informationen kan ställas samman till rapporter, faktalistor, vårdprogram, flödesscheman etc.,
- att patientproblem/diagnoser och de journaluppgifter som hör till respektive problem lättare kan följas över tiden.

Rätt utnyttjade ger dessa uppföljningsmöjligheter tidsvinster såväl som kvalitetsvinster. Genom att rätt information görs tillgänglig vid rätt tillfälle, skapas ett bättre beslutsunderlag för handläggning av patientens problem. Datorjournalen kan utnyttjas för hälsoprofiler och bevakning av olika preventiva åtgärder, exempelvis för influensavaccinering av riskgrupper.

### Nivå 2

Med datorjournalen förbättras möjligheterna till verksamhetsuppföljning. De uppgifter som behövs, finns registrerade rutinmässigt inom ramen för journalföringen, såväl patientadministrativa som medicinska data. Återkommande sammanställningar av besöksdata, diagnosdata och läkemedelsdata kan göras. Många av de uppgifter som ingår i det förslag till verksamhetsberättelse som tidigare nämnts kan tas fram automatiskt med datorns hjälp. Kvalitetsindikatorer för den medicinska handläggningen kan följas rutinmässigt.

### Nivå 3

Medicinsk revision innefattar vanligen en grundlig journalgranskning utifrån fastställda kriterier, ett arbete som normalt är mycket tidskrävande och endast kan genomföras tillfälligt och på ett urval journaler. Med en väl strukturerad datorjournal är det möjligt att inte bara identifiera patienter med en viss diagnos utan också att göra själva journalgenomgången med datorns hjälp. Granskningen behöver inte inskränka sig till ett urval av journaler utan kan göras för alla patienter med den diagnos som revisionen avser. Eftersom sökprogram kan sparas i datorn är det också enkelt att upprepa journalgenomgången efter det att kvalitetsförbättrande åtgärder vidtagits.

### Nivå 4

I begreppet kvalitetssäkring ingår inte bara att mäta kvaliteten utan också att åstadkomma förändringar. Det kan vara nog så svårt att förändra rutiner för handläggning, förskrivningsvanor etc. Internationellt har man bl a försökt med vidareutbildning, organisatoriska förändringar och till och med incitament i form av straff och belöning. Resultaten av dessa olika metoder för att åstadkomma förändringar varierar (11).

En speciell metod för att åstadkomma dessa förändringar är datapåminnelser (computer reminders) (12). Sådana system har prövats i USA och visat sig mycket effektiva. De reducerar påtagligt felprocenten i av kliniker fattade beslut. Felbesluten (ofta försummade laboratorieprover eller olämpliga läkemedel) antas bero på att informationsmängden som ligger till grund för besluten är för stor för att hantera. När påminnelserna avlägsnas ur systemet, återgår felprocenten till ursprunglig nivå!

En variant av sådana datapåminnelser har föreslagits i ett engelskt projekt av den engelske allmänläkaren Peter Pritchard: "concurrent audit", samtidig revision (13). En sådan revision förutsätter någon form av datoriserad journal. Med hjälp av datoriserade vårdprogram som är inbyggda i journalen kan man med datorns hjälp kontrollera om

man följer vårdprogrammet innan man fattar beslut om hur patienten ska handläggas. Datorn kan också ge påminnelser eller varningar om avvikelser av medicinsk betydelse sker.

### Krav på datorjournalen

En datorjournal ger stora möjligheter till kvalitetssäkring men endast under vissa förutsättningar. De olika nivåer som beskrivits ovan ställer olika stora krav på datorjournalssystemen. Helt avgörande för möjligheterna att använda utdata är den struktur journalen har, dvs hur informationen är organiserad i journalen och hur den lagras i den databas som utgör stommen i datorjournalssystemet. Sökordsbaserade system ger större möjligheter än dokumentbaserade.

Ett datorsystem bör för att ge maximala möjligheter när det gäller utnyttjande av utdata vara uppbyggt kring en väl definierad medicinsk terminologi. En entydig medicinsk terminologi behövs både för att man ska kunna ta fram valida utdata och för att utdata ska kunna användas för jämförelser över tiden och jämförelser med andra. Det pågår flera projekt, både nationellt och internationellt, med syfte att utveckla termbankar, dvs system som i en databas samlar medicinska termer enhetligt beskrivna med synonymer, definitioner och klassifikationskoder (14).

Vidare måste datorjournalssystemet innehålla en flexibel och kraftfull sök- och rapportfunktion med vars hjälp man kan "ställa frågor" till databsen. Noteras bör att så kallad fritextsökning i ett dokumentbaserat system inte är särskilt användbar. Data som tas fram med sökning i fri text har alltför låg validitet för att vara till hjälp vid kvalitetssäkring. För att systemet ska kunna ge datapåminnelser krävs utöver ovanstående dessutom att medicinsk kunskap finns lagrad i systemet i någon form och att samma enhetliga terminologi används både i kunskapsdelen och i journaldelen.

Sammanfattningsvis kan man formulera följande krav på systemen för att de ska vara användbara för kvalitetssäkring på olika nivåer:

*Nivå 1:* datorjournalen kan vara dokumentbaserad, men diagnosregister minimikrav;

*Nivå 2:* datorjournalen måste vara dokumentbaserad och innehålla sökregister och rapportfunktion;

*Nivå 3:* datorjournalen måste vara sökordsbaserad och innehålla sökregister och avancerad rapportfunktion/frågespråk;

*Nivå 4:* datorjournalen måste vara sökordsbaserad och integrerad med en medicinsk kunskapsbas.

## Referenser

1. Patientjournalssystem med datorstöd - spridning, marknadsläge mm 1992. Stockholm: Spri och landstingsförbundet, 1992.
2. Berg L, Åberg A. Enkäten om registrering/datorjournal - några preliminära resultat. AllmänMedicin 1992; 13:5.
3. Bengtsson C, Furhoff A-K, Haglund BJA, Hegardt G, Nerbrand C, Ribacke M et al. Allmänmedicinen inför år 2000. En programskrift. SFAM, 1988.
4. Verksamhetsuppföljning i primärvård 1990. Stockholm: Spri, 1992, (rapport 327).
5. Kvalitetscirklar i praktiken. Stockholm: Spri, 1991, (Rapport 301).
6. Persson L. Kvalitetsarbete i allmänmedicin. AllmänMedicin 1992; 13:69-71
7. Linnarsson R. Erfarenheter av medicinsk revision på vårdcentral. Läkartidningen 1991; 41:3380-2.
8. Ribacke M. Allmänmedicinens kvalitets-säkring en uppgift för professionen. AllmänMedicin 1992; 13:48.
9. Mc Donald CJ, Tierney W M. Computer-Stored Medical Records. JAMA 1988;259:3433-40.
10. Linnarsson R. Datorjournalen i funktion. I: Datagrundjournalen - en bas för verksamhetsutveckling. Stockholm: Spri, 1989, (rapport 269).
11. Marwick J, Grol R, Borgiel A. Quality assurance for family doctors. WONCA, 1992:63-78.
12. Mc Donald CJ. Protocol-based computer reminders, the quality of care and the non-perfectability of man. N Engl J Med 1976;295:1351-5.
13. Pritchard P. Can decision making be improved? Postgraduate Education for General Practice 1991; 2:4-6.
14. Linnarsson R, Wigertz O. Medicinsk och vårdadministrativ terminologi i dataåldern. Avdelningen för Medicinsk Informationsbehandling, Linköpings Universitet. Forskningsrapport 1989.

## Författarpresentation

Rolf Linnarsson, distriktsläkare,

Vårdcentralen Kronan,  
172 83 Sundbyberg.

# Skärpt beredskap i kroppens naturliga försvar



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

Är du uppdaterad om det senaste inom tymusforskningen?

Thymogen finns som tablett för peroralt bruk och som injektionslösning för subkutan eller intramuskulär injektion. Registrerat naturmedel nr. 88-5084 och 84-6001. Har ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll.

Ja tack!

Sänd mig de senaste forskningsrönen om Thymogen

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_



**MEDIC HERB AB**  
BIOLOGISKA MEDICINER

Medic Herb AB, Box 30060, 400 13 Göteborg

# Jakten på De Vises Sten

eller

## Hur man väljer det perfekta datorjournal-systemet

JAN STÅLHAMMAR

*När man ska köpa ett datorjournalssystem möts under beslutsprocessen det rationella och det genuint irrationella. Sällan är den gamla försäljardevisen – att det inte i första hand gäller att sälja en vara, utan en förhoppning – så adekvat som här. En förhoppning om överskådlighet, genomlysbarhet, enkelhet, ekonomisk lönsamhet, rationalitet, ökad kunskap, smidighet, professionalitet etcetra. Här presenteras några av de irrationella moment man får ta ställning till under jakten efter De Vises Sten – Det Perfekta Systemet.*

Till en början var allt enkelt. Vi projekterade för en ny vårdcentral och stod inför valet att antingen göra som man tidigare gjort, eller planera för något som inte så många gjort vid den tiden (1989): Att införa ett databaserat informationssystem.

Istället för att köpa skrivmaskiner, utrusta journalförråd och köpa mikrofilmtröstning för flera hundra tusen, tänkte vi att man kanske kunde lägga de pengarna på något annat, som i högre grad svarade mot verksamhetens framtida behov och önskemål. I den analys som gjordes ansågs att informationssystem inom hälso- och sjukvården i första hand skulle svara emot följande önskemål:

1. Vara kunskapsunderlag (journaltext, laboratoriesvar mm).
2. Vara patientadministrativt stöd – PAS (tidbok, kassafunktioner).
3. Ge faktaunderlag för kvalitetssäkring.
4. Ge underlag för verksamhetsstatistik.
5. Ge underlag för övergripande verksamhetsanalys.

I en enkel, intuitiv analys, befanns att en datorjournal med PAS-funktioner var det vi sökte. Men här upphörde det enkla.

Efter att ha befunnit oss i idéernas och principernas affektfria kristallhimmel, klev vi ner i verklighetens motsägelsefulla mångfald.

För att få ett beslutsunderlag besökte vi några av de datoriserade vårdcentralerna. Här kom *den första förvirringen*. Det var som att besöka olika kyrkor, där var och en blivit salig på sitt vis. Det mest slående var lojaliteten med systemet, oavsett vilket. Med hetta beskrevs det egna systemets fördelar på det andra systemets bekostnad, och bagatelliserades nackdelarna. Den stora lärostriden stod mellan begreppsbase-erade system och de som hade fri text. De förra var mer sofistikerade och excellenta för analys och uppföljning. Lite grann som högkyrka och frikyrka. En annan liknelse är den om vindkraftverkens utbyggnad. I Sverige satsade man på några få mycket stora och mycket sofistikerade, gravitetiskt snurrande kraftverk, som aldrig blivit några succéer, medan det i Danmark kryllar av enklare vindsnurror, som dessutom resulterat i en miljardindustri i Jyllands avfolkningsbygder. För närvarande förefaller det inte bara vara de små danska vindmöllorna utan också de små, enklare danska och norska datorjournalssystemen som vinner terräng på de svenska systemens bekostnad. Sannolikt därför att distriktsläkare i första hand är praktiker och i andra hand systemanalytiker.

*Den andra förvirringen* gäller att ta ställning till de divergerande åsikterna om hur omfattande datorstödet kan/bör vara. Förvirrande, eftersom den delvis kommer utifrån och exemplifierar vad andra än läkare tror att läkare vill ha i sina journaler. Här har välvilliga datafreaks och informationstekniker lastat på vad systemen kan, och inte vad som behövs. I ena änden finns de som ser datorjournalen som en elektronisk kopia av pappersjournalen som är hopkopplad med praktiska nyttigheter som receptskrivning, remisser och kassafunktion. I andra änden befinner sig de som ser möjligheten att lägga till ett universitet, alldeles under journalen, i form av mer eller mindre omfattande beslutsstöd, som antingen larmar, till exempel vid interaktioner mellan läke-

medel, ger differentialdiagnostiska förslag eller föreslår utredningsgångar. Här försöker illusionister i "multi-media", främst försäljare, för närvarande med sina bildspel att ge intryck av att besitta tekniker för överlägsen kunskapsinhämtning, nästan De Vises Sten – gripbart och genomlysbart genom några enkla tangenttryck. Påtagligt är att entusiasmen för den här typen av "plustjänster" avtar ju närmare vanlig sjukvårdspraxis man befinner sig, en skepsis över att "läkekonst inte tål hur mycket hjälpmedel som helst", för att citera Jonas Sjögren, debattlysten allmänläkare i Västerås med mångårig datorvana. Kopplad till den här lärostriden finns striden om "teckenbaserade system" vs "det grafiska gränssnittet". De förra är ofta snabbare att hantera i vana händer, med de senare är enklare och roligare att jobba med initialt eftersom de ger "vackrare" skärmbilder, men anses omständligare på sikt, eftersom de inte tillåter genvägar i programmen i samma utsträckning.

*En tredje förvirring*, eller geniens osäkerhet, gäller att det inte räcker att ta ställning till själva datorjournalssystemet och de lärostrider som följer med det, utan att det också är en fördel om man även är klärvoajant. Det gäller att kunna bedöma överlevnadsmöjligheterna på lite längre sikt för ens tilltänkta företagspartner: "Envar sin egen börsanalytiker". Förutom att det har betydelsen för någorlunda stabila förhållanden för till exempel stöd, "support", är det ju av väsentlig betydelse för systemets utvecklingspotential och också de resurser företaget kan mobilisera för att möta kundernas behov.

Jag väljer att sluta här mitt i förvirringen. Men den som vill gå vidare kan vända sig till SFAM:s datagrupp, där dessa frågor och andra systemerfarenheter diskuteras obundet till producenter och – förhoppningsvis – ovanför lärostriderna.

### Författarpresentation

Jan Stålhammar

Eriksbergs vårdcentral,  
Granitvägen 5  
752 43 Uppsala

# 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 (DRIC), som funnits ända sedan 1974. Idag finns liknande verksamheter på Akademiska sjukhuset i Uppsala (ALICE), Region-sjukhuset 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, utvecklade 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.

## Ibuprofen och synpåverkan

**FRÅGA:** Frågeställaren har en kvinnlig patient som ordinerades Brufen (ibuprofen) 400 mg x 3 på grund av muskelsmärta. Efter en vecka avbröt patienten medicineringen. På återbesöket dagen efter framkom det att hon kände sig förvirrad, glömsk och såg suddigt. Hon var även förändrad i sitt uppträdande. Kan Brufen vara orsaken till patientens besvär?

Övrig mediciner sedan tidigare är Uniloc (atenolol) och Norvasc (amlodipin).

**SVAR:** Depression och andra psykiska reaktioner har rapporterats för ibuprofen. CNS-biverkningar som medtagits i en katalogtext är bland andra yrsel, huvudvärk, nervositet, trötthet, konfusion, depression och emotionell labilitet.

