

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Lag-om
husläkare

6
1993

Prisbelönt
pedagogik

ALLERGI GER INFLAMMATION.

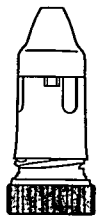
Allergisk och vasomotorisk rinit är inflammatoriska sjukdomar. Behandlingen bör också utgå från detta synsätt.

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®
Turbuhaler®



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

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

Manus-stopp!

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

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivnings-vecka
1/94	10/1-94	6
2/94	28/2-94	14
3/94	18/4-94	20

ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för
Svensk Förening för Allmänmedicin
(SFAM)

Ansvarig utgivare:
Ingvar Krakau

Chefredaktör:
Anders Håkansson
Vårdcentralen Teleborg
Box 5044, 35005 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

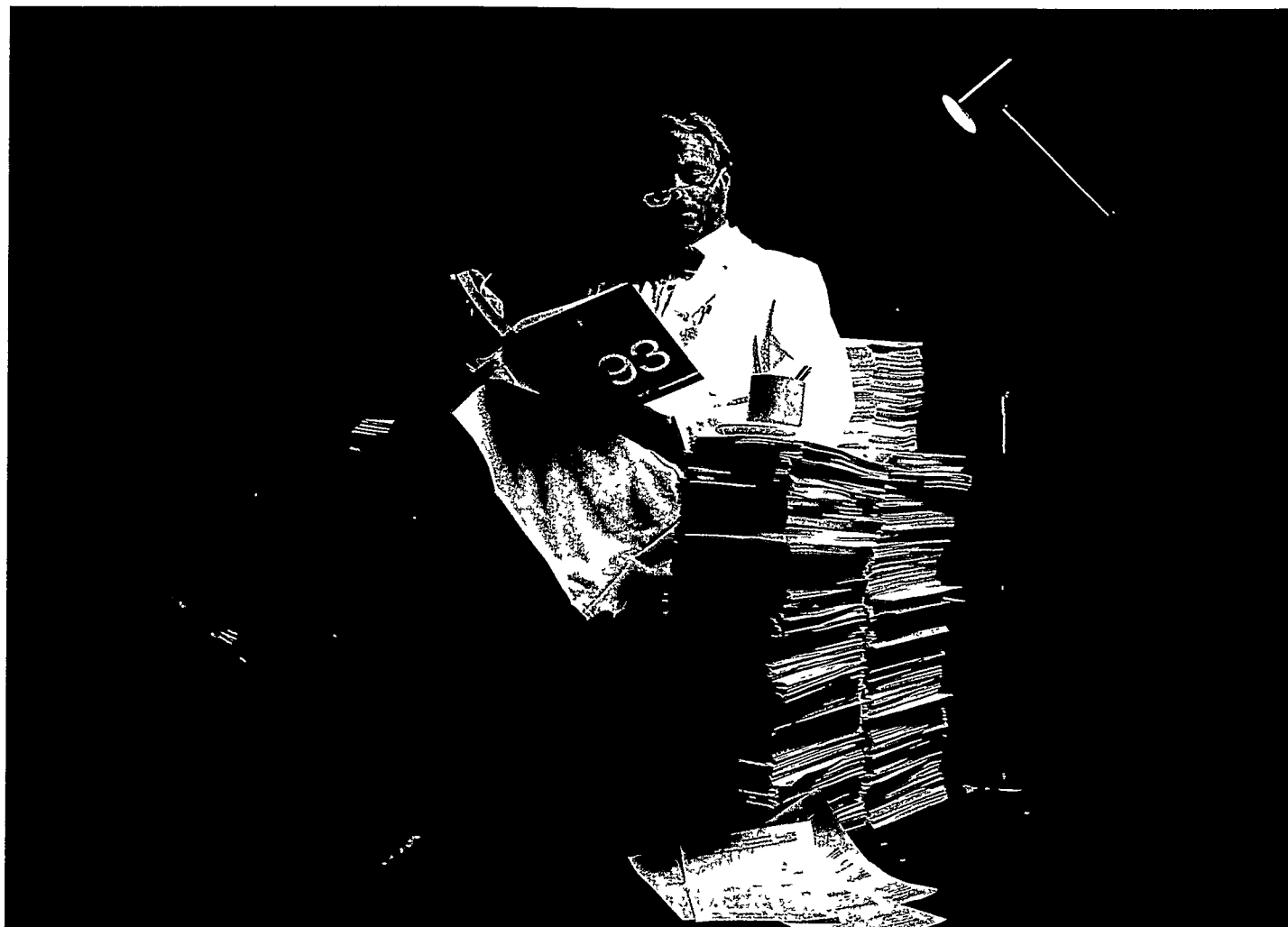
Prenumerationsavgift:
405 kr per år, för studerande 150 kr per år
(prenumerationsavgiften ingår i medlems-
avgiften till Svensk Förening för Allmän-
medicin).

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

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

Kalendarium	251
Ledare	
Lag-om husläkare <i>Ingvar Krakau</i>	252
Nytt från SFAM	
Våra viktigaste uppgifter de närmsta två åren <i>Jonas Sjögren</i>	253
Informationsmöte med Läkarförbundet <i>Anna-Karin Furhoff</i>	253
SFAM.dok, data- och klassifikationsgrupp <i>Rolf Linnarsson</i>	255
Lokalt SFAM-årsmöte i Jämtland <i>Hans Beijer</i>	256
Debatt	
Doktorn och datorn <i>Martin Frykholm</i>	259
Folkhälsoarbetets utveckling i Sverige <i>P Owe Petersson</i>	260
SFAMs kvalitetssäkringsgrupp utvidgad! <i>Kjell Lindström</i>	260
Kurser och Konferenser	
Kvalitet i allmänmedicin. Kongressrapport från Haag <i>Malin André</i>	262
Omsorg vid livets slut. Rapport från 1993 års Kongsvoldsseminarium <i>Ingemar Nordlund</i>	267
Östrogen, ett "nödvändigt" substitut för kvinnor under och efter klimakteriet – Rapport från 7:e internationella menopaus- kongressen i Stockholm, juni 1993 <i>Monika Eriksson</i>	268
 Apoteksbolaget	
Frågor och svar om läkemedel <i>Lars-Olof Hensjö</i>	269
Referenspriser och läkemedelsförmån – förändring under viss förvirring <i>Bo Gunnarsson, Helen Weiner</i>	271
Att lära ut för inläring <i>Göran Westman</i>	273
Kvalitetssäkring <i>Leif Persson</i>	277
Två idé-seminarier om allmänmedicinsk efterutbildning sommaren/hösten 1993 <i>Elisabeth Jaenson</i>	278
Verktogsådan	278
Varning för appen! <i>Jonas Tovi</i>	281
Konsultationsundervisning och handledning av ST-läkare <i>Lena Svedin, Göran Sommansson</i>	285
Recensioner	
Köchen MM, Abholz H-H et al. Allgemeinmedizin <i>Bengt Nordling</i>	292

Att sitta på kunskap

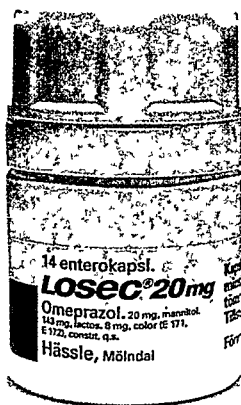


EXPLICIT

LOSEC® – resultatet av 25 års svenskt utvecklingsarbete

I utvecklingsarbetet av LOSEC® har över 40 000 patienter deltagit i de kliniska studierna. Mer än 60 miljoner behandlingar har givits i 73 länder över hela världen, med mycket goda resultat.

Nu är LOSEC® godkänt för långtidsbehandling av svår refluxesofagit och svår-



behandlade peptiska sår, utan tidsbegränsning. Dokumentationen har bedömts så betryggande, att ingen övre tidsgräns har varit nödvändig att sätta.

Använd LOSEC® för säker behandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxesofagit, även på lång sikt.



LOSEC® (omeprazol) är en protonpumpshämmare och finns som kapslar 20 mg (14, 28 och 56 st), injektionssubstans (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.

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

omeprazol
LOSEC®
– den svenska protonpumpshämmaren

1993

DECEMBER

◆ **1-3 december.** Svenska Läkaresällskapets Riksstämman, Stockholm.
Information: Eva Kenne, Svenska Läkaresällskapet. Tel. 08-24 33 50.

◆ **6-8 december.** International Symposium on Purity Determination of drugs. Stockholm.
Information: Ann-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85. Fax 08-20 55 11.

◆ **6-10 december.** Hopital Expo, Paris, Frankrike.
Information: Hopital Expo, PG Promotion, 17, Rue Childebert, F-69002 Lyon, Frankrike.

◆ **8-9 december.** Grundkurs i Ekotoxikologi - Bedömning av kemikaliers miljöfarlighet. HögbergaGård, Lidingö.
Information: Annette Lindberg eller Birgitta Karpesjö, tel 08-24 50 85.

◆ **8-10 december.** GCP monitorering: Påbyggnadskurs i klinisk läkemedelsprövning, Rimbo.
Information: Ann Odebrand, Apotekarsocieteten. Tel 08-24 50 85.

1994

JANUARI

◆ **20 januari.** Temadag: Läkemedel framtagna med genteknik, Stockholm.
Information: Anne-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-245085, Fax 08-205511.

◆ **24-28 januari.** Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning, Sigtuna.
Information: Ann Odebrand Thorslund, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-245085, Fax 08-205511.

◆ **24-28 januari.** Sjudarhöjden, Sigtuna (3072)
11-15 april. Sjudarhöjden, Sigtuna (3073). Grundkurs i Klinisk Läkemedelsprövning.
Information: Ann Odebrand Thorslund eller Inger Fagerhäll, Tel 08-24 50 85.

FEBRUARI

◆ **7-9 februari.** International Symposium on Solid Oral Dosage Forms och Satellite Symposium on Powder Compaction Technology, Stockholm.
Information: Anne-Marie Johansson, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85, Fax 08-240 55 11.

◆ **14-18 februari.** 5-poängskurs (del 1) i toxikologisk bedömning, Lidingö.
Information: Annette Lindberg eller Birgitta Karpesjö. Tel 08-245085, Fax 08-205511.

◆ **14-18 februari** samt **18-22 april.** 5-poängskurs i Toxikologisk bedömning. Apotekarsocieteten i samarbete med Karolinska Institutet. Villa Brevik, Lidingö.
Information: Annette Lindberg eller Birgitta Karpesjö. Tel 08-24 50 85.

◆ **22-23 februari**, Sjudarhöjden, Sigtuna (3074) eller

18-19 maj, Aspenäs, Lerum (3074)
Orienterande kurs i Klinisk Läkemedelsprövning.
Information: Ann Odebrand, Box 1136, 111 81 Stockholm. Fax 08-20 55 11.

MARS

◆ **6-11 mars.** International course on assessment of health-related fitness, Tampere, Finland.
Information: UKK Institute/Mrs Raija Laukkanen, UKK Institute, PO Box 30, SF-33501 Tampere, Finland. Tel. +358 31 282 9111. Fax. +358 31 282 9200.

◆ **7-10 mars** Block I: Grunderna.
och **25-28 april.** Block I: Tillämpningarna. Utbildning i Biofarmaci/Farmakokinetikland.
Information: Ann Odebrand Thorslund eller Inger Fagerhäll. Tel 08-24 50 85.

◆ **13-16 mars.** The international congress on smoking cessation, Glasgow, Storbritannien.
Information: Congress Secretariat, Gardimer-Caldwell Communications Ltd, The old Ribbon Mill, Pitt Street, Macclesfield, Cheshire SK 11 7PT UK.

APRIL

◆ **7-9 april.** International congress: Ethics and freedom - changing contexts and family therapy, Aten, Grekland.
Information: Destrée organisation, Rue des Drapiers 46, B-1050 Bruxelles. Tel 02-5124442, Fax 02-5024443.

◆ **14-16 april.** DUR-kurs. Glaxo-Allenburgs-akademien (huvudvärk, hud, astma, rinit, öli och gastro). Örenäs Slott, Landskrona.
Information: Margareta Cederholm, Glaxo AB, Mölndal. Tel 031-670900.

◆ **18-22 april.** Symposium on Family health in circumpolar regions, Ilulissat, Grönland.
Information: Nordic council for Arctic Medical Research, Aapistie 1, SF-90220 Oulu. Tel 358-815376202.

SFAM/DLF

vårnöte 1994

Vårnötet kommer att hållas i Sundsvall 5-7 maj 1994.

Kontaktperson:

Markus Kallioinen, distriktsläkare, Vårdcentralen Centrum

Kvinnors hälsa

Doktorandkurs vid Göteborgs universitet Medicinska fakulteten. Distansutbildning

Medverkande: Patricia Stephenson, RN, ScD och Cecilia Björkelund, MD.
Lokal: Allmänmedicinska institutionen, Vasa sjukhus, Göteborg.
Antal deltagare: 20
Tidpunkt: 1994-03-10-11
1994-04-28-29
1994-05-18

Kursen kommer att ges på engelska. Doktorander har förtur till kursen, men alla med högskoleutbildning inom vård och medicin kan söka. Ansökan före 1994-01-08. Ansökningsblankett rekvireras från Kansliet för medicin och odontologi, Medicinregatan 16, 413 90 Göteborg, tel 031-85 30 32.

Kontaktpersoner: Cecilia Björkelund, Allmänmedicinska institutionen, tel 031-61 75 00 eller Kerstin Segesten, Vårdhögskolan, tel 031-84 45 30.

Kort beskrivning av kursen: Kursen avser att fokusera centrala frågor som rör kvinnors hälsa, belysa epidemiologiska och programmässiga aspekter och diskutera konsekvenser för hälsopolitik, problemlösning och forskning. Kursen tar bl a upp varför det finns ledning att belysa kvinnors hälsoproblem, könsskillnader i hälsostatus och dödlighet, fertilitet och infertilitet, familjeplanering och äldre kvinnors hälsa.

Kort sammanfattning av kursen (på engelska): The course will examine key women's health issues - epidemiologic and programmatic aspects of each issue - implications for health policy, problemsolving and research. The courses focuses on: why women's health? sex differences in health and mortality, fertility and infertility, family planning and older women's health.

Lag-om husläkare

INGVAR KRAKAU

Förargliga badrumskran. Från kallt till hett, från dropp till sprut utan att man hinner blinka. Tillkallad rörmokare donar med sina tänger. Säger inte ett ord om att man måste lära sig leva med snabba förändringar. Men kranen rinner strax som den ska.

Denna husläkarhöst, i svalget mellan invand vardag och det stora okända, finns onekligen ett och annat termostatproblem att åtgärda. Husläkarlagen är knappast något mästarprov i reglerteknik, det kan nog även dess främsta tillskyndare tillstå. För lagen ansvariga hantverkare uppmanas därför kvarstanna på arbetsplatsen och avhjälpa uppenbara felfunktioner. Här är listan:

Förhindra söndring!

Samarbetsklimatet allmänläkare emellan har redan allvarligt skadats. Kollegor "positionerar" sig mot varandra i jakten på den fulla listan. Gamla vänner blir nya fiender. En vårdkultur av samverkan bryts sönder.

Förslag till åtgärd: Liksom när det gäller sjukhusen bör det vara vårdenheten (inte den enskilde läkaren) som får pengarna. Om man nämligen vill främja – inte bryta upp – professionell samverkan. Självklara saker!

Stimulera återväxt!

Ett av de angivna huvudargumenten för införandet av systemet med husläkare var att man ville öka rekryteringen till allmänläkarbanan. Allt för få sökte FV-block/ST-tjänst i allmänmedicin och allt för många hoppade av dessa block, hette det.

Ändå stoppar nu ett flertal landsting tillsättningen av redan beslutade tjänster, med hänvisning till risk för "övertalighet". Hoppsan, det var visst inte någon brist på allmänläkare!

Vem kommer för övrigt ha råd att hålla sig med ST-läkare. Därom är det ingen som vet besked. Och de som påbörjat sina block känner sig allt mer som "gökungar" i den gemensamma listans rede. Sina handledares potentiella banemän. Och från andra sidan klämda av sjukhusläkare i diasporan

med dispenspapper från Socialstyrelsen.

Förslag till åtgärd: Lyft ut ST-utbildningen ur "husläkarsystemet". Se det som en nationell angelägenhet att säkra en god återväxt av allmänmedicinare. Möjligen kan detta bli en uppgift för det "allmänmedicinska institut" på nationell nivå som nu diskuteras. Systemet med "tillsvidareanställning" vid en kanske listsvag husläkarmottagning som inträdesbiljett för förordnande för specialistutbildning har knappast framtiden för sig.

Främja FoUU-verksamhet!

Medicinsk verksamhet utan goda kontakter med forskarvärlden lever farligt. Företrädare för de allmänmedicinska institutionerna, SFAM, DLF med flera har vid flera tillfällen uppvakttat Socialdepartementet för att påtala behovet av allmänmedicinsk forskning i det nya husläkarsystemet.

Dessa uppvaktningar gjorde dock uppenbarligen inte något större intryck på höga vederbörande (men invaggade uppvakterna i godtrogen ro).

Hur skall morgondagens husläkare någonsin våga minska (eller temporärt lämna) sin lista för att ägna sig åt forskning, utvecklingsarbete eller utbildning? Och detta även om särskilda anslag till äventyrs funnes att få.

Förslag till åtgärd: Tyvärr måste jag medge att jag här känner mig ganska ställd. Liksom gallret i Frödings "En Gahsel" är nog detta ett systemfel smitt och nitat i sig själv. (Ni minns kanske slutraden "och först när själv jag krossas, krossas gallret").

Var rädd om allmänläkarens arbetsmiljö!

Tongivande företrädare för svensk allmänmedicin har (hittills) undvikit att kommentera husläkarens nu lagreglerade personliga ansvar för egna patienter dygnet runt, årets (och husläkarlivets) alla dagar. Detta scenario – som hämtat ur Viktor Rydbergs "Nya grottesång" – är, om man tar det bokstavligt, förstås något problematiskt.