Till Läkemedelsverkets biverkningsregister har totalt 19 rapporter om psykisk biverkan inkommit. För 17 av dessa har samband med läkemedelsintaget ansetts troligt. De biverkningar som rapporterats är ångest (2 fall), affektinkontinens (1 fall), irritation (2 fall), konfusion (2 fall), nedstämdhet (3 fall), sömnrubbing (2 fall), hallucination (3 fall) och psykisk påverkan (2 fall). Behandlingstidens längd har varierat från några dagar till månader, och för 11 patienter anges att de tillfrisknat utan men. För resterande 4 patienter är förloppet okänt.

Synbiverkningar är välkända för ibuprofen. I Läkemedelsverkets biverkningsregister finns totalt 72 fallrapporter, varav 54 har bedömts ha troligt samband med ibuprofenintaget. 14 fall avser dimsyn, där man i 11 fall bedömt sambandet med mediciner som troligt. Andra rapporterade ögonbiverkningar är t ex färgsinnesdefekt. I en bi-

verkningshandbok anges att ögonbiverkningar av ibuprofen är reversibla. Om ögonpåverkan uppträder rekommenderas att patienten avbryter behandlingen. För de i litteraturen beskrivna fallen har då synpåverkan försvunnit och synen blivit helt återställd efter ett par veckor.

Det aktuella fallet bör anmälas till läkemedelsverkets biverkningsregister.

**Tillägg:** Sedan patienten slutat med Brufen blev hon successivt förbättrad beträffande tröttheten, bedövningsskänslan, förvirringen och den suddiga synen. Vid telefonkontakt senare uppgav hon sig vara helt återställd. (ELIS)

## Interaktion karbamazepin – thyreoideahormonsubstitution

**FRÅGA:** En 30-årig kvinna med hjärtfel, epilepsi och hypothyreos behandlas med Levaxin 0.6 mg dagligen och karbamazepin 400 mg dagligen. Kan behandlingen med karbamazepin inducera metabolismen av levothyroxin och därmed öka behovet av levothyroxin?

**SVAR:** Ett flertal rapporter har publicerats angående interaktion mellan thyreoideahormon och läkemedel för behandling av epilepsi. En rapport från 1981 beskriver inflytandet av karbamazepin (kbz) på thyreoideahormon hos nio patienter med hypothyreos. Efter tre veckors behandling med kbz fick patienterna signifikant sänkta koncentrationer både av fritt och totalt T4 och T3, medan däremot kvoten T4:T3 liksom TSH nivån var oförändrade.

Man har därför föreslagit som en möjlig förklaring att kbz ökar den perifera metabolismen av levothyroxin. Ett flertal intensifierade studier har senare gjorts och alla bekräftar de tidigare iakttagelserna. Man har också funnit att även fenytoin minskar serumnivåerna av totalt T4, fritt T4 och möjligen också T3, sannolikt genom att inducera leverns plasmaclearance av dessa hormoner. Feedbacksystemet med TSH påverkas inte av dessa fenomen, sannolikt pga att anti-epileptika också påverkar hypothalamus utsöndring av TRH. Patienterna förblir kliniskt euthyreoida så det är fortfarande oklart om de lider av antingen en lätt, subklinisk hypothyreos eller att det hela återspeglar en ny jämviktsnivå för dessa hormoner. Man måste därför vara extra uppmärksam på både eventuella kliniska och/eller laboratoriemässiga tecken på förändrat thyreoideastatus. Förändring kan ibland fordra att dosen av thyreoideahormon måste justeras. Behovet av thyreoideahormon kan alltså vara högre hos en patient med samtidig behandling med kbz.

Eftersom den aktuella kvinnliga patienten redan får den anmärkningsvärt höga dosen levothyroxin, 0.6 mg dagligen (FASS: genomsnittlig dos är 0.15–0.20 mg dagligen), och eftersom både levothyroxin och kbz bör användas med extra stor försiktighet hos hjärtsjukdom bör patientens dos bestämmas efter noggrann koncentrationsbestämning.

(DRIC)





## Primärprevention med ASA

**FRÅGA:** Många personer medicinerar på eget bevåg med lågdos acetylsalicylsyra (ASA) profylaktiskt. Finns någon dokumenterad effekt av detta hos personer som ej har eller har haft några hjärtbesvär?

**SVAR:** Begreppet låg-dos acetylsalicylsyra (ASA) definieras något olika internationellt. I USA och Storbritannien definieras i allmänhet som lågdos en tillförsel per dygn av mindre än 300 mg ASA. I Sverige avses i allmänhet med lågdos ASA en dos acetylsalicylsyra på mindre än 100 mg per dygn baserat på doseringsstudier som utförts med stigande doser ASA med samtidig bestämning av prostaglandin- respektive prostacyclinmetaboliter i blod eller urin och där en diskriminativ effekt på dessa parametrar kunnat visas. I sammanhanget bör påpekas att använda doser av ASA för smärtlindring bör ligga mellan 500 och 1000 mg i singeldosen.

Vid studier över den sekundärprofylaktiska dosen av ASA vid hjärtinfarkt och stroke har dagsdoser mellan 30 mg och 1500 mg använts. I de placebokontrollerade studierna har därvid på olika dosnivåer en statistiskt säkerställd sekundärprofylaktisk effekt kunnat visas. Förekomst av biverkningar, i synnerhet gastrointestinala inklusive blödningar, har varit dosrelaterade. I flertalet studier har dessutom förelegat en överrepresentation av individer med såväl fatala som icke-fatala blödningar i gruppen som behandlats med aktiv substans utan att nå statistiskt signifikant nivå.

Användning vid så kallad **primär prevention**, det vill säga intag av ASA i profylaktiskt syften utan att hjärtinfarkt eller stroke förelegat har studerats i två studier. I den s k British Doctors' Trial ingick drygt 5000 manliga läkare mellan 50 och 78 år i en öppen studie varvid hälften rekommenderades att undvika ASA och hälften ordinerades ett dagligt intag av 500 mg. Efter sex års genomsnittlig behandling förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de två behandlingsgrupperna, varken i fråga om vaskulär död, stroke eller hjärtinfarkt tillsammans eller för någon av dessa händelser separat. Invalidiserande stroke var om möjligt något mer vanligt i den aspirinbehandlade gruppen. Endast begränsade data förelåg om vilka stroke som var av blödningsnatur eller trombotiska. Den andra studien, US Physicians' Health Study, var dubbel-blind, placebokontrollerad med dosen 325 mg ASA varannan dag hos 22 071 amerikanska läkare i åldersgruppen 40-84 år med en medelföljningstid på fem år. För vaskulär död, stroke och hjärtinfarkt förelåg en statistiskt signifikant reduktion av incidensen i ASA-gruppen. Vid en djupare analys visade hjärtinfarkt (fatal eller icke-fatal) den största reduktionen på 44 procent, vilket gjorde att studien avbröts i förtid. Emellertid förelåg ingen skillnad för annan hjärtdöd och en icke signifikant ökad risk för stroke av alla slag, särskilt i den mindre undergruppen hemorragiska stroke. Sammanfattningsvis får en sekundärprofylaktisk effekt med lågdos ASA anses dokumenterad medan frågan om en primärprofylaktisk effekt behöver ytterligare beläggas.

I olika studier har med *in vivo/in vitro*-teknik visats att lågdos ASA (ned till 50 mg/dag) ger en förlängd blödningstid, vilket sannolikt är en bidragande orsak till den

ökade frekvens av blödningskomplikationer som noterats i kliniska studier ovan.

Intag av acetylsalicylsyra är vanligt i befolkningen särskilt i dosering för smärtlindring. I en parallellstudie på 67 patienter under Run in-perioden för SALT-studien kunde visas genom bestämning av S-TXB2 (stabil metabolit av tromboxan) att ungefär 1/3 av patienterna hade ett intag av ASA mer eller mindre regelbundet.

**SAMMANFATTNING:** Ett mer eller mindre regelmässigt intag av ASA föreligger hos en betydande del av befolkningen. I olika studier har en förlängd blödningstid dokumenterats även med så kallad lågdos-ASA. I vilken grad detta bidrar till den överrepresentation av blödningskomplikationer som visats i olika långtidsstudier med ASA i profylaktiskt syfte har ännu ej klarlagts. Ett kontinuerligt intag av ASA även i lågdos under längre tid kan därför ej anses riskfritt, i synnerhet ej hos individer med benägenhet för hjärt-kärlsjukdomar.

Därför är lågdosberedningar av ASA som registrerats i Sverige receptbelagda och skall därför endast användas under längre tid efter läkarordination på angivna indikationer.

(DRIC)

## Utsättning av antidepressiva

**FRÅGA:** En manlig patient intar sedan flera år Tryptizol (amitriptylin). Dosen är nu nere i enligt vad han själv uppger 1,5 tablett à 10 mg dagligen. Patienten påstår sig ha uttalade abstinensbesvär vid försök till ytterligare dosminskning och önskar titrera ned medicineringsdosen till 1 mg i taget. Finns det erfarenhet av abstinens i samband med utsättning enligt ovan? Lägre doser än 10 mg finns ej. Är det möjligt att kunna dosminska med 1 mg i taget?

**SVAR:** Tryptizol (amitriptylin) är ett tricykliskt antidepressivum och verkar främst som membranpumphämmare för noradrenalin och serotonin. Halverings tiden kan på grund av individuell metabolism vara mycket varierande, 9-50 timmar. Efter långvarig användning kan plötsligt utsättande leda till besvär som illamående, huvudvärk, rastlöshet, sömnstörningar och allmän sjukdomskänsla varför utsättandet bör ske successivt under noggrann kontroll.

Det är ofta de kvarstående låga doserna som orsakar mest problem för patienten i samband med successiv utsättning. Detta gäller de flesta läkemedel, även för tricykliskt antidepressiva och bensodiazepiner. Med tanke på den stora individuella variationen i metabolism är det möjligt att enstaka patienter kan få särskilt uttalade besvär accentuerade av att serumkoncentrationerna av tricykliskt antidepressiva faller trappstegsvis trots successiv nedtrappning av dosen. Den mera detaljerade farmakologiska orsaken till abstinensproblem vid låg dosering är ej känd. För att undvika dessa symtom är det viktigt att låta vissa patienter kvarstå under lång tid på en mycket låg dos innan preparatet slutligen helt sätts ut.

Förslagsvis tas nu ett serumprov för läkemedelsanalys på den aktuella patienten och analyserna upprepas i samband med utsättning eller om möjligt nedtrappning. Kvarstår patientens problem kan minsta möjliga dos återinsättas.

Apoteksbolagets produktionsenhet kan efter beställning exempelvis tempore-tillverka kapslar med amitriptylinhydroklorid med önskad styrka.

(ELIS)



## Interaktion waran – isoxazoly-PC

**FRÅGA:** En patient som kontinuerligt behandlas med Waran (warfarinnatrium) fick Diclocil (dikloxacillin) och erhöll då höga PK-värden. Detta är en känd interaktion. Finns det risk för samma interaktion om man byter till Ekvacillin (kloxacillin)?

**SVAR:** I FASS anges att dikloxacillin interagerar med dikumarolgruppen. Man refererar här till fem fall som rapporterats till Läkemedelsverkets biverkningsregister där effekten av warfarin/dikumarol minskade vid samtidig peroral behandling med dikloxacillin. Mekanismen är oklar. För dikloxacillin finns idag 10 rapporter med minskad antikoagulationseffekt, varav 6 i samband med Waran (warfarin) och 4 i samband med Apekumarol (dikumarol) och 8 rapporter (4 med Waran och 4 med Apekumarol) med ökat protrombinkomplex i Läkemedelsverkets biverkningsregister. I samtliga fall har sambandet med medicineringen bedömts som troligt.

För Ekvacillin (kloxacillin) finns i samma register ett fall med minskad antikoagulationseffekt i samband med Waranbehandling och ett fall med ökat protrombinkomplex i samband med Apekumarol. Båda fallen har bedömts ha troligt samband med medicineringen.

Även för flukloxacillin (Heracillin och Isoxapen), som är den tredje substansen i gruppen isoxazolylicilliner som finns registrerad i Sverige, finns rapporter om interaktion med warfarin. Vid sökning i litteraturen samt i databasen Medline återfinns inga uppgifter om interaktion mellan kloxacillin och warfarin. Däremot finns fyra artiklar där de närbesläktade substanserna nafcillin (ej registrerat i Sverige) och dikloxacillin rapporterats ha minskat antikoagulationseffekten av warfarin. Två av dessa finns refererade i en tidigare utredning från Läkemedelsinformationscentralen, Huddinge sjukhus.

Mot bakgrund av att kloxacillin, nafcillin och dikloxacillin alla ingår i gruppen isoxazolylicilliner och har likartad metabolism kan man på sannolika skäl anta att kloxacillin och warfarin interagerar. Detta stöds av de två rapporterade fallen i Läkemedelsverkets biverkningsregister med försämrat antikoagulationssvar och ökat PK-värde där kloxacillin givits i samband med warfarin respektive dikumarol.

Trots att interaktionen dikloxacillin/warfarin är välkänd och även upptas i FASS bör man överväga att anmäla det aktuella fallet till Läkemedelsverkets biverkningsregister. (ELIS)

# Information från Läkemedelsverkets konsensuskonferenser

KERSTIN PERSSON

*LB 0 8746*

Sedan många år arrangerar Läkemedelsverket workshops på terapiområden där gängse rekommendationer kan misstänkas behöva revideras. En expertpanel av såväl slutenvårds- som öppenvårdsdoktorer bjuds in för att enas om konsensusutlåtande. Utlåtandet publiceras i "Information från Läkemedelsverket" i form av rekommendationer.

För att också erbjuda framför allt öppenvårdsdoktorerna möjlighet till **muntlig producentobunden information** om innehållet samarbetar Läkemedelsverket med Apoteksbolaget. Samarbetet består i, att Läkemedelsverket bidrar med utbildning till Apoteksbolagets informationsapotekare om workshopens innehåll i synnerhet, men framför allt om det som är nytt och kanske till vissa delar kontroversiellt.

Informationsapotekarna förankrar sedan workshopens budskap bland sina "lokala experter" och i lokal läkeme-

delskommitté och lokal information till öppenvården skall utformas.

Informationen erbjuds sedan till distriktsläkare och andra i anslutning till övrig information om till exempel nya läkemedel samt lokala forskningsstudier. Genom denna information är det apotekens förhoppning, att ytterligare kunna stödja läkarna för kostnadseffektiva terapi- och preparatval.

Bland kommande workshops inom de närmaste 1–2 åren kan nämnas

- behandling av ulcus och esofagusreflux
- antikonception
- östrogener och osteoporos
- behandling av vaskulär huvudvärk
- behandling av psykiatriska problem vid demens.



# Läkemedelsboken - ny upplaga

uppdateras vartannat år

KERSTIN PERSSON

Enligt avtal mellan staten och Apoteksbolaget skall bolaget arbeta för att en god läkemedelsförsörjning upprätthålls i Sverige. Enligt en annan punkt i avtalet skall Apoteksbolaget verka för utvecklingen av en bra producentobunden läkemedelsinformation. Läkemedelsboken, som utgivits sedan 1977, är ett led i Apoteksbolagets ambition att leva upp till sina åligganden inom detta område.

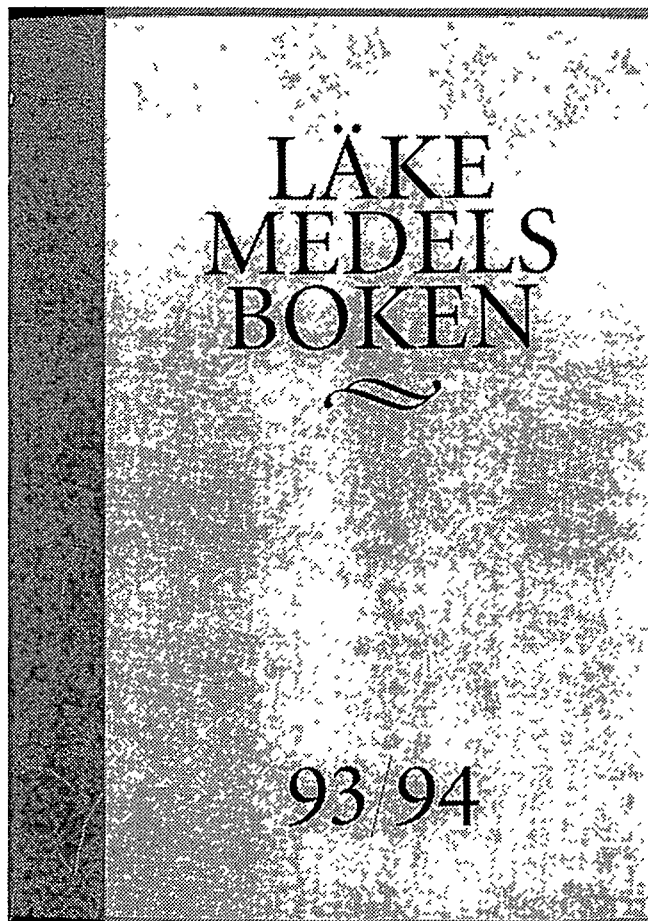
## Vem vänder sig Läkemedelsboken till?

Det är vår avsikt att Läkemedelsboken skall vara ett värdefullt hjälpmedel för läkare och övrig sjukvårdspersonal och för andra som söker information om läkemedel. Boken är i första hand avsedd för läkare i öppen vård utanför sjukhus och för läkare under utbildning. Vår förhoppning är att det även skall vara till nytta för läkare på sjukhus, särskilt för att lösa problem utanför sin specialitet.

## Vad hittar man i Läkemedelsboken 93/94?

Läkemedelsboken strävar efter att ge en producentobunden information om läkemedel på den svenska marknaden. En målsättning har varit att presentera läkemedlen i aktuella terapiavsnitt på ett sådant sätt att boken kan tjäna som vägledning i den praktiska medicinska vardagen.

- Boken är uppbyggd kring 19 terapiområden som i huvudsak följer en anatomisk uppdelning (tidigare års kapitel om till exempel infektioner och cancer återfinns nu under respektive organavsnitt).
- Terapiområdena omfattar 85 kapitel, skrivna av 122 författare. Ofta finns terapiområdena belysta såväl av öppen- som slutenvårdsläkare. Inom respektive område har anlitats kunniga och erfarna svenska läkare med framskjuten och erkänd ställning inom sitt område. Alla artiklar har granskats av utomstående referenter.
- Nya områden som belyses är den akut medvetlösa patienten, mannens sjukdomar såsom prostatas sjukdomar och impotens, demens samt hjälpmedel vid stomi och inkontinens.
- Barnets och den åldrande patientens speciella krav på läkemedel belyses i respektive terapikapitel.
- En speciell belysning av vanliga kliniska terapiproblem görs under kapitlet "Terapivikt och biverkningar - orsaker och åtgärder".
- För de 11 största öppenvårdsindikationerna finns grafiska och lättillgängliga presentationer av vad kostnaden blir då läkaren fattar beslut om att förskriva ett visst läkemedel till sin patient. Det nya läkemedelsförmånssystemet, som trädde i kraft 1993-01-01, beskrivs.



# Tekniker kommer och tekniker går, bara möten och kunskaper består

## En titt i backspeglarna; datorer i primärvården

BRITT-GERD MALMBERG

*Primärvården har datoriserat stora delar av sin kärnverksamhet under de senaste åren. Inflytandet över besluten har dock inte alltid legat på verksamhetsansvariga och än idag finns minst lika mycket "top-down" som under 1980-talet. Med pengatilldelning styr landstingen datoriseringen, ibland till och med till egen systemutveckling. Lite goda råd till distriktsläkarna ges i artikeln. Managementfrågor och utbildning är viktiga aspekter inför datorisering. Tänk (och känn) efter före.*

### Kära kollegor och bästa läsare!

Det är inte var dag man får chansen att reflektera över vardagen och detta med "datoriseringen och primärvården"! Klart att jag tackade "ja" när tidningen genom Magnus Eriksson bad om mina personliga synpunkter. "Självklart och entydigt, rent av enkelt" var mina första tankar. Detta har ju upptagit en mycket stor del av mina arbetsveckor de senaste tio åren!

Management, ledningsfrågor, att veta vad man håller på med, nyfikenhet, kliniska praxisfrågor, kompetensutveckling, bra service till våra patienter med mera var ord och företeelser som för genom mitt huvud. Men detta har det ju skrivits hyllkilometer om. Eller??

Teknikutveckling i en i övrigt lågteknologisk verksamhet – är det en intressant aspekt? Och alla dessa programmeringsspråk och därtill medföljande oftast prestigefyllda fighter som jag (oförskyllt) blivit indragen i under 1980-talet. Kan man dra några generella konklusioner av det?

Hur datoriserar man? Top-down eller bottom-up? Genom styrning av regelverk, journalsystemval, pengar, stöd till professionella krafter?

Var kommer patienten in i detta? Och vi som behandlare? Och vad väntar oss på 1990-talet; internationalisering med ökat informationsutbyte mellan olika behandlare och fortsatt specialisering samtidigt med decentralisering och närhet mellan patienten och hans familj och husläkaren?

Vad kostar det att ge datorstöd till den kliniska verksamheten? Är det fortsatt stöd till i första hand patientadministration som är lönsammast? Vem fattar egentligen beslut idag i alla dessa frågor? Hur ser min egen bild ut om framtiden – som kliniker, entreprenör eller forskare? Ny teknik ger mig kanske möjlighet till både och. Rationell dokumenthantering parad med effektiva utdataverktyg för databashantering?! Skall jag råda kollegor att vänta? Men det verkar ju inte heller klokt, trots att marknaden översvämmas av halvbra till heldåliga journalsystem. Varför ska vi i Sverige alltid göra en sak i taget?

Inte hjälpte ett par sköna skidturer i Grövelsjöfjällen att sortera ut begreppen. Det brukar i vanliga fall ske där fjällbjörken glesar ut och snöripan trycker. Ämnesområdet är således av filosofisk karaktär och samtidigt mycket praktiskt!

### Vem behöver datorstöd i primärvården?

Svar: Specialist på verksamheten, medicinskt, omvårdnadsmissigt och administrativt ansvarig för verksamheten på vårdcentralen eller husläkarteamet; även ansvarig för kvaliteten i vården och ekonomin. Ansvarig för dygnetrunkverksamheten, för patientens riktiga behandling och uppföljning, för din och dina medarbetares kunskapsutveckling nu och i framtiden.

Du måste således själv och tillsammans med medarbetare skaffa dig kunskaper om vad olika datorjournalssystem kan hjälpa dig med, men först bestämma dig för vad du vill åstadkomma. "Affärsidé" kallas det idag. Spänn bågen, involvera dina medarbetare i skapandet av framtida mål. Avsätt tid och pengar för utbildning, gör studiebesök och ställ kluriga frågor. Se till att "vara beslutsmissigt", det rör ju ditt och dina medarbetares arbetsverktyg. Av språkbruket hos administrativ personal i vården kan man förledas tro, att det handlar om lagerhållning av dokument (journalhantering, ärendehantering etc). Kom ihåg att det alltid är lättare att lära sig grunderna i ADB än i allmänmedicin.

### Men teknikval? Inte kan väl jag?

Svar: Jovisst. Under de senaste 10–20 åren har märkligt nog de flesta läkarna (trots lång utbildning) låtit en liten grupp ADB-kunniga nära lands-

tingens centrala administrativa enheter styra utvecklingen. Varje landsting med lite självaktning har satsat på egenutveckling av förhållandevis enkla ekonomisystem, egna patientadministrativa system för betalning och inskrivning. Ibland har man satsat på mer sjukvårdsbetonade system, men tonläget har alltid varit "administration".

Datoriseringsgraden inom sjukvården med inriktning på kliniska system är otroligt låg i Sverige internationellt sett. Och nu satsas ju allt på ekonomiska styrsystem!! Några pengar lär det knappast bli kvar att stödja den verkliga kärnverksamheten – sjukvården.

Primärvården är i motsats till röntgenavdelningar och intensivvårdsenheter lågteknologisk. Och kanske därför utsatt för administratörernas omsorg även inom ADB-området. Det kan förefalla så enkelt att ha åsikter om vad primärvård är. På 1980-talet blev vi på vårdcentralen Kronan och i Gråbo betraktade som annorlunda, när vi betonade primärvårdens journaler som "instrument". Att ge stöd till denna (gemensam för olika yrkeskategorier i teamet) för att granska och förbättra vårdkvaliteten, förbättra kontinuiteten och effektivisera administrationen i nu nämnd ordning, var den målsättning vi hade när vi 1984 i motvind datoriserade våra journaler. Vi blev således papperslösa, då vi ville ha stöd för hela journalen. Angeläget för ADB-avdelningar inom landstingen var då våra bokningsrutiner, var journalerna möjligen befann sig (lånesticka), personalens schema samt kassarutiner. Och hur ser det ut idag? Exakt samma enheter vill idag ha journalsystem. "Datorjournaler är navet kring vilket verksamheten går runt" kan en ADB-chef eller försäljare utropa.

Kanske bör man ändå vara lite försiktig och analysera argumenten för denna omsvängning. Är det insikt eller bara ett bra sätt att få in "patientbundna" åtgärder i det stora landstingets totala ekonomiska styrsystem, vars mest centrala begrepp idag är just patientrelaterade kostnader?

Utän utbildning i ADB och i medicinsk informatik ska vi inte vara alltför "styva i korken" utan med respekt för andras yrkeskompetens skaffa oss nya kunskaper. Det har vi gjort inom andra discipliner. Nu är det dags för medicinsk informationsbehandling.

Men hur blir det i framtiden med utbildningsmöjligheter? Någon grundut-

bildning i ämnesområdet medicinsk informatik förekommer inte vid våra medicinska högskolor. "Ingen kom på" att stimulera detta ämnesområde, som till sin karaktär är tvärvetenskapligt i samband med översynen av våra specialiteter (LSU 85). Kanske kan vi hoppas på våra medicinska högskolor när nu frihetens och profileringens tidevarv sägs ha kommit.

Forskningsprofilering med en ökad satsning på klinisk tillämpad forskning kunde paras med satsning på medicinsk informatik. Karolinska Institutet nästa?

Idag är det nästan bara datorsystemleverantörer som står för utbildning. Dock har vi vid vårdcentralen Kronan tillsammans med kollegor hållit årligt återkommande veckokurser i medicinsk informatik och praktisk datalära i provinsialläkarfondens regi. I år utökar vi verksamheten med en fördjupningskurs. En annan framtida möjlighet kan kanske Spri bli. Man har i sin treårsplan tagit in de för oss viktiga programområdena kvalitetssäkring och medicinsk informatik.

Som sagt, fastna inte i teknikdiskussioner. Det är ni som kan verksamheten. Bli tydlig och ta ledningen för såväl verksamheten som för kvalitetsfrågor och ADB. Bidra med att ställa krav på datautbildning även för läkare.

## Men några konkreta råd kan ja väl få?

Svar: Jovisst. Behåll din positiva grundinställning och nyfikenhet samt vilja till kritisk granskning Utrusta dig med envishet och tålmod. Fall inte för leverantörernas erbjudande om att vara med i utveckling av ett "nytt" system om du inte har tänkt dig bli datafreak.

Jämför äpplen med äpplen.

Besök vårdcentraler som varit igång något år och se hur systemet du tänkt upphandla fungerar, när journalerna fyllts med många besöksanteckningar.

Tro inte att du får struktur på journalen utan att från början välja ett system, som har kodat begreppslexikon och som kan byggas ut på ett logiskt sätt.

Flexibilitet är ett grundkrav, som i sig innebär komplexitet. Akta dig för den som säger sig kunna tillhandahålla ett enkelt, flexibelt system med oändliga sökmöjligheter.

Använd standardprogram så långt möjligt för administrativa rutiner.

Ta hand om "management"; lokala motorer behövs och kliver fram i ett väl genomfört förändringsarbete.

Gör klart för dig att även datorer behöver bytas ut, att ni valt att gå på "teknikstigen", som kräver ständig förkovran. Du kommer att upptäcka att tekniken förändras ständigt, men att journalerna och journaldatabasen består och blir alltmer värdefull med åren.

Håll på säkerheten, det förväntar sig patienterna. Och också på sekretessen. Ta reda på vad ditt landsting har för planer för sammankoppling. I skuggan av husläkarens listsystem och därtill kopplade ersättningar för lab och lön, ligger det nära tillhands att utnyttja olika befintliga informationssystem. Vill man komma över journalinformation? Kanske är det dags för sjukvårdens FAS90? Visst ska vi agera rationellt, men vi måste vara klara över att det patienten har lämnat i förtroende stannar på det ställe informationen hör hemma.

Diskutera även hur ni gemensamt kan använda journalsystemen på ett konstruktivt sätt i kvalitetssäkring och ändå bevara er yrkesintegritet. Kvalitetssäkring, användande av datorjournalssystem för FoU och för bättre patientservice är mervärden, som aldrig kan fås med vanliga, källorienterade pappersjournaler.

Och sist men inte minst – du måste själv längta efter de förändringar det innebär att datorisera.

## Författarpresentation

*Britt-Gerd Malmberg, distriktsläkare, chöl.*

Primärvården i Sundbyberg och Centrum för Allmänmedicinsk Informatik  
Vårdcentralen Kronan  
172 83 Sundbyberg

# Ett blad ur en husläkares dagbok eller Doktors gränssnitt mot datorn

NIELS LANGE

*Jag är distriktsläkare i Helsingborg och arbetar sedan juni 1991 med datorjournal och sedan september samma år som husläkare. För mig är begreppet husläkare intimt kopplat till datorstödet och jag har valt att lämna mina synpunkter på datoriseringen i form av följande dagboksblad.*

## Husläkare på filialmottagning

Det är en onsdag i januari och klockan är kvart i åtta på morgonen. Jag har anlänt till distriktssköterskemottagningen i Påarp drygt en mil från husläkarmottagningen inne i Helsingborg. Vi betjänar invånarna i Påarp, totalt 3 200 personer, med filialmottagning tre förmiddagar i veckan.