Ingen annan läkargrupp har en sådan slavklausul kontrakterad. Den som, kanske utan egen förskyllan, kommer på kant med kollegor att dela jouren med kan säkert hålla sig för skratt.

Med de avskalade basåtaganden som många landsting nu planerar för (och med tilläggsåtaganden som en osäker finansieringskälla) förändras också allmänläkarens arbetsmiljö högst väsentligt.

Ett friare arbete som husläkare får köpas till priset av att det glesnar i leden av medarbetare. Det är inte självklart att det arbetsmiljömässiga saldot kommer att visa på vinst. Eller det medicinska.

Förslag till åtgärd: Ökad läsning av arbetsmiljölagen, gärna i studiegrupper med husläkare och sjukvårdshuvudmän.

Den reflekterande dialogen

Men nu är det som det är. Försvaret för den primärvårdsmodell Sverige nu lämnar har faktiskt varit påfallande svagt inom allmänläkarkåren. Tongivande allmänmedicinare har tigit på föreningsmöten, i sina kontakter med sjukvårdshuvudmän, departement och även på ledande plats i denna tidning. Hela vårdcentralbygget kollapsade inför nya idéer om konkurrens och marknadsekonomi. Som indiankulturerna i mötet med conquistadorena. Men tidens passadvindar är nyckfulla. Även den nye husläkaren blir nu allt mer ifrågasatt både bland allmänläkare och i den sjukvårdspolitiska debatten. Den trilskande vattenblandaren igen. Organisationsforskaren Leif Borgert har talat om den reflekterande dialogen som en möjlig väg att hantera besvärliga problem, till exempel när det gäller sjukvårdsorganisatoriska vägval. Det är nog den sortens vattenblandare som behövs för att vi skall få lag-om vältempererat husläkarsystem.

Författarpresentation

Ingvar Krakau, docent i allmänmedicin.

Allmänmedicinskt utvecklingscentrum
Sollentuna sjukhus och vårdcentral
Box 164
191 23 Sollentuna

Våra viktigaste uppgifter de närmsta två åren

Husläkarreformen och den debatt som förts kring denna har satt primärvården och allmänmedicinen i focus. Situationen just nu innebär unika möjligheter att bygga upp basen i svensk sjukvård.

Genomförandet av husläkarreformen medför samtidigt stora risker. Kort sagt är allmänmedicinen som specialitet hotad. Skälen är följande:

* Privatiseringen kan medföra en kommersialisering med försämrad kvalitet och olämpliga prioriteringar som följd. I förlängningen finns risk för en splittring mellan privat och offentligt anställda allmänläkare.

* Den generösa dispensgivningen kan medföra en nivellering av den allmänmedicinska specialiteten.

* Fri etablering för organspecialister hotar att trycka undan allmänmedicinen.

Primärvården kan fragmentiseras i allsköns specialistvård.

* De ekonomiska incitamenten i såväl privat som offentlig primärvård kan sätta efterutbildning och kvalitetsutveckling på undantag.

* Möjligheterna för allmänläkare att delta i forskning och utvecklingsarbete kan bli sämre. Detta kan leda till, att en klyfta uppstår mellan den akademiska och den praktiska allmänmedicinen.

Kunskapsutvecklingen inom allmänmedicinen får inte bromsas upp i den turbulens vi nu genomlever. SFAM kommer energiskt att verka för, att allmänmedicinsk forskning fortsätter att utvecklas under goda villkor även i ett husläkarsystem.

Jag är övertygad om, att det är av vital betydelse, att SFAM lyckas genomföra en efterutbildning såsom förslaget lades

fram vid årsmötet i Stockholm. Det är av avgörande strategisk betydelse att ett institut för allmänmedicin bildas.

Det är av största vikt att förslaget om efterutbildning förankras lokalt och omsettes i praktisk handling. Bland annat bör efterutbildningsgrupper sättas igång snarast möjligt. SFAM skall stimulera detta arbete bland annat genom att söka bilda ett nätverk av lokala föreningar.

Vi måste inse betydelsen att hålla ihop allmänläkarna och försvara den allmänmedicinska professionen genom en kraftfull satsning på utveckling av alla husläkares kompetens.

Vi måste genom SFAM ta initiativet nu, chansen lär inte återkomma.

Jonas Sjögren,

SFAMs ordförande från årsmötet i Stockholm 28 oktober 1993

Informationsmöte med Läkarförbundet

ANNA-KARIN FURHOFF

LB 05604

Läkarförbundet kallar representanter för specialitetsföreningar till ett allmänt informations- och diskussionsmöte två gånger per år, så kallade representantskapsmöten. SFAM har i år representerats av Anna-Karin Furhoff, ledamot av SFAMs styrelse, som här ger en rapport från höstmötet.

Representantskapsmötena är intressanta träffar, där man får en bred överblick över vad som är aktuellt inom Läkarförbundets område. I år har EG/EES-frågor tagit stort utrymme, både på vårmötet och på det senaste mötet i oktober. För många sjukhusspecialiteter är det europeiska samarbetet redan en realitet, bland annat genom europeiska specialistexamina. Men också allmänläkarna berörs. Ett exempel är bestämmelsen, att specialistkompetens kan uppnås tidigast fem år efter legitimation, vilket ju är en EG-anpassning.

Över huvudtaget är specialistutbildningsfrågor något som berör alla föreningarna och där Läkarförbundet också engagerar sig. SPUR-projektet (Läkarförbundets specialistutbildningsråd) med inspektioner av klinikers och primärvårdsmottagningars lämplighet ur utbildningssynpunkt, sker nu inom ramen för en stiftelse med Läkarförbundet som huvudintressent. Avgift för varje inspektion är 12.500 kronor inklusive moms.

Sidoutbildningarnas finansiering är ett annat intresseområde för förbundet. För allmänmedicin fungerar ryggsäcks-

modellen bra i många landsting, det vill säga underläkaren får sin lön från hemmamottagningen, även när han/hon tjänstgör på sjukhuskliniker. Inom sjukhusen prövar man olika modeller, till exempel att lönen i början av en sidoutbildning helt betalas av moderklinikern, för att mot slutet av tjänstgöringen till större eller mindre del betalas av den klinik där utbildningen sker. Ett system med "poolade" lönedel provas på Karolinska sjukhuset i Solna.

Läkarnas arbetsmarknad diskuteras givetvis. Antalet arbetslösa läkare uppgick i september till 412 enligt arbetsförmedlingens statistik. Antalet arbetslösa läkare anslutna till AEA (Akademikernas Erkända Arbetslöshetskassa) var vid samma tid 197. De flesta (106 personer) tillhörde SYLF, en följd av att så få ST-tjänster tillsätts. Fjorton var allmänläkare.

Framtiden ser fortsatt dyster ut. Även om intagningen till läkarutbildningen minskas snabbt, väntas arbetslösheten att stiga. Detta beror givetvis på att det är en så lång bromssträcka i systemet, men också på att pensionsavgångarna är få under det närmaste decenniet och på att det knappast blir någon ökad satsning på hälso- och sjukvård under nuvarande dåliga tider.

Husläkarreformen togs också upp. Förbundets verkställande direktör Anders Milton gav en engagerad sammanfattning av de svårigheter som reformen medfört. Kapiteringen beslutas till exempel av landstingen efter MBL-för-

handlingar, där ju facket inte alls har samma inflytande som vid vanliga fackliga förhandlingar. Det bedömdes inte troligt att ett regimskifte skulle påverka husläkarreformen annat än i detaljer.

SFAMs representant kunde bara instämma i skildringen och dessutom understryka de svårigheter många allmänläkare hamnat i, när de på kort tid och med otillräckligt underlag, måste fatta beslut av stor ekonomisk betydelse. Mitt intryck är att sjukhuskollegorna har förståelse för vår situation.

Barnläkare och gynekologer var naturligtvis bekymrade över att BVC och MVC förvandlas till handelsvaror, som kan säljas ut efter anbud. Vi var rörande ense om att de fortsatta diskussionerna i frågan ska föras mellan företrädare för specialiteterna, inte i massmedia.

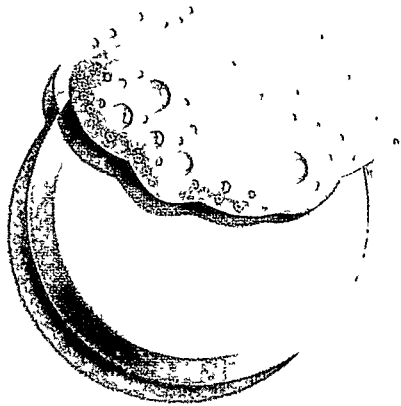
Mot slutet blev tiden lite kort, så viktiga frågor som den nya läkarvårdstaxan, en rapport från Arbetsmiljöinstitutet om läkares arbetsvillkor och arbetet i Läkarförbundets och Läkaresällskapets medicinska kvalitetsråd fick knappast den belysning de skulle förtjänat. Intresserade hänvisas direkt till förbundet.