Jag slår på min PC och ringer via modemmet upp UNIX-datorn på läkarmottagningen inne i Helsingborg. Den känner igen mig på mitt login och lösen och ber mig bryta förbindelsen så att den kan ringa tillbaka, vilket den gör efter 30 sekunder. Nu kan jag logga in mig och trots att jag gjort detta närmare 100 gånger, grips jag en kort stund av ödmjukhet över att ha fri tillgång till ett journalarkiv mer än en mil borta. Det är fortfarande tio minuter kvar innan telefonen går varm och jag hinner signera flertalet av gårdagens journalanteckningar.

## Öppen telefontid

Nu har klockan blivit två minuter i åtta och den första patienten ringer och vill få svar på röntgen av lungor och hjärta. Den begärliga informationen kallas momentant fram på skärmen och kan lätt kopplas till patientens uppgifter

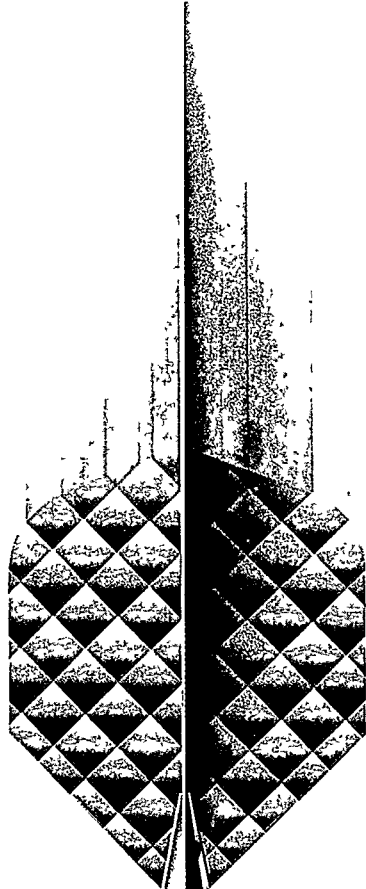
om sitt befinnande, senaste status, relevanta laborationer och aktuell mediciner. Vi beslutar tillsammans om en ökning av ett av hennes diuretikapreparat och bokar direkt en tid för återbesök om tre veckor.

En mamma till en 4-årig flicka med öronproblem ringer om feber och öronvärk hos dottern. Vi avtalar att hon skall komma på den öppna mottagningen kl 09.30–10.30.

Nästa patient har slut på sin blodtrycksmedicin och vill ha nytt recept och också en tid för återbesök. Tiden bokas omedelbart, varefter datorn får skriva ut receptet som omgående matas i faxen. Det hela tar två minuter.

En 55-årig man, invandrare från Jugoslavien på 1960-talet, nu arbetslös, ringer om huvudvärk, yrsel, smärtor i nacken, värk tvärs över bröstet med mera. Jag känner honom väl, han har nyligen varit på mottagningen och vill

LB 05574



Citodon

# Citodon<sup>®</sup>

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

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

Citodon, analgetikum  $\Delta$



Tabletter – brustabletter – suppositorier

**Snabbt tillslag\* Effektivt**

\* vanligen inom 30 minuter

**Astra Läkemedel**

151 85 Södertälje

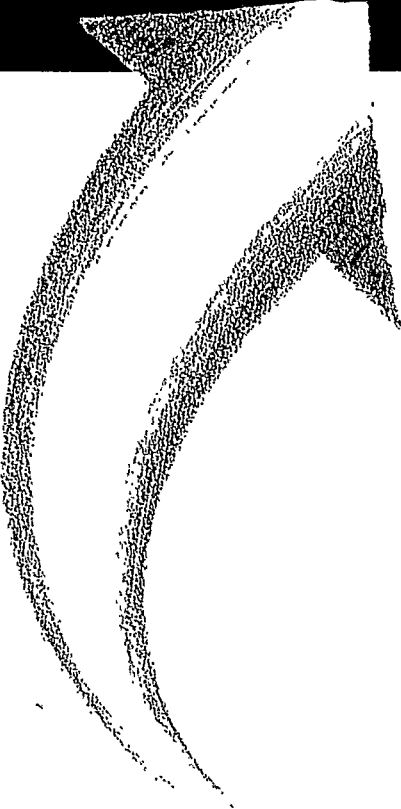


# Ciproxin<sup>®</sup>

Ciprofloxacin

## Ny styrka för nedre UVI

### 100 mg x 2 i 7 dagar



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

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

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

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

För ytterligare information:  
Se FASS.

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



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

**Bayer** 

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

nu uppenbarligen gärna ha ett litet längre samtal, men han förstår när jag talar om för honom att andra patienter också vill ringa mig på telefoniden. Vi bestämmer att jag ska ringa honom tillbaka senare under dagen.

En yrkesaktiv kvinna, som ej har tid att vara sjuk, ringer om en segdragen förkylning och är givetvis välkommen på den öppna mottagningen, men nöjer sig för stunden med ett råd.

Sedan ringde telefonen naturligtvis ytterligare ett antal gånger, men typfallen ovan illustrerar, att datorjournaler är ett suveränt hjälpmedel under telefoniden, när det gäller att lämna provsvar, förnya recept, ge råd eller boka tid.

### Öppen mottagning

Klockan halv nio kommer distriktsköterskan från sina hembesök, hennes telefonid började klockan nio, då jag hade en patient på planerat återbesök. Vi har också före halv tio, när den öppna mottagningen börjar, hunnit ta en kopp kaffe och konfererat om en av våra gemensamma patienter.

Totalt träffar jag sex patienter på den öppna mottagningen – flickan med otit, en yngre kvinna med öli, en tömrare med epikondylit, ett barn med feber och utslag, en äldre kvinna med bensår och en medelålders man med social och psykosomatisk problematik. De fem förstnämnda färdigbehandlas, den siste får preliminära råd och tid för uppföljning på vanlig mottagning.

Mottagningen avvecklas smidigt utan att jag behöver hjälp med annat än provtagning. Journalerna finns till hands och det är enkelt för mig att registrera besöken och ta betalt.

### Hembesök

På vägen in till mottagningen i Helsingborg har jag ett hembesök. Jag tittar igenom journalen innan jag ger mig iväg och tycker inte, att jag behöver låta datorn skriva ut varken resumé, textavsnitt, provsvar eller läkemedelslista för att klara av hembesöket.

### Tidsbeställd mottagning

Inne på den "riktiga" mottagningen tar personalen emot patienterna och kan av journalen och bokningen se om några laborationer skall göras. Är så fallet förs svaren direkt in i journalen och är omedelbart tillgängliga. I journalsystemet finns mallar för remisser och inty, som jag enkelt själv kan skriva ut direkt i samband med konsultationen eller senare.

Journalen är, utan arbetsinsats av någon, ständigt på plats och tillgänglig för alla som behöver den. Mallar för remisser och inty underlättar arbetet.

### Kvalitetssäkring

Sist på eftermiddagen – före den tidsbeställda kvällsmottagningen kl 17.00 – har jag en halv timme till

övers. I ett kvalitetssäkringsprojekt har man utifrån uppgifter lämnade av kliniskt kemiskt lab tittat på hur många HbA1c, som tas på de olika läkarmottagningarna i Helsingborg. Vår husläkargrupp har vägts på denna guldvåg och befunnits för lätt – vi har tagit betydligt färre HbA1c än genomsnittet för stadens övriga läkarmottagningar.

Med hjälp av datorjournalen får jag på någon minut fram en förteckning över våra registrerade diabetiker. Jag kan också snabbt se att en kollega A i stort sett aldrig tar HbA1c, att kollega B tar provet på relativt få av sina patienter och att kollega C i läkargruppen tillsynes har ett vettigt förhållande till provet. En närmare analys visar, att flertalet av kollega Bs diabetiker är inskrivna vid ett ålderdomshem och har en genomsnittsålder väl över 85 år. Jag kan också se, att vi har relativt få insulinbehandlade diabetiker och relativt många på enbart diet och att diabetesregleringen bedömt utifrån blodglukos överlag är god. Härmed har vi på cirka en halvtimme fått underlag för en nyttig diskussion i husläkargruppen av diabetes i allmänhet, gränsdragningen mot medicinkliniken och HbA1c i synnerhet.

En ADB-journal baserad på en relationsdatabas ger med bra sökverktyg sin användare möjlighet att snabbt och enkelt analysera kliniska frågeställningar på sin egen patientpopulation, vilket är en förutsättning för en fruktbar medicinsk revision.

### Råd till kollegor som skall datorisera

Som det kanske framgår av ovanstående, finner jag datorn oundgänglig i nästan alla aspekter av den kliniska vardagen. Om jag ska våga mig på att ge konkreta råd till de kollegor som ännu inte slagit in på denna väg, får det bli följande:

### – Gör det nu!

De system som finns på marknaden idag duger bra och den tekniska utvecklingen av såväl maskiner som programvara har kommit tillräckligt långt (även om den naturligtvis fortsätter i rasande takt).

### – Välj ett system baserat på en SQL-standard relationsdatabas.

Endast en relationsdatabas ger obegränsade möjligheter att söka på kors och tvärs i databasen. SQL (Structured Query Language) är verktyget för sådana sökningar.

### – Välj UNIX som operativsystem.

UNIX är sannolikt det enda operativsystem som är riktigt lämpat för större installationer med många användare och det enda som adekvat kan hantera kontroll av behörighet, sekretess etc.

### – Välj ett system som är rimligt lätt att använda och som även – i viss utsträckning – kan tillfredsställa den lokala forskaren.

Generellt kan man säga, att mycket användarvänliga system ofta är svaga i rapportgenerering och att system som är suveräna när det gäller rapportgenerering ofta är användarfientliga. Data som inte registreras, därför att det är för krångligt, gör ändå ingen nytta.

### – Välj en leverantör som Du tror är kvar på marknaden även nästa år.

Lycka till!!!

### Författarpresentation

Niels Lange, distrikts- och husläkare.

Hantverkargatan 2  
252 26 Helsingborg

## Kvalitetsmöte

EQUIP (WONCAs europeiska arbetsgrupp för kvalitetsfrågor) har förlagt sitt höstmöte till Sollefteå, 21–23 oktober, 1993. Parallellt arrangerar SFAMs arbetsgrupp för kvalitetssäkring ett seminarium, 21–22 oktober. Torsdagen den 21 oktober (preliminärt) föreläser ledande allmänläkare från Storbritannien och Holland. Fredag förmiddag ansvarar svenska arbetsgruppen för programmet. På eftermiddagen presenterar europeiska gruppen en del av resultaten av sitt arbete.

Således två spännande kvalitetsdagar i Sollefteå. Definitivt program kommer i AllmänMedicin och läkartidningen. Passa på tillfället att träffa europeiska allmänläkare med stor erfarenhet av kvalitetsarbete!

För information: Leif Persson  
Utvecklingsenheten  
Kramfors-Sollefteå hälso- och sjukvård  
881 04 Sollefteå

Tel: 0620-192 14, 192 00  
Fax: 0620-193 22

# D O L

*Att leva med cancer är ont nog.*

# C O N

*Smärta får aldrig bli en extra börda.*

# T I N<sup>®</sup>

*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 överdliga fördelar för såväl patient som anhörig och sjukvårdspersonal.



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.*

# Sätt användarvänligheten främst!

JONAS SJÖGREEN

*Datoriseringen inom allmänmedicin har inneburit klara förbättringar vad gäller arbetsmiljön, service till patienterna och effektiviteten i vardagsarbetet. Det är inte sannolikt att utvecklingen av programmen kommer att leda till ytterligare stora vinster. Tvärtom finns det risker för att otillbörliga krav på kontrollfunktioner, orealistiska föreställningar om pedagogiska finesser och en förfe-  
lad syn på möjligheter till forskning leder till en försämring. Det viktigaste för utvecklingen är nu att slå vakt om användarnas intressen och att skydda patienternas integritet.*

Citypraktiken i Västerås är en vårdcentral som drivs på entreprenad sedan 1987. Vår uppgift skiljer sig inte från landstingsdrivna enheter. Vi datoriserade verksamheten i mars 1989. Journal, tidbok, kassafunktion och bland annat EKG sköter vi med datorns hjälp. Förbättringarna vad gäller kontakten/service till patienterna, apoteken, andra vårdgivare och försäkringskassan blir högst påtaglig när journalen ständigt finns till hands. Arbetsinnehållet har förändrats och mer tid kan ägnas åt vårdarbete. Arbetsmiljön har därmed blivit påtagligt bättre och ingen av våra 20 anställda kan nu tänka sig en återgång till pappersjournaler. Genom mätningar vi gjort före och efter datoriseringen vet vi att arbetet rationaliserats i hög grad (20–30 procent).

Det program vi använder har arbetats fram av en praktiskt verksam allmänläkare. Konstruktören har vid utvecklingen av programmet vinnlagt sig om att tillvarata sin kollegors önskemål och krav. Resultatet har blivit ett program som är lätt att lära och lätt att använda. *Allmänläkarens dataprogram skall enligt min mening främst vara ett arbetsinstrument och på köpet får man ett bra mätinstrument.*

## Användarperspektivet

Ur användarens perspektiv skall det som är vanligast vara lättast och gå fortast att utföra. Till exempel att skriva och läsa journalen, att utfärda recept, sjukintyg och remisser, att skriva patientbrev och att sätta diagnoser.

Kärnan i allmänmedicinen, konsultationen – patient/läkarrelationen, får inte störas. Förenklat kan sägas att ju mer finesser, beslutsstöd och sökfunktioner det finns i datorn, desto mer glör jag i burken och desto mindre ser jag min patient.

Ur användarens perspektiv är de vardagliga mätningarna de viktiga. Hur mycket Sobril har patienten fått? Hur mycket har patienten varit sjukskriven? Hur hittar jag snabbt alla patienter med diabetes, hypertoni eller hypothyreos?

## Det administrativa/ekonomiska fågelperspektivet

Administratörens och politikerns främsta problem är ekonomin. Risken finns att utvecklingen av dataprogrammen kommer att styras av stora uppköparens krav på effektiva instrument i de trendiga köp-sälj-modellerna och i den administrativa "övervakningen" av vårdcentralerna. Man kan redan se skrämmande resultat där vårdpersonal sysslar allt mer med att förse de administrativt präglade dataprogrammen med statistikuppgifter och ägnar allt mindre tid åt vårdarbete.