Författarpresentation

Anna-Karin Furhoff

Institutionen för allmänmedicin
Diagnosvägen 8 nb
141 54 Huddinge

BRUS



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

Zantac[®]
(ranitidin HCl)

Zantac[®] (ranitidin HCl) är en H₂-receptorblockerare och finns som tabletter i styrka 150 mg (20 st, 60 st och 50 x 1 st) samt 300 mg (10 st och 30 st). Zantac[®] brustablett 150 mg (60 st). Zantac[®] mixtur 15 mg/ml (300 ml). Zantac[®] injektionsvätska 25 mg/ml (5x2 ml). För vidare information se katalogtext.

Glaxo

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



SFAM.dok, data- och klassifikationsgrupp

ROLF LINNARSSON

SFAMs datagrupp har ombildats till en data- och klassifikationsgrupp, SFAM.dok. Gruppen består av en kärntrupp på sex personer med bred erfarenhet av datorjournaler, informationssystem och klassifikationsfrågor. Följande ingår i gruppen: Lars Berg, Tibro, Per Björgell, Råå, Tore Hegle, Mockfjärd, Rolf Linnarsson, Sundbyberg, Britt-Gerd Malmberg, Sundbyberg och Kenneth Widäng, Boden. Vi avser att koncentrera oss på ett fåtal centrala uppgifter och knyta resurspersoner till oss i arbetsgrupper. Den tidigare datagruppens medlemmar inbjuds att engagera sig i arbetet. Mest angeläget för närvarande har vi bedömt vara frågan om en ny diagnosklassifikation för primärvården och frågan om en kvalitetsgranskning av primärvårdens datorjournalssystem.

En ny diagnosklassifikation för slutenvård, ICD-10, beräknas träda i kraft 1 januari 1996. Därför har frågan om en ny diagnosklassifikation också för primärvården aktualiserats. SFAM.dok föreslår att en primärvårdsversion av ICD-10 utarbetas och introduceras samtidigt med slutenvårdsversionen. Ansvaret för detta arbete ligger hos socialstyrelsen, men SFAM bör medverka i arbetet genom SFAM.dok.

SFAM.dok har diskuterat hur en ny primärvårdsklassifikation kan förankras bland landets allmänläkare. Vi tror att det finns behov av en klassifikationshandbok som innefattar alla primärvårdens klassifikationer. En sådan

handbok skulle omfatta basdata, kontaktorsaker, diagnoser och åtgärder. Eftersom datoriseringen nu sker i snabb takt på vårdcentraler och allmänläkarmottagningar, finns goda förutsättningar att med datorernas hjälp för enkla klassificeringsarbetet. För att underlätta journalarbetet och möjliggöra journalgranskning vid kvalitetssäkring behöver datorjournalssystemen dessutom förses med en enhetlig nomenklatur/terminologi. Att utveckla en **termbank** med primärvårdens administrativa och medicinska termer ser vi som en uppgift för SFAM.dok.

SFAM.dok kommer att arbeta vidare med kvalitetsgranskningen av primärvårdens datorjournalssystem. Datagruppens förslag till kvalitetskriterier som utarbetades på initiativ och under ledning av Bengt Dahlin anser vi vara en bra grund för en sådan granskning. Kriterierna omfattar följande huvudområden:

- användarvänlighet i rutinarbetet med journalen;
- utdata och verksamhetsuppföljning;
- systemuppbyggnad, teknik och kommunikation;
- sekretess, säkerhet och laglighet;
- leverantören: säkerhet, support, utvecklingsmöjligheter.

SFAM.dok avser att i samarbete med SPRI utforma ett besiktningsprotokoll, som kan användas för att genomföra en sådan granskning. Vi tänker oss en flygande besiktning på plats hos några av de referensinstallationer som datorleverantörerna anvisat. Resultaten kan sedan publiceras och tjäna som vägledning för dem som ska välja system och som påtryckning på datorleverantörerna för en vidareutveckling och kvalitetsförbättring av systemen.

Författarpresentation

Rolf Linnarsson, distriktsläkare, med dr.

Centrum för allmänmedicinsk informatik
Vårdcentralen Kronan
172 83 Sundbyberg

Vädjan om hjälp!

De tre baltiska länderna har trots alla olikheter sinsemellan det gemensamt, att de nu är i full fart med att omdana sin sjukvård till en mera västerländsk modell. I det arbetet ingår att utveckla en livskraftig primärvård, något som hittills har saknats.

Vi publicerar här en vädjan från ordföranden i Litauens förening för allmänmedicin, professor Julius Kalibatas, om hjälp i detta arbete. Det är ställt till Stockholm Care, Stockholms läns landstings "utvecklingsbolag", men hjälp är lika välkommen varifrån den än kommer.

Det är heller inte säkert att det varken är lämpligt eller möjligt att litauiska läkare genomgår specialistutbildning här. Studieresor och kortare utbildningsinsatser, antingen här eller i Litauen är kanske mera realistiskt.

Men hur hjälpen än ges, behövs den! En hälso- och sjukvård som är medicinskt och ekonomiskt vettig och som bygger på respekt för patienten, är en grundsten i ett demokratiskt samhälle.

Vidare upplysningar kan du få av Anna-Karin Furhoff, Institutionen för allmänmedicin, Diagnosvägen 8 nb, 141 54 Huddinge.
Tel 08-774 93 78.

Dr Jerzy Wasserman
Medical Adviser
Stockholm Care AB

According to our previous talks during our meeting in Vilnius, I am taking the liberty to write this letter about primary health care in Lithuania and postgraduate education in family medicine.

You kindly proposed to help us in this completely new field of medicine in Lithuania. Of course, it is very generous of you to take so much interest in our problems. I consider this activity of Sweden as one of extreme importance, not only to help us in survival of our medicine system, but to bring further understanding and cooperation between our countries.

I will appreciate if you could find any institute or college in Sweden, where it would be possible to admit 2-3 specialists from Lithuania for training in general practice.

I would consider it most kind if you would help us in this matter. I am very sorry once more to have caused so much trouble.

Yours sincerely,
Professor Julius Kalibatas
Head of the Centre of General Practitioners, Vilnius, Lithuania

Lokalt SFAM-årsmöte i Jämtland

HANS BEIJER

Inspirerade och relativt välsituerade efter SFAMs vårmöte i Östersund 1990, bildade vi en lokal SFAM-förening. Mats Ribacke deltog i vårt första och konstituerande möte och delgav oss sina erfarenheter av nationellt och lokalt SFAM-arbete. Med en femhövdad styrelse och en arbetsgrupp för fortbildningsfrågor kom sedan verksamheten igång så sakteliga. Ett 40-tal distriktsläkare (av totalt cirka 60 i länet) samt några FVIST-läkare i allmänmedicin, betalar i år den blygsamma årsavgiften på 50 kronor för lokala SFAM.

Sista året har ytterligare två arbetsgrupper kommit igång, en för FoU-verksamhet och en för kvalitetsfrågor.

Årets årsmöte förlades helgen 18-19 september till Skalstugan, byggd av jaktlystna engelsmän vid sekelskiftet, i de jämtländska fjällen nära norska gränsen. På grund av god föreningsökonomi kunde vi tillsammans med Sandoz subventionera mat och övernattnings för både läkare och en del anhöriga inklusive barn i olika åldrar. Tid för naturupplevelser gavs i programmet.

Frånsett sedvanliga årsmötesförhandlingar, som undanstökades på någon timme, ville vi vid detta årsmöte också penetrera det lokala husläkarförslaget i allmänhet och ur SFAM-synvinkel i synnerhet. Jonas Sjögren från Västerås var särskilt inbjuden för att redogöra för sin privata distriktsläkarverksamhet och även fungera som spegel och bollplank för våra diskussioner, vilket han gjorde mycket bra.



Jonas Sjögren



Skalstugan



Naturupplevelser

I fyra mindre grupper diskuterades sedan det lokala husläkarförslaget konsekvenser för fortbildning, FoU, kvalitetssäkring och handledning av ST/AT-läkare. Bland annat fann vi att handledaruppgiften och även övergripande ansvar för vår fortbildning bör vara tilläggsättaganden och arvoderas särskilt.

Slutligen blev det ett engagerat och stundtals hetsigt meningsutbyte runt förslaget om viktningspoäng av olika åldrar samt om att lägga kostnader för röntgen och laboratorium inom kapitationen, vilket vi fann förkastligt. Lokala DLFs styrelse var representerad och vi fick snabbt ihop en gemensam skri-

velse till Landstingstyrelsens ledamöter med denna innebörd. Ett lyckat exempel på fruktbart samarbete mellan SFAM och DLF på det lokala planet.

En lokal SFAM-förening kan bli en viktig stimulans för ett läns allmänläkare och för vår disciplins utveckling och status. Vi vill å det varmaste rekommendera alla att följa i våra spår - bilda en lokal SFAM-förening!

Författarpresentation

Hans Beijer, sekreterare i lokala SFAM.

Lugnviks hälsocentral
Midsvägen 4
831 51 Östersund



Mötesförhandlingar

ONT I HALSEN?

— Mamma, kan giraffer få ont i halsen?