*Resultatet blir, att kontrollen över verksamheten blir högst illusorisk, att produktiviteten minskar och att en känsla av alienering sprider sig ibland personalen.*

## Dataexpertens perspektiv

De dataexperter som sysslar med utvecklingsarbete har enligt min erfarenhet en överdriven föreställning om de pedagogiska vinsterna och samordningsmöjligheterna. De tenderar att syssla med det glamorösa och drömmar om datorn som ett multimedia och försummar det enkla, viktiga, vardagliga. För mycket av beslutsstöd skapar sämre läkare. Läkarens intuitiva förmåga och de egna aktiva kunskaperna trubbas av. *Läkekunst tål inte vilka hjälpmedel som helst.*

Mycket information och kunskapsinhämtning sker fortfarande bäst genom samtal, artiklar, böcker och kurser. FASS gör sig kanske bäst i bokform. För dataexperterna härja fritt kommer många små finesser åstadkomma en stor bromsverkan.

## Patientperspektivet

Datorjournalen utgör i sig inget hot mot patientens integritet och krav på sekretess. Tvärtom kan journalen i många avseenden skyddas bättre i ett datorsystem än i ett pappersarkiv. Men ju fler terminaler som är anslutna och

ju fler uppkopplingar som sker till andra system, desto större är risken att patientens skydd försvagas. Som princip bör gälla att datorjournalen skall finnas i små och slutna system.

Några automatiserade mätningar i administrativt eller forskningssyfte skall inte förekomma.

Användaren måste ovillkorligen ha full kontroll och ansvar för informationsutflödet och ge svar på preciserade frågeställningar i den form som användaren själv väljer (vanligen är papper att föredra).

## Forskarperspektivet

Datorn öppnar stora möjligheter till forskning. Många har dock en helt orealistisk uppfattning och en förfelad syn på detta. Det finns en risk att föreställningen om att bara man har ett sökordsbaserat program så kan man i efterhand ta reda på allt möjligt intressant. Självklart är det så att detta leder till pseudoforskning. Det går inte ens med datorns hjälp att forska på allting alltid.

Forskarens krav på standardisering och precision leder till flera knapptryck och fler menyval. Med detta gör vardagsanvändaren stora offer och forskaren skördar knappast några vinster.

Det mesta av intressant information går att få fram med rapportgeneratorer. Ren forskning bör ske på ett planerat sätt genom tillvalsprogram som inte stör vardagsarbetet.

## Användargrupper

För att ha en möjlighet att slå vakt om användarvänligheten bör vi som är praktiskt verksamma slå oss samman för att utgöra en motvikt till de andra, delvis motsatta, intressena.

Profdoc-användarna har nu bildat en användargrupp. Denna är fristående från dataföretaget och gruppens uppgift är att försvara den användarvänliga kärnan i programmet. Användargruppen skall alltså övervaka och påverka utvecklingsarbetet i största möjliga utsträckning. Jag tror också att enskilda användare behöver en intresseorganisation även för att kunna ställa krav på service och uppdatering.

## Författarpresentation

*Jonas Sjögreen, allmänläkare, ordförande i Profdoc användargrupp.*

Citypraktiken  
Kopparbergsvägen 17  
722 13 Västerås

# Datorisering av Rens hälsocentral

LEIF JONSSON

*Från 0 till 100 procent datorisering på tre år! Vid Rens hälsocentral i Bollnäs använder nu samtliga personal datorn i det dagliga arbetet. Erfarenheterna är utslutande positiva. Hälsocentralen har valt en "minidatorlösning" med terminaler och dataprogrammet VANIA. En satsning på fortsatt utveckling av datajournalen är det främsta önskemålet inför framtiden.*

## Hur det började

Jag tillhör en generation, som länge hade mycket diffusa begrepp om datorer och deras användning. Först när familjens tonåringar skaffade sig en VIC-20 för tolv-tretton år sedan, kom jag i närheten av en "riktig" dator. Liksom barnen blev jag också fascinerad av datorn. Under några år var jag sedan i största allmänhet intresserad av datorer och skrev varje år i budgetäskandena om fördelarna med att datorisera vårdcentralens rutiner för att få underlag för utvärdering och uppföljning av verksamheten mm – men utan att ha riktig kunskap om vad en dator är riktigt bra på och hur den bäst ska användas.

Först när jag 1987 gick Provinsiällskarfondens kurs "Praktisk datalära och medicinsk informationsbehandling" i Sundbyberg, fick jag en riktig "datakick", köpte mig en persondator (PC) och började jobba med ordbehandling på datorn hemma. Jag hade också tillfälle att under studiebesök i Finland närmare se hur man använder datorn på vårdcentralen. Ungefär samtidigt började Landstinget Gävleborg utreda om, och i så fall hur, man skulle datorisera sin verksamhet.

Primärvården i Bollnäs expanderade under 1980-talet och en ny vårdcentral, Rens hälsocentral, togs i drift hösten 1989. Som chef för den nya enheten hade jag möjlighet att redan på planeringsstadiet påverka organisation och arbetssätt och fick förvaltningens medgivande att från starten datorisera verksamheten.

## Datorisering av Rens hälsocentral

I slutet av 1980-talet var priserna på persondatorer mycket höga jämfört med hur det är idag. Av ekonomiska skäl valde vi därför att till vårdcentra-

len skaffa en "minidator", en UNIX-maskin, med "dumma" terminaler. Terminalerna förbands med datorn i ett så kallat datanät. På den tiden fanns inte heller så många dataprogram för vårdadministration och journalföring. Programmet VANIA bedömdes då bäst fylla de krav som ställdes och samtidigt vara utvecklingsbart. Personalen erhöll två dagars utbildning i programmet. Systemoperatören fick så småningom ett par dagars utbildning i UNIX. Datamognaden och datorkunskapen hos personalen var nära nog obefintlig vid starten. Däremot var personalen nyfiken på och positiv till att använda datorn i verksamheten. Någon datakompetens eller datatekniker fanns inte inom förvaltningen. Den dataerfarenhet som fanns tillgänglig var min egen, bestående av huvudsakligen PC-kunskaper förvärvade genom självstudier och "trial and error"-verksamhet.

Datoriseringen har gått mycket bra. Några driftstörningar har hittills inte förekommit. Datanätets uppbyggnad med en central dator och terminaler har gjort det relativt lätt för oss att avhjälpa förekommande fel och göra de justeringar som behövts, trots den ovana UNIX-miljön. Vårdcentralens datanät har nu kompletterats med persondatorer, så att varje befattningshavare har tillgång till en dator. Trots det är det fortfarande lätt för en amatör att sköta nätet. Svårast har varit att få skrivare att fungera tillsammans med programvaran. Däremot har det inte varit några svårigheter att anpassa datorsystemet och VANIA till vårt decentraliserade arbetssätt med vårdlag och husläkare. Kassafunktionen har också decentraliserats, så att doktorn och övriga vårdgivare tar betalt var och en av sina kunder. Sommaren 1992 gick vi slutligen över till att använda datajournal. Hälsocentralens verksamhet är därmed "helt" datoriserad. Alla anställda använder, mer eller mindre, datorn i sitt arbete!

## Vad skulle gjorts annorlunda idag!

Med de priser som idag gäller för hårdvara, skulle vi ha valt att installera persondatorer i ett sk nätverk i stället för "minidatorlösning". Vidare skulle vi vid köp av programvara ha prioriterat en datoriserad journal framför fullfjädrade patientadministrativa rutiner. En betydligt större satsning skulle också ha gjorts på utbildning under "datoriseringen" samt bättre stöd och teknisk

service till användarna. Mot bakgrund av att programvaran kostar miljoner är det otvivelaktigt dålig ekonomi att snåla på utbildning, service och annat stöd i uppbyggnadsskedet! Kravspecifikationen för såväl program som utrustning skulle självfallet se helt annorlunda ut 1993 än 1988/89 mot bakgrund av användarnas (personalens) nuvarande datamognad. Exempelvis upplevs menystyrningen av programmet, vilket inledningsvis gjorde programmet lättanvänt och nästan "självinstruerande", nu som något som gör programmet onödigt omständligt och långsamt.

## Önskemål

Med en ökande erfarenhet och mognad hos datoranvändarna (=personalen) kommer många önskemål om förbättringar av VANIA-programmet. Problemet är att alla omskrivningar av dataprogrammet kostar pengar. Och pengar är det ont om. Därför sker idag en mycket hård prioritering bland alla krav. Det som enligt min mening måste prioriteras idag är arbetet med utveckling av datajournalen och möjligheterna att använda den i kvalitetssäkringsarbetet.

Dagligen matas mängder av uppgifter om såväl den enskilde individen som befolkningen och verksamheten vid hälsocentralen in i databasen. Hittills har dessa datamängder legat rätt oåtkomliga i datorminnet. Ett mycket starkt önskemål inför framtiden är att det ska finnas enkla instrument, med vilka verksamhetsansvariga på de olika basenheterna själva skall kunna använda sig av insamlade uppgifter för uppföljning och utvärdering av verksamheten, för folkhälsoarbete, för kvalitets-säkring, för analys av kostnader relativt verksamheten och så vidare. Inom Landstinget Gävleborg pågår arbete med att utveckla sådana tekniker. Data ska kunna hämtas ur de stora databaserna, vare sig det gäller förvaltningens ekonomisystem eller vårdcentralens egen dator, och sedan bearbetas vidare i en persondator på basenheten. Med sådana verktyg får allmänmedicinen/primärvården ytterligare en möjlighet att visa vad den går för!

## Författarpresentation

Leif Jonsson

Rens hälsocentral  
Box 3003  
821 03 Bollnäs

# Hög läkningsfrekvens!

## Tånagelsvamp

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



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

Antimykotikum vid dermatofytinfektioner i hud och naglar hos vuxna.

# Kort behandlingstid!



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



# Akutbesöket som urvalsmetod för förebyggande hälsoarbete vid en vårdcentral

CHRISTINA CARLSSON · INGER LINDER · INGRID NILSSON · PER HERRSTRÖM

*I avsikt att beskriva en tänkbar målgrupp för primärvårdens förebyggande hälsoarbete upprättades hälsokurvor på akutpatienter (20 män och 22 kvinnor) i åldrarna 25–29 år och en kontrollgrupp (16 män och 18 kvinnor) i samma åldrar och tillhörande samma vårdcentral i centrala delarna i Halmstad. Inga signifikanta skillnader avseende biologiska hälsorisker kunde registreras mellan grupperna. Emellertid uppvisade gruppen akutpatienter flera intressanta särdrag jämfört med kontrollgruppen: en mer etablerad sjukvårdskonsumtion (signifikant fler läkarbesök senaste fem åren,  $p=0.02$ ) och större arbetslöshet ( $p=0.01$ ). Dessutom uppvisade gruppen akutpatienter tendens till lägre socioekonomisk status, större psykosocial belastning samt större cigarettkonsumtion och mindre motion. Dessa variabler skilde sig dock ej signifikant från motsvarande hos kontrollgruppen. Aktuella besöksorsaker för akutpatienterna skilde sig mellan könen och var för män oftast smärtor i muskler och leder och för kvinnor infektioner. Resultatet av denna studie talar för att yngre vuxna akutpatienter är en tänkbar målgrupp för förebyggande hälsoarbete som komplement till åtgärder riktade mot biologiska riskfaktorer bland medelålders män.*

Förebyggande åtgärder för att hindra sjukdom uppfattas av många som arbetar inom sjukvården som både möjliga och önskvärda. I den offentliga debatten återfinns liknande uppfattningar, men också uttryck för att alltför stora förväntningar knyts till sjukvårdens engagemang i förebyggande hälsoarbete (1). Det finns möjligen också en politisk målsättning att genom förebyggande åtgärder bromsa ökningen av samhällets kostnader för sjukvård. Sjukdomsförebyggande åtgärder, prevention, tjänar emellertid framför allt folkhälsan

(2) och kan riktas både individuellt och mot delar av befolkningen. Vissa förhoppningar knyts nu till förebyggande hälsoarbete med utgångspunkt från vårdcentralerna. I takt med att påverkbara riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdomar blivit kända har protokoll för mätning av individuella hälsokurvor utarbetats. Med hälsokurvans hjälp önskar man påverka individen så att riskerna för hjärt/kärlsjukdom och annan sjukdom minskar eller förblir små. Detta arbete innefattar både farmakologiska (till exempel läkemedel mot högt blodtryck och förhöjda blodfetter) och icke-farmakologiska åtgärder (förändring av livsstilsfaktorer, viktminskning, rökstopp etc). I den utsträckt hälsokurvor är ett användbart hjälpmedel i förebyggande hälsoarbete kvarstår dock frågan att finna de individer som skulle ha störst nytta av sådana insatser från sjukvårdens sida. Gruppen yngre vuxna individer (25–29 år) har i detta sammanhang inte varit föremål för någon mer aktivt uppsökande hälsovård efter avslutad skolgång och högre utbildning förutom vid eventuell militärtjänstgöring och möjligen vid kontakt med ungdomsmottagningarnas rådgivning i sexualfrågor. I denna åldersgrupp finns kanske behov av och möjligheter till värdefullt förebyggande hälsoarbete med sikte att värna ytterligare 50 års hälsa.

Detta arbete syftar till att jämföra hälsokurvor hos yngre vuxna akutpatienter och en kontrollgrupp för att se om eventuella skillnader kan ha betydelse för planering av allmänmedicinskt förebyggande hälsoarbete vid en vårdcentral.

## Material och metod

Vid vårdcentralen Hertig Knut i centrala Halmstad erbjöds under mars-juni 1992 femtio akutpatienter (hälften män och hälften kvinnor) födda 1963–67 att gratis få upprättat en hälsokurva enligt den så kallade Habo-modellen (3). En förberedande studie av andelen akutpatienter i denna åldersgrupp vid vårdcentralen visade, att maximalt 50 patienter skulle kunna rekryteras under en tillgänglig studietid kring tre månader och denna förlades innan turistsäsongen började. Projektet annonserades i vårdcentralens väntrum, vid tillhörande barnvårds- och mödravårdscentraler och uppmärksammades också i lokaltidningen. En distriktssköterska utbildades under två dagar vid Habo vårdcentral i hanteringen av aktuella enkäter och upprättandet av hälsokur-

vor. Vid alla akutbesök hos läkare informerades patienterna skriftligt och muntligt om projektet och intresserade tilldelades en omfattande hälsoenkät inklusive detaljerade formulär om kost och motion (4). Frågeformulären besvarades i hemmen och patienterna kallades senare till en av tre distriktssköterskor för provtagning och viss klinisk undersökning: blodtryck, body mass index (BMI) och midja/stussmått. Följande blodprov erbjöds: Hb, MCV, B-glukos, GT, fastevärden (minst tre timmar) av kolesterol och triglycerider. Urinprov kontrollerades avseende blod, äggvita, ketonkroppar och socker. Frågeformulärens, laboratoriedata och klinisk undersökning låg till grund för hälsokurvan, som upprättades av distriktssköterskan vid ett andra patientbesök på hennes mottagning under cirka en timme. Varje individ fick då information om innebörden av sin hälsokurvas utseende och konkreta råd angående sin egen hälsa. Broschyren "Fett och fiber i fokus" (5) delades ut till varje deltagare. Hälsokurvan kompletterades med uppgifter om uppskattat antal läkarbesök de senaste fem åren. Yrkesbeteckning användes för att gruppera individerna enligt en förenklad modell för socioekonomisk indelning (SEI) av förvärsarbetande befolkning (6). Sammanlagt rekryterades 20 män och 22 kvinnor som akutpatienter. Endast tre patienter avböjde uttryckligen att delta, en patient kunde inte delta på grund av sjukdom och resterande fyra patienter avbröt utan känd anledning. Motsvarande hälsokurva och provtagning erbjöds 25 män och 25 kvinnor boende i samma stadsdel och i samma åldrar och som slumpmässigt utvalts med hjälp av länsstyrelsens folkbokföringsregister och kallats med information per brev och telefon. Sammanlagt rekryterades 16 män och 18 kvinnor till kontrollgruppen. Endast tre individer avböjde uttryckligen att delta, två hade flyttat från Halland och elva besvarade inte upprepade brev- och telefonkontakter.