— Ja, det tror jag

— Oj, så långt de får ont då!

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

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

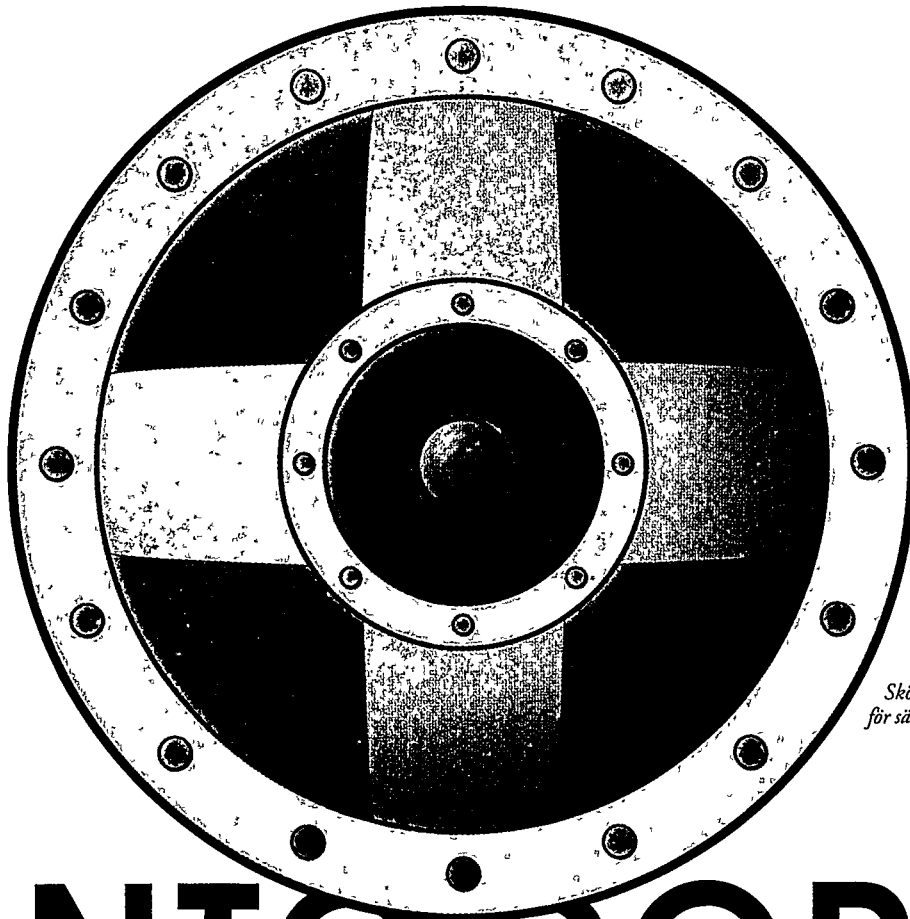
1. Orrling A et al, Svensk Otolaryngologisk För. Förhandlingar, 1:76-8, 1993. 2. Kaplan EL et al, J Pediatr, 2:400-3, 1988.

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

Dalacin[®]
klindamycin

PRODUCT OF
Upjohn
ANTIBIOTIC
RESEARCH

Upjohn AB
Box 289
433 25 Partille
031-36 26 00



*Skölden – en symbol
för säkerhet och försvar.*

ENTOCORT®

**ENTOCORT® – en säker och effektiv steroid för lokal behandling
av inflammatorisk tarmsjukdom från descendens och nedåt.**

Entocort klymsma är ett nytt läkemedel för behandling av inflammatorisk tarmsjukdom – lokalt.

Få eller inga biverkningar

Samspelet mellan hypofys och binjurebark påverkas i ringa grad. Budesonid metaboliseras så snabbt och i så hög grad^{1,2} att ingen kliniskt betydelsefull systempåverkan erhålles.

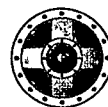
Entocort kombinerar god effekt med hög säkerhet³ och skapar därmed nya möjligheter att komma åt själva inflammationen – inte hela kroppen.

Indikationer

Ulcerös kolit, proktit.

Referenser:

1. Ryrfeldt Å o a. *Eur J Respir Dis [Suppl]* 1982; 122: 86-95.
2. Edsbäcker S, Johansson S-Å. *Världskongressen i Gastroenterologi, Sydney, 1990; PD 561.*
3. Matzen P and the Danish Budesonide Study Group. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 1225-1230.



budesonid 0.02 mg/ml

ENTOCORT®

Säkerhet som skapar nya möjligheter

Doktorn och datorn

MARTIN FRYKHOLM

Jag har haft förmånen att arbeta ett år på kvartersakuten efter 10 år i företagshälsovård samt arbete i länsjouren i Stockholm. Ovan vid datajournalen men van vid att se saker i ett arbetsmiljöperspektiv, kan jag inte låta bli att ventileras synpunkter som ej debatterats hittills.

Fördelar med datorjournal

1. Förutsatt att doktorn är bra på att skriva maskin (jag har gått kurs och skriver nästan lika fort som jag dikterar) blir anteckningen omedelbart skriven och tillgänglig.
2. Anteckningen blir sannolikt betydligt kortare om doktorn skriver själv än om man talar fritt i diktafonen.
3. Patientuppgifter blir omedelbart tillgängliga. Det går att söka på namn eller nummer.
4. Statistik, diagnosgrupper etc kan lätt tas fram.

Nackdelar

Husläkarsystemet bygger på kontinuitet, det vill säga att doktorn är i sitt rum en stor del av den vakna tiden, en stor del av livet. Rummet är oftast ganska litet – mellan 15–25 m² och självklart är det viktigt att rummets arbetsmiljö blir optimal, så att inte doktorn trötts av en mindre bra fysisk miljö – något som han/hon kan vara hemmablind för. Det är frågan om enkla och ej särskilt dyrbara åtgärder.

1. Jag är övertygad om att vistelsen i rummet blir mindre påfrestande, om det är tyst i huset då samtal förs med patienterna och även då skrivbordsarbetet görs i ensamhet.
Det finns termostatstyrda datorer som är helt tysta men kostar lite mer. Landstinget har nu oftast av kostnadsskäl valt billiga brummande burkar som brukar placeras mellan patienten och doktorn, oftast med ett virrvarr av sladdar som är svåra att dölja. En billig skärm och bildskärmskort gör att bilden blir flimrig.
2. Belysningen glöms oftast bort. På grund av rummets utformning och fönstrets placering, är datorns placering

viktig för att få in dagsljus utan att skärmens bild bländas.

3. Programmen brister ofta. Mycket tid och energi åtgår till onödiga knapptryckningar som bör kunna rationaliseras bort.

Jag tror att landstingen snålar in på dessa ting. Sannolikt får vi läkare större möjlighet att påverka vår arbetsmiljö i privat regi, något som blir möjligt nu då husläkarsystemet införs. Vi kan välja bra, tyst utrustning och skärmar med skarp bild. Vi kan välja bord, rum, stol och lampa, så det blir enligt våra önskemål – kanske konsultera en ergonomiskt kunnig inredare. Vi skall trots allt leva våra liv i dessa arbetsrum, där miljön åtminstone borde vara lika bra som hemma.

Författarpresentation

Martin Frykholm, specialist i allmänmedicin och företagshälsovård.

KvartersAkuten
Hälsökällan
Brunnsgatan 26, 1 tr
111 38 Stockholm

Nytt preparat

Entocort® Tika

Solublett och lösning för beredning av klymsma 2 mg (I+II) R
Kortikosteroid för lokal behandling A07E A06

Deklaration. I. 1 solublett innehåller: Budesonid, 2,3 mg, lactos. 264 mg, color (riboflavin) et constit. q. s.

II. 1 ml innehåller: Natr. klorid. 9 mg, conservans (methyl. parahydroxybenz., propyl. parahydroxybenz.) et aqua purif. q. s.

Egenskaper. ENTOCORT klymsma innehåller den ickehalogenerade glukokortikosteroiden budesonid. Budesonid givet rektalt utövar en lokal antiinflammatorisk effekt på tarmslemhinnan. Den rekommenderade dosen ger ingen eller mycket liten sänkning av plasmakortisol.

Biotillgängligheten efter rektal tillförsel är hos friska frivilliga personer cirka 15% (varierande mellan olika individer från 3 till 50%). Den låga biotillgängligheten beror på en uttalad förstapassage metabolism i levern. Huvudmetaboliternas glukokortikoida aktivitet är mindre än 1% av budesonids. Den genomsnittliga maximala plasmakoncentrationen är cirka 3 nmol/L, 1,5 timmar efter rektal administrering av 2 mg budesonid.

Indikationer. Ulcerös kolit, proktit. Kontraindikationer. Lokala bakterie- och virusinfektioner. Överkänslighet för budesonid.

Graviditet. Kategori B:3. Se speciellt avsnitt märkt ☐. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor är begränsad. I djurförsök har kortikosteroider visat sig kunna ge upphov till missbildningar av olika slag (gomspaltor, skelettmissbildningar). Dessa djurexperimentella resultat förefaller dock inte ha någon relevans för människa.