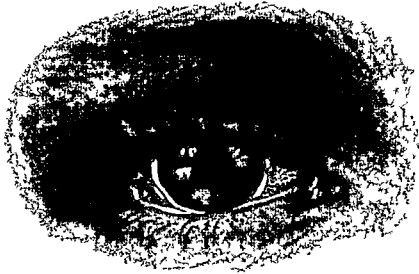
Statistisk prövning av medelvärden av hälsokurvans olika mått hos akutpatienter och kontroller gjordes med t-test. Vissa beräkningar har också gjorts med  $\chi^2$ -test. Statistisk signifikans innebär  $p$ .

## Resultat

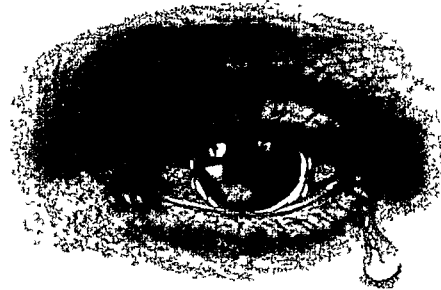
Bortfallet i form av obesvarade frågeformulär bland akutpatienter var 16 procent (8/50) och bland kontroller 32 procent (16/50). Akutpatienterna var praktiskt taget konsekutiva fall.

# Clarityn® loratadin

## är effektivt vid allergi



kliande ögon



röda rinnande ögon  
svullnad kring ögonen



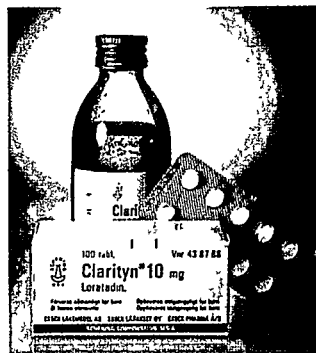
rinnande näsa

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**

**10 mg x 1, 10 ml x 1. Från 8 år och över 30 kg.**



Schering-Plough

08-663 09 50

**Tabell I. Könsfördelning, ålder, arbetslöshet och socioekonomisk indelning (SEI) av akutpatienter och kontroller. Statistisk prövning med  $\chi^2$  och t-test.  $p < 0.05$  markerar statistisk signifikans (\*).**

	Akutpatienter	Kontroller	P-värde
Män, antal	20	16	0.96
Kvinnor, antal	22	18	0.96
Ålder, år	26.7	26.9	0.56
Arbetslös	8	0	0.01*
SEI-poäng	2.095	2.765	0.06
Arbetare, ej facklär	17	2	
Arbetare, facklär	6	5	
Tjänsteman, lägre	4	9	
Tjänsteman, mellan	9	5	
Tjänsteman, högre	1	11	
Företagare	1	0	
Studierande	4	2	

**Tabell II. Medelvärden av olika hälsomått bland akutpatienter (n=42) och kontrollgrupp (n=34). Värdena sammanställda av individuella hälsokurvor. Statistisk prövning med t-test.  $P < 0.05$  markerar statistisk signifikans (\*).**

	Akutpatienter	Kontroller	P-värde
Cigaretter/dag	5.0	2.76	0.23
Rökare	31%	21%	0.31
Snusare	9%	24%	0.11
Starksprit cl/vecka	19.4	20.4	0.85
Nykterister	21%	21%	0.92
Fett i kosten (<4)	4.29	4.85	0.23
Fiber i kosten (<2)	2.45	2.38	0.61
Motion kcal/vecka	2544	3696	0.09
Psykosocial påverkan	0.88	0.41	0.06
Psykisk ohälsa	1.48	1.32	0.68
Body Mass Index	22.9	23.1	0.75
Midja-stuss kvot	0.78	0.78	0.81
S-Kolesterol mmol/l	4.74	4.85	0.62
S-Triglycerider mmol/l	1.33	1.35	0.92
B-glukos mmol/l	3.82	3.92	0.71
B-Hb g/l	141	137	0.20
MCV	89.2	90.0	0.31
Gamma-GT	0.38	0.34	0.56
Systoliskt blodtryck	122	120	0.27
Diastoliskt blodtryck	76	73	0.10
Hereditet diabetes	0.095	0.029	0.26
Hereditet hjärt/kärl	0.738	0.765	0.94
Vårdkonsumtion	10.8	5.6	0.02*
Önskar uppföljning	74%	56%	0.10

Tabell I visar att fördelningen av män och kvinnor bland akutpatienter och kontroller inte skilde sig signifikant och att medelåldern var lika i grupperna. Tabellen visar en ojämn fördelning avseende yrkestillhörighet i de två grupperna. Bland akutpatienterna fanns flest icke facklärda arbetare medan högre tjänstemän var den mest frekventa yrkesgruppen i kontrollgruppen. Efter poängsättning av de olika yrkesgrupperna i skalan 1–6 (ej facklär arbetare, facklär arbetare, lägre tjänsteman etc) erhöles ett medelvärde av SEI-poäng för varje grupp, som dock inte skilde sig signifikant (2.1 vs 2.8

poäng;  $p=0.06$ ). I denna beräkning har studerande tilldelats noll poäng eftersom de inte tillhör den förvärsarbetande befolkningen. Bland akutpatienterna fanns signifikant fler arbetslösa jämfört med kontrollgruppen.

Tabell II visar sammanställning av medelvärden av hälsokurvans olika mått hos akutpatienter och kontroller. Inga signifikanta skillnader kunde påvisas avseende biologiska riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdom. Emellertid rapporterades signifikant fler läkarbesök under de närmast föregående fem åren i gruppen akutpatienter jämfört med kontrollgruppen (10.8 vs 5.6 besök).

Akutpatienterna uppvisade också en tendens till större psykosociala problem (ekonomi, samlevnad och arbetslöshet) jämfört med kontrollerna enligt sammanställning av fyra poängsatta enkätfrågor (0.88 vs 0.41 poäng,  $p=0.06$ ). Detta resultat återspeglar bland annat den tidigare påvisade högre arbetslösheten bland akutpatienterna. Det fanns även en tendens till ett lägre medelvärde för motion bland akutpatienterna jämfört med kontrollerna, men både översteg rekommenderade 2000 kcal/vecka. Emellertid låg 52 procent av akutpatienterna jämfört med 35 procent av kontrollerna under detta värde. Båda grupperna redovisade kostanameser vars medelvärden antydde för låg konsumtion av fiber (idealvärde mer än 30 gram/dag) och något högt intag av fett (idealvärde mindre än 30 energiprocent fett varav högst 10 energiprocent mättat fett). Ingen signifikant skillnad kunde påvisas. Cigarettrökning var vanligast i akutgruppen, där 31 procent var rökare jämfört med 21 procent bland kontrollerna. Snusning var å andra sidan vanligast bland kontrollerna. Andelen nykterister var densamma i båda grupperna liksom medelvärdet för alkoholkonsumtion omräknat till cl starksprit per vecka. Besöksorsakerna skilde sig signifikant mellan manliga och kvinnliga akutpatienter ( $p=0.03$ ) och fördelades enligt följande; 16 fall av infektioner (3 män och 13 kvinnor), 11 fall av smärtor i rörelseapparaten (9 män och 2 kvinnor), 5 fall av eksem eller allergi (4 män och 1 kvinna), 9 fall av blandad karaktär (hos män epigastralgi, önskemål om intyg, ekonomiska bekymmer och hos kvinnor känslbortfall, andnöd, hyperthyreos, migrän, systemisk lupus erythematoses och sväljningsbesvär). Spontant framfördes önskemål om uppföljning av hälsokurvan av 74 procent av akutpatienterna jämfört med 56 procent av kontrollerna (ej signifikant). Det allmänna intrycket var att både akutpatienter och kontroller satte stort värde på den informationen de fick om sina hälsokurvor av distriktssköterskorna, som också tyckte att hälsokurvan var ett bra redskap i kontakten med patienterna.

## Diskussion

Inga skillnader avseende biologiska riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdom kunde påvisas mellan de studerade akutpatienterna och en kontrollgrupp. Medelvärdena för hälsokurvans olika biologiska mått var också i stort sett bra för båda grupperna. Emellertid fanns viktiga särdrag bland akutpatienterna i form av signifikant högre sjukvårdskonsumtion under de senaste fem åren och större arbetslöshet, samt tendens till lägre socioekonomisk status, större psykosocial belastning, något lägre grad av motion och mer omfattande cigarettökning. Således var gruppen akutpatienter vid denna vårdcentral i de



# VAD VÄLJER DU NÄR PRISET ÄR DETSAMMA?

**Naproxen**  
Astra  
(antiinflammatoriskt, analgetikum)

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

mest centrala stadsdelarna selekterad åt det socialt svaga hållet. Kontrollgruppen som hämtats från samma område hade högre socioekonomisk status. Det relativt höga bortfallet bland kontrollerna (32 procent) har möjligen bidragit till en urval av individer med stort intresse för hälsofrågor, vilket antyds av de goda värdena på hälsokurvorna. Alla dessa förhållanden begränsar möjligheterna att generalisera utifrån en jämförelse mellan de båda grupperna, men återspeglar samtidigt svårigheterna att få allmänt gehör för hälsofrämjande frågor i en befolkning. Tillströmningen av akutpatienter i den aktuella åldersgruppen är som regel låg vid vår vårdcentral och påverkade i hög grad materialets storlek under tillgänglig studietid. Materialets ringa storlek begränsar också möjligheterna till säkra slutsatser, men resultatet av studien bedömdes kunna tjäna som utgångspunkt för fortsatt arbete även vid andra vårdcentraler.

I överensstämmelse med senaste årets rapporter i folkhälsofrågor (7) fann vi således exempel på sådana socioekonomiska särdrag som förknippas med ökad risk för ohälsa hos gruppen akutpatienter. Redan i denna ålder hade detta manifesterats i form av ett jämförelsevis högt antal läkarbesök under de senaste fem åren. Dessa fynd talar för att ett aktivt förebyggande hälsoarbete vid denna vårdcentral borde riktas till gruppen yngre vuxna akutpatienter. Att döma av aktuella orsaker till akutbesö-

ken borde framför allt smärtproblem uppmärksammas, eftersom kronisk smärta sannolikt är kopplad till flera riskfaktorer (8). Målsättningen borde vara att minska riskerna för arbets- och funktionshinder smärtor (sekundärprevention) men också att påverka livsstilsfaktorer inklusive kost, motion, tobak och alkohol (primärprevention). Den praktiska utformningen av sådana åtgärder får anpassas till lokala förutsättningar och vunna erfarenheter. I detta arbete bör distriktssköterskan spela en huvudroll i överensstämmelse med gällande författning (9) och lokala befattningsbeskrivningar (10). Det höga antal akutpatienter som var positiva till uppföljning av sina hälsokurvor (74 procent) talar också för en möjlig framgång med sådana åtgärder. Andelen individer i kontrollgruppen med denna inställning var något lägre (54 procent) och speglar möjligen en inställning att själv sköta sin hälsa, vilket man också tycks klara att döma av hälsokurvorna och låg sjukvårdskonsumtion. Endast i fråga om snusning förefaller denna grupp vara i behov av ytterligare påverkan från sjukvården och tandvården.

### Referenser

1. Werkö L. Folkhälsan inget för sjukvården! Läkartidningen 1992;89:13.
2. Folkhälsogruppen nr 8. Hela folkets hälsa, en nationell strategi. Stockholm: Allmänna förlaget, 1991.

3. Persson L, Lindström K. Riskprofil - ett hjälpmedel vid preventivt arbete. AllmänMedicin 1988;9:54-6.
4. Persson LG. Riskfaktorbelastning hos 30- och 35-åriga män och kvinnor i Skaraborg. Resultat från det primärpreventiva projektet "Lev hela livet". Svenska läkaresällskapets handlingar, Hygiea 1990;99(1):91.
5. Fett och fiber i fokus. Broschyr. Vår Näring, 105 33 Stockholm.
6. Statistiska centralbyrån. Socioekonomisk indelning (SEI). Meddelande i samordningsfrågor 1982:4. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1984.
7. Folkhälsorapport. Socialstyrelsen SoS-rapport 1991:11. Stockholm: Allmänna förlaget, 1991.
8. Olsson M, Rosenqvist U, Edhag O. Stort socialt hjälpbehov bland patienter som sänds hem från akuten. Läkartidningen 1984;81:2450.
9. Normalinstruktion för distriktssköterska (MF 1964:68). I: Wilow K. Författningshandbok 1989. Stockholm: Liber 1989.
10. Distriktssköterskans funktion inom landstinget. I: Anvisningar och viss hälso- och sjukvård. Landstinget i Halland, 1992. (Stencil)

### Författarpresentation

*Christina Carlsson, distriktssköterska*

*Inger Linder, distriktssköterska*

*Ingrid Nilsson, distriktssköterska*

*Per Herrström, distriktsläkare*

Vårdcentralen Hertig Knut  
Bryggargatan 1  
302 43 Halmstad

**R**ecensioner

LB 08747

## Developing Teamwork in Primary Health Care: A practical Workbook

PETER PRITCHARD  
JAMES PRITCHARD

Oxford: Oxford University Press, 1992.  
120 sidor.  
ISBN 0 19 262204 8

I förordet till denna ganska tunna bok är man inte blygsam. Författarnas erfarenhet anses garantera, att varje ord i boken är relevant och att den tid man rekommenderar till möten och hemläxor är använd på bästa sätt.

Att arbeta i team anses vara nyckeln till att klara de framtida krav, som ställs på brittisk primärvård, till exempel inom det sjukdomsförebyggande området. Samarbete hjälper alla yrkesgrupperna inom primärvården att upp-

fylla målen för sin verksamhet. Det är en effektiv arbetsmodell, men den andes kräva mycket träning och utbildning. Målet för bokens utvecklingsprogram är att olja och finjustera gruppen, så att den ska kunna ge patienterna bästa möjliga hjälp.

Boken är praktisk och konkret, en studiecirkelhandledning skulle den kallas på svenska. Metoden bygger på att man träffas en timme vid 13 tillfällen under tre månader. Alla ska också utföra väl definierade hemuppgifter. Hela detta material finns på 106 tämligen glest skrivna sidor. En del av mötesrubrikerna sammanfaller med vad man arbetar med i de kvalitetscirklar, som redan finns på många svenska vårdcentraler. Man tar till exempel upp målsättningsdiskussioner, analys hur man gör nu och hur man borde göra, samt ledarskapsfrågor.

Jag tror att bokens arbetsmodell kan fungera om det gäller en stabil grupp. Medlemmarna måste vara inriktade på att de under lång tid och trygga omständigheter tillsammans ska få utveckla verksamheten. Om inte dessa förut-

sättningar gäller kommer sannolikt inte deltagarna att vara motiverade och så är det tyvärr på många svenska vårdcentraler idag.

I Sverige har vi länge strävat efter att bygga upp den typ av team som beskrivs i boken, men genom ÅDEL-reformen och husläkarsystemet ändras grunden för detta arbete. Vi behöver dock samarbeta även i framtiden och de olika personalkategorierna inom kommun, landsting och privatvård måste finna nya vägar för detta. Man arbetar då i skilda organisatoriska system och de arbetsgrupper man kommer att ha blir kanske mer tillfälliga och lösliga. Där passar inte denna bok in, även om de allmänna avsnitten om gruppdynamik och ledarskap gäller generellt. Den informationen kan man dock inhämta i redan översatt "management-litteratur".

*Birger Ossiansson, distriktsläkare*

Vårdcentralen Birka  
Box 2015  
350 02 Växjö



ALLMÄNLÄKARE AV IDAG OCH IMORGON !

Distriktsläkare \* Familjeläkare \* Husläkare  
Offentligt eller privat verksamma  
\* ST-läkare i allmänmedicin \*

Alla står vi nu mitt i en brytningstid. För en del av oss kommer organisationen av den vardagliga gärningen under det närmsta året att ändra karaktär. Men ett har vi alla, under alla förhållanden, gemensamt - vår specialistkompetens i ämnet allmänmedicin. Där har vi alla vår naturliga och självklara hemvist. Där säkras kårens kvalitet och fortbestånd.

Att vara väl förankrad i sin specialitetsförening, att kontinuerligt följa med i den interna debatten, ta del av kollegors rapporterade erfarenheter och fortbilda sig via forskande kollegors publicerade studier - allt detta utgör en viktig grund för de goda vanor som det livslånga lärandet bygger på, en livskraftig mylla för professionell tillväxt och vidareutveckling.

**DU blivande allmänläkare -**

gå med i din specialitetsförening, så får du tidskrifterna!

**DU allmänläkare -**

försäkra dig om att tidskriften finns i tillräckligt antal på din mottagning!

**DU distriktsläkare -**

i tider av omdaningar gäller det att värna om specialitetens utbildning, forskning och utveckling! Nästan hälften av fackligt organiserade distriktsläkare saknas i SFAM.

**DU handledare -**

introducera din underläkare till föreningen!

**DU studierektor -**

se till att tidskriften utnyttjas i undervisningen! Och att underläkare, handledare och sjukvårdsplanerare får den grundläggande, fortfarande aktuella programskriften "Allmänmedicin inför år 2000" samt Målbeskrivning/tjänstgöringsprogram för Allmänmedicin, den "lilla röda"!

SFAM

SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

är din förening! Där har du 2650 kollegor. Välkommen i kretsen!

Anmälan om medlemskap kan göras på nedanstående talong. Vill flera anmäla sig samtidigt, kan listor sändas till samma adress. Årsavgiften är 500 kronor. För den slanten får du förutom medlemskapet i SFAM även de två tidskrifterna AllmänMedicin och Scandinavian Journal of Primary Health Care. Du får också automatiskt anslutning till våra två internationella allmänläkarföreningar WONCA och SIMG.

Ja, jag vill bli medlem i SFAM!

Namn:.....

Adress:.....

Postnr:.....Ort:.....

Tel dagtid:.....

Jag är medlem i Läkarförbundet Ja Nej

Brev-  
porto

AllmänMedicin  
Margareta Lindborg

172 83 SUNDBYBERG

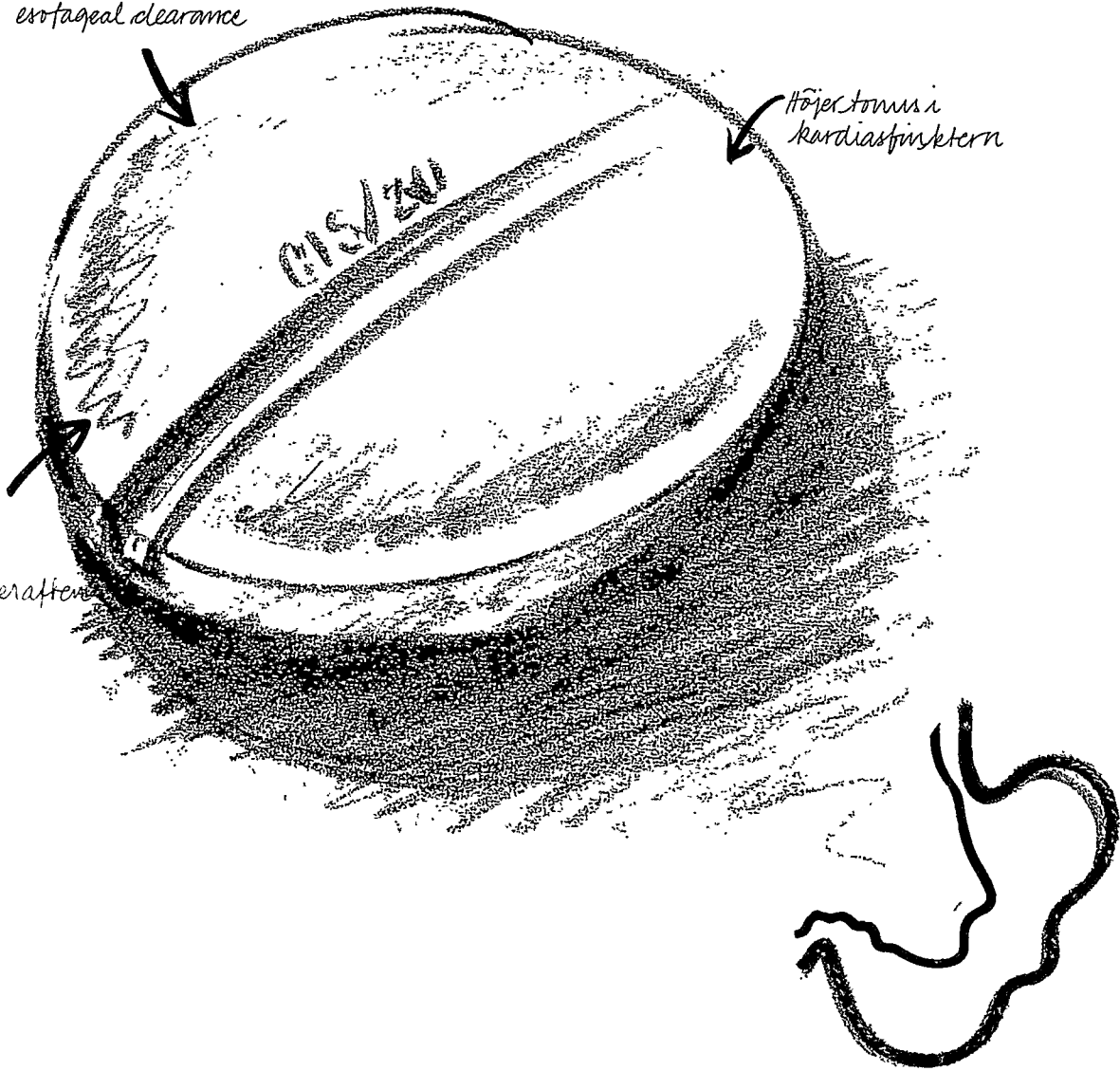
# 20 mg x 1.

JPH-020 ADMEDIA, GRG

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

Förbättrar  
esofageal clearance

Höjer tonus i  
kardiasfinktern



Förbättrar  
retraktionskraften

Prepulsid påverkar orsakerna till gastroesofageal reflux och funktionell dyspepsi. Det är den röda tråden i behandlingen.  
Cisaprid, Prokinetikum. Tabletter 5, 10 Och 20 mg. Mixtur 1 mg/ml.

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

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

# Hospital Referrals

Editors  
MARTIN ROLAND  
ANGELA COULTER

Oxford: Oxford University Press, 1992.  
225 sidor.  
ISBN 0 19 262174 2

I Storbritannien fungerar allmänpraktikern sedan gammalt som sjukhusets portvakt. Därför är det särskilt intressant att studera remissflödet från primärvård till sekundärvård just där. På senare år har allt fler allmänpraktiker blivit "fundholders" och därmed betalningsansvariga också för sina listpatienters remissbesök på sjukhusen. Detta har ytterligare ökat intresset för de stora skillnaderna i remissfrekvens, såväl mellan olika gruppomfattningar som mellan enskilda allmänpraktiker.

I genomsnitt skrivs fem remisser per 100 konsultationer, eller ungefär tolv

remisser per 100 listade patienter per år. Mellan olika gruppomfattningar kan remissfrekvensen emellertid variera upp till fyra gånger. Visserligen kan en del av variationen förklaras av olika patientsammansättning, bland annat olika åldersfördelning, men största delen av variationen förblir oförklarad. På senare tid har man börjat studera betydelsen av psykologiska faktorer, såsom läkarens attityd till risktagande och läkarens förmåga att tolerera osäkerhet. Sannolikt har sådana faktorer stor betydelse för läkarens agerande i stort och inte bara när det gäller beslutet att remittera eller ej.

När man skall avgöra om en remiss är adekvat eller ej kan man se det från minst tre olika perspektiv, remisskrivarens, patientens och remissmottagarens. Många gånger har dessa aktörer olika uppfattning om behovet av remiss och frågan är då vems uppfattning som bör väga tyngst.

Den stora frågan är annars vad som är en optimal remissfrekvens. Remitte-

rar den som ligger i mitten alltid lagom? Förslösar den flitige remisskrivaren samhällets resurser eller är den sparsamme remisskrivaren en hälsofara för sina patienter? Självklart ger boken inga klara svar på dessa frågor, utan betonar mer behovet av fortsatt forskning på området.

Jag har ovan försökt ge en del smakprov på vad den senaste boken i "Oxford General Practice serien" innehåller. Frågan är nu om du behöver köpa den. Ja, själv tycker jag den är läsvärd av minst tre skäl: Den behandlar ett viktigt område (arbetsfördelningen och samarbetet mellan primärvård och sekundärvård); den presenterar stora delar av Storbritanniens sjukvårdssystem (ett billigt system, där vi nog har en del att lära); och den betonar betydelsen av den enskilde doktors personlighet (för bland annat remissfrekvensen).

Anders Håkansson, docent.

Vårdcentralen Teleborg  
Box 5044350 05 Växjö

# A textbook of family medicine

IAN McWHINNEY

Oxford: Oxford University Press, 1989.  
Pris: cirka 500 kronor.  
ISBN 0 19 505037 1

Ian McWhinney gav 1989 ut A Textbook of Family Medicine. Han vill i den definiera och exemplifiera familjemedicinens specifika sidor och skilja den från andra kliniska discipliner.

Boken är uppdelad i fyra huvuddelar, där den första behandlar familjemedicinens "grundläggande principer".

Familjeläkarens uppgift idag – i jämförelse med tidigare generationers huvudsakligen kurativa verksamhet – blir allt mer att hjälpa patienten leva bäst möjligt i sin omgivning; exempelvis ökar antalet äldre och patienter med kroniska sjukdomar. Helhetssynen på patienten är, enligt McWhinney, det som skiljer familjeläkaren från andra kliniska specialister – där verksamheten definieras utifrån en grupp sjukdomar eller en teknik.

Han pekar på fyra färdigheter som bör behärskas.

1) Kunna lösa odifferentierade/osorterade problem som patienten presenterar – det vill säga även "icke-sjukdomar". Doktors kunskap om familj och bakgrund under längre tid spelar här stor roll.

2) Prevention.

3) Den långvariga patient-läkarrelationen skall kunna användas för att maximera terapieffekten.

4) Ansvar för resursanvändning inom sjukvården – när remittera?

Inom familjemedicinen får cirka 70 procent av patienterna en symtomdiagnos vid konsultationen såsom stresshuvudvärk eller lumbago. Man har vid några av dessa tillstånd visat att patient/läkarrelationen är den viktigaste prognostiska faktorn. Doktorn måste försöka förstå patienten och vad symtomen betyder för henne/honom. Lidande kan vara så mycket mer än smärta eller fysiskt handikapp. Ibland är också symtomet uttryck för sådant som patienten ej orkar ta upp på annat sätt. Patienten måste förstå och vara delaktig i åtgärder/behandling.

Familjemedicinen kan inte överta slutenvårdens sätt att arbeta – den måste skapa egna. Kommunikationen är det viktigaste instrumentet den har och läkaren måste behärska det. Det är ofta viktigare att skilja ut en omedelbart åtgärdskrävande situation än att sätta en specifik diagnos. Laboratorieundersökningarnas värde kan också variera mycket mellan sluten- och öppenvård. Psykiska, fysiska och sociala faktorer samverkar och påverkar individens försvaret och därmed mottaglighet för alla olika slags sjukdomar. Det är en del av familjemedicinens uppgift att identifiera dessa faktorer och försöka tackla dem.

Bokens andra del är en genomgång av några grupper symtom där familjemedicinska aspekter av handläggningen betonas. Författarens nordamerikanska bakgrund – där sjukvårdsstruktur och familjeläkarnas förutsättningar är annorlunda – märks tydligt här, men en hel del av det som sägs är allmäntillgitt.

Praktiska aspekter på familjemedicinens uppläggning läggs i bokens tredje huvuddel. Hembesök, journalstruktur, patientansvar, teamarbete och samver-

kan med samhällets övriga "nätverk" diskuteras. McWhinney menar att klara målsättningar bör formuleras för patientomhändertagande – tidsbeställning, akutesök, telefontider – och fortlöpande utvärderas och praxis revideras vid behov.

Bokens sista del behandlar läkarens vidareutbildning och forskning inom familjemedicin. Bägge dessa bör, enligt författaren, anpassas till familjemedicinens specifika villkor. Familjeläkarens styrka är att se personen i ett sammanhang och att kunna följa en utveckling under lång tid. Metoder behöver utvecklas för att ta till vara denna särprägel.