Amning. Grupp IVa. Uppgift saknas om budesonid passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. I kliniska prövningar har biverkningar förekommit hos cirka 20% av de behandlade patienterna.

Vanliga GI: Flatulens, diarré, illamående.
(>1/100) Hud: Klåda, rash.

Mindre Psyk.: Agitation, insomnia.
vanliga

Sällsynta Psyk.: Ängest.
(<1/1000)

Dosering. 1 ENTOCORT klymsma appliceras i ändtarmen varje kväll i cirka 4 veckor. Under administreringen bör patienten ligga på vänster sida och därefter ligga på magen under 5 minuter. Klysmat bör kvarhållas så länge som möjligt, helst över natten.

Varje förpackning består av två komponenter, en solublett innehållande mikroniserad budesonid och en plastflaska med rektalkanyl innehållande isoton vattenlösning. Före administrering löses solubletten i plastflaskan till en något gulaktig suspension. Volymen färdigberett klymsma är 115 ml och med cirka 15 ml restvolym blir den administrerade dosen cirka 2 mg budesonid.

Observera. Speciell försiktighet krävs vid behandling av patienter som överförs från orala steroider, eftersom störningar i den endogena kortisolbalansen (HPA-axeln) kan förväntas.

Övrigt. Utförlig bruksanvisning och handskydd medföljer varje förpackning.

Hållbarhet. Färdigberett klymsma skall användas omedelbart.

Förpackningar och priser.

Solublett och lösning för beredning av klymsma 2 mg
7×(I+II) 403:–
4×7×(I+II) 1466:–

Tillverkare. Tika Läkemedel AB, Box 2, 221 00 Lund,
tel. 046 - 33 71 00.

Folkhälsoarbetets utveckling i Sverige

P OWE PETERSSON

Under de senaste 20 åren har folkhälsoarbetet alltmer kommit i fokus både i den nationella och internationella hälso- och sjukvårdspolitiska debatten.

1976 presenterade Socialstyrelsen sitt principprogram "Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80)". I denna utredning belyste man för första gången de problemområden som är av strategisk betydelse för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården med sikte på år 2000. 1982 presenterades hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som ger sjukvårdshuvudmannen ansvar för utveckling av "god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen".

1984 kom Socialdepartementets utredning "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (HS 90) som innebar en vidareutveckling av HS 80. I HS 90-utredningen påpekas bland annat, att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt.

Dessa hälsomål ansluter sig helt till de internationella hälsopolitiska målsättningar som utarbetats av WHO:s Europakontor i Köpenhamn och som accepterades också av Sverige i det paneuropeiska hälsopolitiska dokumentet "Hälsa för alla år 2000", 1984.

I de flesta landstings hälso- och sjukvårdsplaner, som upprättades i slutet av

1970-talet och i början av 1980-talet, finns vanligen en hälsopolitisk ansats.

En ny inriktning av det hälsopolitiska arbetet inleddes dock i och med regeringens proposition om hälso- och sjukvårdens utveckling 1984. Här behandlas för första gången folkhälsoarbetets centrala frågor. De övergripande riktlinjerna för folkhälsoarbetet bygger på WHO:s strategi "Hälsa för Alla". Regeringen konstaterar bland annat betydelsen av att kontinuerligt följa hälso- och sjukvårdens utveckling i befolkningen genom regelbundet återkommande folkhälso-rapporter. I den första nationella folkhälso-rapporten, sammanställd av Socialstyrelsen 1987, konstaterades också stora och i vissa fall ökande skillnader i hälsa mellan människor i olika socialklasser. I den av Socialstyrelsen 1991 framlagda andra folkhälso-rapporten kunde konstateras att dessa skillnader snarast ökat. Under de senare åren har också en rad regionala folkhälso-rapporter publicerats av ett flertal landsting. Dessa rapporter, som på ett intressant sätt speglar hälsoläget i landet, utgör viktiga komplement till Socialstyrelsens folkhälso-rapporter.

I propositionen från 1984 om hälso- och sjukvårdens utveckling föreslogs vidare inrättandet av en rådgivande grupp, folkhälso-gruppen, med uppgift att behandla nationella tvärsektoriella hälsopolitiska frågor. Denna folkhälso-grupp knöts till hälso- och sjukvårdsbe-

redningen som 1987 ombildades med statsministern som ordförande. Den nationella folkhälso-gruppens uppdrag är att utveckla det förebyggande folkhälsoarbetet i ett brett folkhälso-perspektiv. Det fortsatta nationella hälsopolitiska arbetet återspeglas i regeringens proposition 1990 "Om vissa hälsofrågor" som bland annat resulterade i inrättandet av Folkhälsoinstitutet.

Folkhälsoinstitutets huvuduppgift blir att på nationell nivå driva folkhälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. Vidare skall folkhälsoinstitutet omsätta folkhälso-politiska initiativ till programarbete och framför allt prioritera program om bland annat alkohol, tobak och skador eller inom särskilt prioriterade grupper såsom barn, ungdom och kvinnor. Folkhälsoinstitutet får också till särskilt uppgift att "i nära samarbete med berörda myndigheter, lokala organ och folkrörelser utveckla, stimulera och stödja olika typer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete".

Mot bakgrund av de ovan beskrivna nationella och internationella hälsopolitiska utvecklingslinjerna skapades en särskild arbetsgrupp inom folkhälso-gruppen som har haft i uppgift att ta fram en samlad, nationell strategi för det förebyggande folkhälsoarbetet med lokal förankring – "Hela folkets hälsa", 1991. I korthet krävs enligt denna nationella strategi insatser som syftar till att:

- stimulera det lokala och regionala utvecklingsarbetet
- stärka den vetenskapliga och professionella förankringen
- öka kompetensen hos personal som arbetar med folkhälso-problem
- trygga samhällets behov av kunskap om ohälsans utbredning, sjukdomars orsak och metoder för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- tillgodose behovet av tvärsektorieell samordning.

Folkhälsoarbete, miljömedicin och prevention har fått en framträdande plats i det nya utbildningsprogrammet för specialistutbildning i allmänmedicin. Man framhåller här att folkhälsoarbete till sin natur är preventivt, befolkningsinriktat och tvärvetenskapligt. Hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet betonas och det är mot den bakgrunden som ökad förståelse för och kunskap om folkhälsoarbetets utveckling i Sverige är väsentlig.

Författarpresentation

P Owe Petersson, professor, överläkare.

Samhällsmedicinska enheten
Nya Varvet, hus 40
421 71 Västra Frölunda

Bollen är i rullning!

SFAMs kvalitetssäkringsgrupp utvidgad!

Malin André, Astrid Björgell och Göran Westman hälsas välkomna i gruppen som hittills bestått av Leif Persson (ordförande), Göran Falck, Iris Blomberg, Anders Lindman, Kjell Lindström, Rolf Linnarsson och Mats Ribacke.

Verktyglådan för kvalitetsarbete är klar!

Marknadsföringen startar inom kort, se bland annat annons i Läkartidningen. Beställ snabbt så att Du inte blir utan!

Nätverk för kvalitetsintresserade bildas!

Avsikten är att etablera ett kontaktnät i kvalitetsfrågor över hela landet. Alla intresserade uppmanas att ta kontakt med Leif Persson, Utvecklingsenheten, Sollefteå. Tel 0620-19214, fax 0620-19322.

LB 0 5608

Kvalitetssäkringskonferens succé!

Den internationella/nationella konferensen i Sollefteå 21-22 oktober under Leif Perssons ledning gav många nya impulser. Bland annat livliga diskussioner om intern och extern medicinsk revision. Vi återkommer med utförligt referat.

Kvalitetsutbildningar har startat!

Lars Berg och Kjell Lindström har genomfört ett flertal en- och tvådagarsutbildningar i Västsverige under året. Ytterligare kurser planeras den 1-2 mars och 24-25 maj i Habo. man kan också arrangera lokala kurser.

Anders Lindman och Leif Persson planerar en tvådagarsutbildning i början av februari i Luleå och ytterligare kurser under våren.

Hör av er om ni vill vara med!

SFAMs kvalitetssäkringsgrupp
gm Kjell Lindström



S-VTT-0393-002 ADIMEDA CBS

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

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

VOLTAREN® T

DICLOFENAC

PRODUKTINFORMATION. VOLTAREN® T

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

toriska gastrointestinala sjukdomar, tillstånd med ökad blödningsbenägenhet. Levercirros, Hepatisk porfyri. Svår hjärtsvikt och njursjukdom (glomerulusfiltration <30ml/min). Överkänslighet mot diclofenac. På grund av korsreaktion skall preparatet ej ges till patienter, speciellt astmatiker, som fått symptom på astma, rinit eller urtikaria vid intag av ASA eller andra NSAID. Försiktighet: Patienter med gastrointestinala besvär eller med tidigare ulcera, liksom patienter med ulcerös kolit, Crohn's sjukdom, SLE, hematopoies - eller koagulationsrubbningar bör noggrant kontrolleras under behandling med diclofenac. Beroende på prostaglandinernas betydelse för att upprätthålla renalt blodflöde, är speciell försiktighet indicerad när diclofenac används vid nedsatt hjärt-, lever- eller njurfunktion. Detta gäller även vid behandling med neurotoxiska läkemedel t.ex. ciklosporin. Hos äldre patienter

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

Kvalitet i allmänmedicin

Kongressrapport från Haag

MALIN ANDRÉ

Holland i juni, gråväderskallt och tulpanerna vissnade. Här bor strävsamma människor, som lärt sig att samsas. De är 366 invånare per km jämfört med Sveriges 19 och halva landet ligger under havsytans nivå!