A Textbook of Family Medicine är en välskriven bok och spännande framför allt nu när diskussionen om husläkare är så aktuell för oss. Det är den första delen med de grundläggande teorierna och definitionerna som känns mest relevant. Hur man i praktiken applicerar detta inom olika länder och anpassar det till olika sjukvårdssystem blir en diskussion som får föras på de olika platserna. Den vardag man upplever på vårdcentralen känns dock för det mesta långt bort ifrån dessa ideal och det är kanske riktigt att det är så. En bok som denna skall inspirera till att tänka vidare och försöka applicera en del av materialet i egen verksamhet. McWhinney vill mana till kontinuerlig utvärdering av det vi gör och hur vi gör det. Han pekar på att vi bör ifrågasätta rådande principer och framför allt ta till vara och utveckla familjemedicinens unika och specifika roll i sjukvårdssystemet

Karin Rö, ST-läkare.

Vårdcentralen Torpa  
462 36 Vänersborg

# BRUS



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

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

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

**Glaxo**

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



# Röntgenboka

## Bilediagnostisk utredning i praxis

INGER MARIE STEINSHOLT  
ELLEN RYGH

*Oslo: Tano, Allmenpraktikerserien 1992.  
Pris: 328 NOK. 288 sidor.  
ISBN 82 518 3072 9*

När vi närmar oss ett hushållarsystem, med snål resurstilldelning och krav på hushållning med tillgängliga medel, ökar intresset för att skärpa indikationerna för till exempel röntgenundersökningar. Därför kommer den norska Röntgenboka, som just fokuserar på röntgenundersökningar ur primärvårdsperspektiv, mycket lägligt.

Röntgenboka är skriven av två erfarna norska allmänläkare i samarbete med två radiologer med bred allmänläkarkontakt. Tidigare har i stort sett bara Staffan Cederholms "Röntga lagom" funnits tillgänglig inom detta gebit, det vill säga en handbok i röntgendiagnostik för kliniskt verksamme läkare. Det känns därför bra att få ett tillskott i form av Röntgenboka, speciellt som den direkt utgår från ett primärvårdsperspektiv.

Boken bygger i mycket på "Röntga lagom" och kan sägas vara en uppdatering och utvidgning av denna. Den är

systematiskt uppställd med ett kortare generellt avsnitt och sedan genomgång av undersökningar organvis. Därtill finns efter varje organavdelning ett avsnitt med utredningsgång, speciellt markerat med grå sidor.

Det är alltså en mycket didaktisk och väl bearbetad bok man får i sin hand. Författarna har strävat efter fullständighet, så är undersökningar med ultraljud, scintigrافي, datortomografi och magnetresonanstomografi (MRT) medtagna, utöver de mer sedvanliga röntgenundersökningarna.

Norskan är i mitt tycke lättläst och bör inte avskräcka någon från att skaffa sig eller läsa boken. Boken är giltig för svenska förhållanden likaväl som för norska, det är bara i enstaka avsnitt man kan märka skillnader, som till exempel värdet av att genomföra screening med mammografi, som ju redan är infört i Sverige.

Trevligt nog har författarna även tagit med två kapitel med röntgenundersökningar vid fysioterapi respektive kiropraktorbehandling, områden där säkert många av oss tycker att röntgenundersökningar överanvänts.

Nå, finns det inga nackdelar med boken då? Det skulle väl snarast vara att bilder totalt saknas. Detta är givetvis en

kostnads- och utrymmesfråga och stör enligt min mening inte det positiva slutomdömet. Det fascinerande med röntgenundersökningar är ju annars just presentationen i form av bilder, som ger en helt annan upplevelse än att läsa ett skriftligt utlåtande. Samtidigt tillkommer ju svårigheten att tolka detta synintryck i ett adekvat och kliniskt relevant utlåtande, också en konst!

En annan synpunkt är att boken blivit för fullig med avsnitten med utredningsgång vid olika kliniska tillstånd, att detta ju går att hämta ur andra böcker. Dock tycker jag att just kopplingen till det kliniskt-praktiska är en tillgång -- allt finns samlat på ett ställe!

Röntgenboka är således ett välkommet tillskott till vårdcentralens bibliotek. Den kan användas som uppslagsbok, men också gärna som ett underlag till diskussioner i till exempel kvalitets-säkringsgrupper eller annan intern utbildning eller diskussion på vårdcentralen. Boken förtjänar definitivt att användas och inte att stå och skräpa oanvänd i en bokhylla!

*Per Wändell*

Distriktsläkarmottagningen  
Åkersberga sjukhus  
Box 506184 25 Åkersberga

## Folkhälsovetenskap

### – en introduktion

BO JA HAGLUND  
LEIF SVANSTRÖM

*Lund: Studentlitteratur, 1992*

Bokmarknaden har begåvats med en ny lärobok inom folkhälsoområdet. Under de två senaste åren har ett stort antal böcker publicerats. Folkhälsogruppen har givit ut sex böcker om "Hela folkets hälsa" (1991) och boken "Jordmån för hälsa" (1992). De nationella folkhälsoberättelsernas två böcker kom i föl. Bokförlagen gav också ut flera relevanta böcker, bland andra antologin "Klass och ohälsa" (1991) på Tidens förlag. Antonovskys "Hälsans mysterium" (1991) på Natur & Kultur och "Sunda synder" (1991) på Rabén & Sjögrens förlag för att nämna några.

Vilken plats har då denna bok? Författarna tar, i bokens 22 kapitel, ett brett grepp om folkhälsan och försöker ge en ny introduktion till området. Boken disponeras i fyra delar: välfärds- och hälsopolitik, samhällsmedicinens grunder, de stora folkhälso problemen

samt hälsopolitik och förebyggande arbete.

Bokens målgrupper är studerande vid vårdhögskolor och studerande framför allt vid introduktionskurser till folkhälsoarbete och folkhälsovetenskap inom Mastersutbildningen. Boken är en introduktionsbok till folkhälsoområdet, men den tar inte alls upp de grundläggande folkhälsovetenskapliga metodfrågorna. En annan brist är ojämnheten i boken, som i många stycken ger intryck av att vara ett hastverk. Boken innehåller många litteraturhänvisningar, men i kapitlet om folkhälsans utveckling saknas fem hänvisningar samtidigt som 13 andra finns med utan att behandlas i texten. Mer allvarligt är dock att författarna alltför ofta inte ger en aktuell översikt av kunskapsläget. Kan det vara så att bokens kapitel skrivits successivt under åren sedan författarna gav ut introduktionsboken i Samhällsmedicin och att de sedan undvikit att uppdatera dessa texter. Boken präglas också mycket av författarnas egna tidigare skrifter i området. Ett botten-

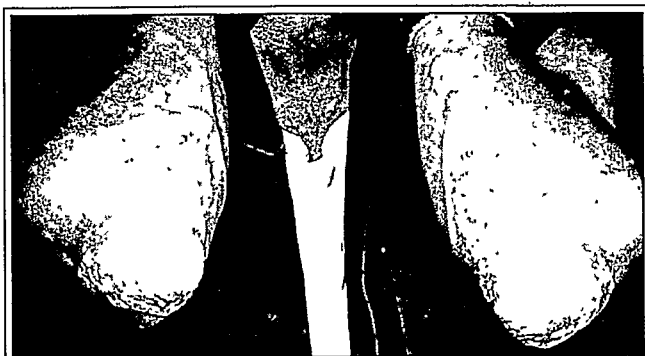
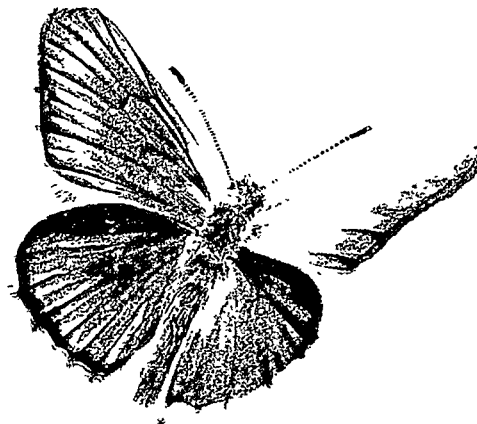
napp är kapitlet om sexuellt överförbara sjukdomar. Där används till exempel SCB som referens för sjukdomsbeskrivningen av klamydia. Vidare ges ingen adekvat belysning av det folkhälsoarbete som bedrivs för att främja god samlevnad och sexualitet samt förebyggande av STD och oönskade graviditeter.

Trots många brister är ändå boken angelägen, eftersom den ger en antydning om den utveckling som sker inom folkhälsoområdet. Boken skulle ha vunnit mycket på om de senaste årens framsteg nationellt och internationellt bättre beskrivits.

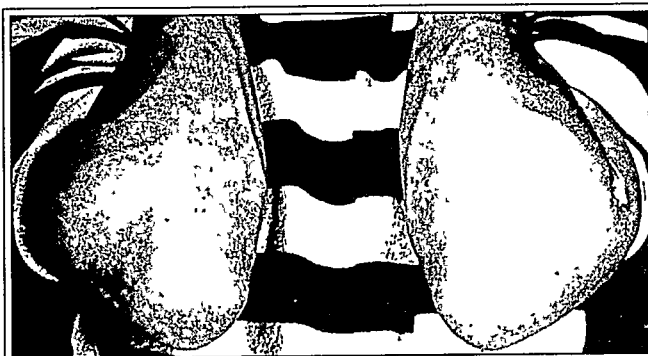
En lärobok bör enligt min mening ge underlag för inläring av mer än allmänna principer och utvecklingsdrag. Den intresserade kan dock finna mycket av värde, men författarnas förra bok "Att förebygga - samhällsmedicin i praktiken" (1987) var bättre.

*Charli Eriksson, professor.*

Folkhälsoinstitutet  
Box 27848  
115 93 Stockholm



Före behandling.



Efter 7 veckors behandling med Daivonex.

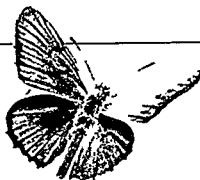
Mer än 200.000 patienter har hittills effektivt behandlats med Daivonex, varav 3.000 i kontrollerade kliniska prövningar. Daivonex har genomgående tolererats mycket väl.

- Effektivt
- Snabbt insättande effekt
- Vältolererat
- Patientvänligt

Ett genombrott i  
behandlingen av  
**PSORIASIS**

# Daivonex

calcipotriol


Ans. 101

**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 polyoxyethylen-stearylether propylen glycolum, aq. purif., vaselinum album ad 1 g  
Egenskaper. DAIVONEX salva innehåller D-vitaminderivatet calcipotriol som stimulerar differentieringen och dämpar delningshastigheten hos keratinocyterna. Calcipotriol har ringa effekt på kroppens kalciumomsättning och jämfört med det naturliga hormonet calcitriol (dihydroxyvitamin D<sub>3</sub>) 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 kalciumnivån. Överkänslighet 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  
Anning. 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 av behandlad hud (> 1/100)

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 avbrutits  
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 behandlingsstillfälle. 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 händerna noga efter användning. Erfarenhet av behandling av barn saknas. Serumkalcium och serumkreatinin bör kontrolleras vid insättande av behandling samt någon gång under behandlingen. Patienten bör upplysas om symtom på hyperkalcemi.  
Förpackningar och priser. Salva 50 µg g Tubor 30 g 124 - 100 g 260 -



**LÖVENS LÄKEMEDEL**

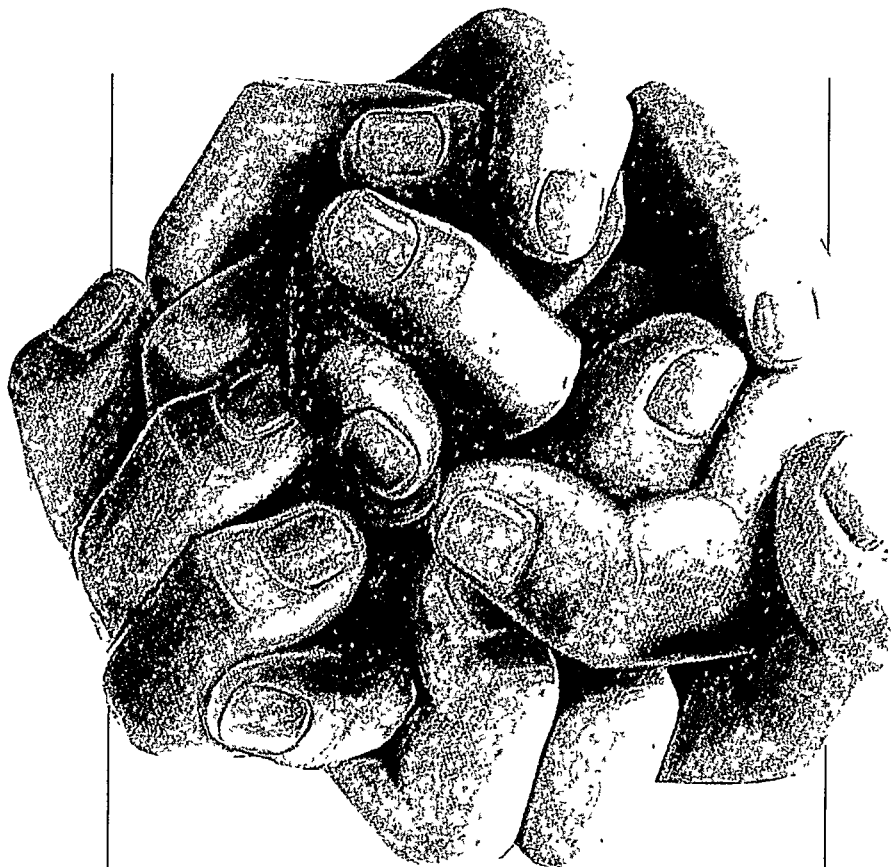
Tel 040-75630 • Box 404 • 201 24 Malmö



LARS JOHAN BERG

GÄSTGIVAREV 16  
543 35 TIBRO

734004



## När ångest slår knut på livet.

Ängslan, ångest och rastlöshet är ett nedbrytande ekorrhjul som många människor hamnar i. När spänningen stiger och själen brister, utlöses ibland psykosomatiska sjukdomstillstånd och många drabbas av sömnsvårigheter.

Vid medicinsk behandling av ångest är Sobril (oxazepam) ett väldokumenterat preparat med ångestdämpande och muskelrelaxerande egenskaper. Oxazepam har en enkel metabolism, saknar aktiva metaboliter och elimineras lika snabbt hos gamla som hos unga.

Läkemedelsbehandling av ångest och sömnlöshet bör alltid vara ett adjuvans. Innan ordination sker, är det viktigt med en anamnes angående tidigare missbruk och alkoholvanor. Oxazepam förstärker effekten av alkohol och en kombination bör undvikas. Behandling med Sobril bör vara tillfällig eller intermittent. Efter längre tids behandling minskas dosen gradvis för att undvika utsättningsproblem.

### Sobril®

Oxazepam, tablett 5, 10, 15 och 25 mg.  
Dämpar ångest, dag som natt.

△◇ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning.



Kabi Pharmacia

Kabi Pharmacia AB Sverige  
112 87 Stockholm