Vi var i Haag, en nybyggd, alldaglig stad, men med enastående konstskatter av de holländska mästarna. Där hölls kongress om kvalitet i allmänläkarvården. Kongressen var ett resultat av ett samarbete mellan WONCAs europeiska avdelning, SIMG och framför allt den holländska allmänläkarförbundet - Het Nederlands Huisartsen Genootschap. 1500 allmänläkare från Europas olika länder deltog i en oerhört välordnad kongress. De olika bidragen hade samlats under de olika dagarnas tema: att utveckla standard, riktlinjer och protokoll, att mäta kvalitet och att förbättra kvaliteten i vården.

Två bra böcker

Inför kongressen hade ett väl genomarbetat bakgrundsmaterial sammanställts i två böcker. Den ena heter "Health care and general practice across Europe" (1) och ger en dagsaktuell översikt av hälso- och sjukvårdens organisation i Europas länder. Relativt ingående beskrivs primärvårdens verksamhet, utbyggnad, organisation och samarbetsformer med övrig hälsovård, liksom allmänläkarnas arbetssituation och utbildning i de olika länderna. Den andra boken heter "Quality assurance in general practice, the state of art in Europe" (2). Den är sammanställd av EQUIP, WONCAs arbetsgrupp för kvalitet i allmänmedicin. Det här är en bok, som alla distriktsläkare med intresse av kvalitet och kvalitetssäkring skulle ha glädje av. Här diskuteras utgångspunkter för och erfarenheter av kvalitetssäkringsarbete med exempel från framgångsrika projekt i de olika europeiska länderna. Här finns mycket att lära och hämta inspiration från! Båda finns att rekvidrera från holländska allmänläkarkollegiet.

Att utveckla standard, riktlinjer och protokoll

Kongressen inleddes med att vi alla allmänläkare, tillsammans med drottning Beatrix, lyssnade till Marshall Marinker från Storbritannien.

Många patienter har sjukdomar utan namn och de trotsar vetenskapen. Vår uppgift blir att balansera vårt biomed-



Tore Hegle, distriktsläkare i Mockfjärd, diskuterar kvalitetssäkring med belgiska husläkare.

cinska arbetssätt med vår kännedom om den enskilda patienten – allmänläkarens biografiska arbetssätt. Nyckel-frågor i det biografiska arbetet är att i varje patientmöte fråga: Varför kommer patienten till mig idag? Varför just hon? Varför just detta symptom?

I det sjukdomspanorama som allmänläkaren möter, är sannolikheten liten för svår och allvarlig sjukdom. Vi måste genom vår undersökning utesluta den risken och då använder vi våra biomedicinska kunskaper. I det biografiska arbetssättet ingår fysiologiska, sociala och psykologiska synsätt samtidigt. Allmänläkarens biografiska arbete är svårt att mäta och det är därför det blir svårt att mäta resultatet av allmänläkarens arbete.

Kvalitetsvärdering bör baseras på det som presteras. Kvalitetssäkring kan i detta perspektiv ses på två sätt. Det klassiska, förhärskande, bygger på objektiva mätmetoder, kontroll, spåra och eliminera misstag. Det moderna synsättet rymmer i stället sökande efter villkoren för förändring, skapande av positiv förväntan inför förändringen och att ge misstag positiva förtecken.

Bland annat måste vår inställning till begångna misstag ändras – vi straffades ju för dem. Hur kan vi i stället använda våra misstag som utgångspunkt för förbättring?

Att mäta kvalitet

Niels Bentzen, nyutnämnd professor i Odense, diskuterade hur kvalitetssäkring måste integreras i allmänläkarens vardag och gav exempel med sitt auditprotokoll (3). För att kvalitetssäkring verkligen ska bli en del i allmänläkarverksamheten krävs att kvalitetssäkring är en del i allmänläkarkontraktet. Det måste spegla vardagen. Det måste finnas ett incitament att delta i kvalitets-säkringsarbetet. Allmänläkarens konfidentialitet måste säkras - alltså måste arbetet var allmänläkarkontrollerat och de medicinska resultaten ska vara privata. Slutligen måste allmänläkarna vara med i hela processen, vara aktiva i mätningarna, med i diskussionerna, formera standards och ansvara för och driva de förändringar som krävs.

Att förbättra kvaliteten i vården

Jonathan Lomas, Oxford, diskuterade hur kvaliteten i vården kan förbättras.

Forskning om allmänläkarvården utgår oftast från situationer med klara beslutsalternativ. Verkligheten beskrivs som antingen/eller, svart eller vit. Det som krävs för att köa kvaliteten i allmänläkarens arbete blir därför ökad kunskap eller bättre vårdprogram. Men det som dominerar i vår vardag är de grå områdena, det obestämda, det motsägelsefulla.

Det som påverkar våra beslut är alls inte bara vår kunskap, utan faktorer

som vana, social norm och kollegialt inflytande. För att framgångsrikt påverka vad allmänläkaren faktiskt gör i sitt arbete krävs att hänsyn tas till sådana faktorer som är avgörande för hur vi betar oss. Därför måste ett förändringsarbete starta med att ta reda på mottagligheten för förändring.

Allmänläkare är medlemmar i ett litet, lokalt, slutet medicinskt samhälle. Efterutbildningen måste vara möjlig att inlemma i den lokala traditionen. Beteendeförändring är en dynamisk process som tar lång tid. Allmänläkaren är inte ett oskrivet blad utan har redan bestämda uppfattningar och utsätts för stark påverkan varje dag. En förändring av läkarens beteende förutsätter en känsla av ägarskap till det aktuella forskningsbudskapet.

Detta tankar måste omsättas i utbildning av allmänläkare. Jan Heyrman, Belgien, menade att universitetsutbildningen därför måste bli mer klinisk och erbjuda utbildning utifrån allmänläkarens arbetsmiljö. Problembaserad utbildning, möjlighet till "sit-in" är exempel på sådan utbildning.

Den nya EG-utbildningen till allmänläkare innehåller bara två års handledd praktiktjänstgöring efter den sex-åriga grundutbildningen. Jämfört med Sverige skulle alltså genomförd AT-tjänstgöring vara tillräcklig för arbete som distriktsläkare. Det ställer förstas högre krav både på efterutbildning och kvalitetssäkring av allmänläkararbete i EG-länder.

Holland – utveckling av vårdprogram

Holländska allmänläkarföreningen har sedan 1987 arbetat med att ta fram vårdprogram för allmänläkare (4). Genom ett frivilligt arbete, som engagerat en tredjedel av alla allmänläkarföreningens medlemmar, finns nu 30 vårdprogram färdiga. Arbetet har skett i en rigoröst strukturerad process med mycket klara steg och klara roller för de deltagande.

En oberoende rådgivande grupp av betrodda allmänläkare väljer ämnen utifrån följande kriterier:

- möjlighet att hitta vetenskapligt underlag, viktigt i allmänläkarvård, kan inte utföras av andra;
- möjlighet att skapa ett otvetydigt vårdprogram;
- möjlighet att öka kvaliteten på det aktuella området.

Utifrån dessa kriterier utslöts till exempel arbete om rökning, då detta med fördel utförs av andra än allmänläkare, liksom osteoporos, eftersom man bedömde det omöjligt att skapa otvetydiga riktlinjer. Framtagandet av riktlinjerna drivs av en liten arbetsgrupp med stöd av en gruppleddare från specialistföreningen. Arbetsgruppens uppgift är en kritisk genomgång av litteraturen i ämnet. Gruppleddaren som fått i uppgift att stödja gruppen i en kreativ process.

De föreslagna riktlinjerna sänds sedan ut till 50 slumpmässigt utvalda allmänläkare samt till några särskilt utvalda specialister för kommentarer. Allmänläkarna tillfrågas om användbarheten och specialisterna om det vetenskapliga värdet.

Avslutningsvis sänds det reviderade vårdprogrammet till en auktorisationskommitté. Här godkänns slutligen riktlinjerna. Därefter publiceras de i den holländske allmänläkartidningen tillsammans med en sammanfattning på ett litet plastkort, att ha till hands på i mottagningsarbetet.

Införande av vårdprogram

De holländska allmänläkarna har också utvecklat former för stöd i införandet av riktlinjerna bland sina kollegor.

Den holländska allmänläkarföreningen har byggt upp en organisation av koordinatörer. De ansvarar för att genomföra efterutbildningen av allmänläkare framför allt utifrån de aktuella riktlinjerna. För detta avlönas de av staten med motsvarande 20 procents lön. I Holland finns det nu 85 koordinatörer, som fungerar antingen på lokal nivå med ansvar för 100 allmänläkare eller övergripande med ansvar för 250 allmänläkare.

Ett särskilt utarbetat undervisningsmaterial finns till tio av riktlinjerna. Det är tänkt att användas i smågrupper och ska stimulera till diskussion och eftertanke.

I ett workshop hade vi tillfälle att pröva ett undervisningsmaterial om acne. På en gång kom diskussionen in på både konsultationen (varför sökte patienten just nu? Hur reagerar jag som doktor på det?) och på medicinska kunskapsfrågor (Hur graderas acne? Vilken behandling har dokumenterad effekt?) De holländska allmänläkarna menade att materialet var en god hjälp.

Resultatet av detta breda arbete inriktat på kvalitetssäkring i Holland följs genom flera forskningsprojekt.

Storbritannien

I Storbritannien kan en allmänläkare bli medlem av Royal College of General Practice efter att ha genomgått en examen. Vissa allmänläkare utses dessutom att få en särskild utmärkelse, "fellowship", för insatser inom undervisning, forskning eller kliniskt arbete. Nu finns också en form av personlig ackreditering, som bygger på ansökan från den enskilde allmänläkaren. 67 kriterier ska uppfyllas och dessa omprövas ständigt. Områdena täcker allt från tillgänglighet, organisation av mottagningen, till konsultation och resultat i diabetesvården. Vissa delar kräver bara ett enkelt svar, medan andra moment är mer tidsödande såsom tolv videoinspelade konsultationer och tio olika audit av mottagningsverksamheten. Arbetet tar ungefär två år att förbereda och hittills har bara 20 av alla brittiska allmänläkare erhållit Fellowship.

I samband med allmänläkarnas New contract och White paper som trädde i kraft 1990, fick allmänläkarna ett allmänt krav att bedriva kvalitetssäkring. För att stödja och skynda på den processen inrättades i varje region (motsvarande våra län) en grupp MAAG (Medical Audit Advisory Group). Där ingår ofta någon deltidsanställd, aktad allmänläkare, beteendevetare och sekreterare. Deras uppgifter är att ansvara för efterutbildning för både allmänläkarna och övrig mottagningspersonal, att besöka mottagningarna och organisera kvalitetssäkringsprojekt. Deltagandet är stort, i vissa regioner är 80 procent av allmänläkarmottagningarna delaktiga i auditprojekt. Flera fria föredrag och posters på kongressen gav exempel på resultat av lokala kvalitetssäkringsprojekt bland brittiska allmän-



Workshop-diskussion om acnebehandling utifrån holländskt utbildningsmaterial.

läkare. Ännu så länge är det dock för tidigt att kunna utvärdera om allmänläkarvården har förändrats och förbättrats.

Irland

På Irland har allmänläkarföreningen sedan 1981 initierat och stött utvecklingen av efterutbildning av allmänläkare (5). Man har skapat ett nätverk av 23 deltidssamarbetande allmänläkare, som var och en arbetar som tutor för cirka 75 allmänläkare i sitt område. De avlönas för 2/3 dag i veckan av staten.

Tutorns uppgift är att skapa fungerande smågrupper av allmänläkare, att utse och stödja gruppleddare för dessa grupper, att vara delaktig i ämnesval och hjälpa till att skapa utbildningsmaterial för efterutbildningsträffarna. Irändarna använder alla upptänkliga metoder i sitt arbete, bland annat videoupptagning av konsultation, besök på mottagningarna, simulerade problem, lokala datainsamlingar. Stor vikt läggs vid efterutbildning som process. Mentorerna träffas tre gånger varje år för att jämföra sina erfarenheter och diskutera hur verksamheten ska drivas framöver. Här får studierektor också möjlighet att öva och lära sig hantera svåra situationer, som att få med sig också den dåligt motiverade allmänläkaren i efterutbildningen.

För att värdera de gruppmöten som de irländska mentoreorna ordnar försöker de alltid bedöma: – Var det spännande; – Upplevdes det roligt; – Hur var deltagandefrekvensen; – Var det relevant för praxis?

En nyckelfråga är: "Hade det inneburet någon förändring om vi inte hade ordnat det här mötet?"

Efterutbildningen på Irland utvärderas på två sätt. Dels följs varje tutors arbete genom en särskild utvärderingsgrupp. De går igenom bland annat minnesanteckningar och deltagarförteckningar för efterutbildningsträffarna. De deltar och granskar tutorn i sitt arbete och de träffar och diskuterar i enrum med allmänläkarna om vad de anser om tutorn.

Man försöker också ta reda på i vilken grad allmänläkarnas beteende förändrats genom efterutbildningen. Det görs genom att farmakaförskrivningen följs, bland annat för H2-blockare.

Norge

I Norge förvaltar Läkarföreningen både ekonomiska resurser och befogenheter att reglera kraven för kompetens som allmänläkare (6). Det har inneburet att allmänläkarutbildningen i Norge sker genom fyra års handledarledd allmänläkartjänstgöring, där det under två år ingår ett program med täta gruppträffar. I Norge måste sedan allmänläkaren vart femte år ansöka om recertifikation. För detta krävs minst 200 timmar efterutbildning, tre månaders praktik på relevant sjukhuslinik

och minst ett år allmänläkartjänstgöring. Fullgör inte allmänläkaren recertifikationen, mister hon 10–15 procent av lönen. Nu diskuteras att också låta kvalitetssäkringsarbete ingå som en del i kraven.

Kvalitetssäkring — bara för trendnissar?

Kvalitetssäkring är inne, inte bara här i Sverige, utan i hela Europa. Trots många kloka inlägg om svårigheterna att mäta kvaliteten i allmänmedicin finns ändå hela tiden en underton av att vi äntligen ska kunna beskriva och begripa det vi gör som allmänläkare. Kvalitetssäkring ska förlösa vår situation och uppenbara det dolda inte bara för oss själva utan också för dem som avlönar oss.

Krav på kvalitetssäkring kommer vi ändå inte undan. Det är tydligt att i alla länder i Europa minskar de ekonomiska ramarna. Kraven på dokumentation av kostnads-nyttan effekter ökar. Med den ökade rörligheten för arbetskraft i EG och den oerhörda variationen i utbildning till allmänläkare, ökar också kraven, både från samhälle och patienter, på kvalitetssäkring av vårt arbete. I EG tvingas allmänläkaren stärka sin position på sjukvårdens marknad. Ett sätt är att uttala målen för god vård och erbjuda kvalitetssäkring av dem.

De frågor som återkommande diskuteras i olika fora under dessa dagar var bland annat om kvalitetssäkring ska vara frivillig eller ej, om standards eller riktlinjer kunde få legala konsekvenser i bedömning av allmänläkarens arbete, om det ska finnas ekonomiska incitament eller sanktioner, om allmänläkarens arbete i kvalitetssäkring ska vara betald eller ej, om det gör finnas särskilt anställda för kvalitetssäkring, om efterutbildning ska bedrivas uppifrån/ner eller nerifrån/upp och vilken kopplingen bör vara mot universitet, departement och specialistförening.

Genomgående återkom samma erfarenheter från flera länder. Det som ska mätas är vad läkaren faktiskt gör - inte vad som skulle vara möjligt i en optimal situation. Därför räcker inte passiv inläring och ökad kunskap. För att nå ett förändrat beteende krävs en process med arbete i liten grupp, med en väl fungerande gruppleddare som inriktar sig på attityder och uppföljning och där varje allmänläkare är delaktig i det förändringsarbetet som pågår.

Vad kan vi lära?

Vi har mycket att bygga på här i Sverige.

Vi har specialistexamen, som täcker alla moment som belystes under kongressen. SFAMs kvalitetssäkringsgrupp har arbetat fram en verktygslåda med material att använda för kvalitetssäkring av den egna verksamheten. På SFAMs uppdrag, utreder Ulf Måwe den framtida efterutbildningen för dist-

riktsläkarna i Sverige. Vi har lokala exempel på efterutbildning och kvalitetssäkring att dra erfarenheter ifrån (7,8). Nu har vi dessutom i lagtext om husläkare fått uppgift att kvalitetssäkra vårt arbete (9).

Vår långa sjukhusutbildning liksom sjukhusläkarnas dominans både i antal och högljuddhet är vår 'black om foten'. Vi behöver ruska av oss litet av alla våra sjukhuskunskaper så våra egna erfarenheter och kunskaper väger tyngre. Då kan vi också ompröva, granska och använda mycket av de koncensusuttalanden och de vårdprogram vi redan har, men där allmänläkarna många gånger enbart fyllt funktion av gisslan.

Vad behöver vi?

För att det ska bli verklighet av tankar och idéer om kvalitetssäkring också i Sverige behövs tydliga krav på och uppföljning av kvalitetssäkring i allmänläkararbetet. Vi behöver samtidigt ekonomiska och personella resurser. Vi behöver fortsatt centralt, övergripande arbete från SFAM och vi behöver stöd från de allmänmedicinska institutionerna. Vi behöver samarbete mellan dessa centrala organ och de lokala grupper av distriktsläkare som finns runt om i landet. Då kan kvalitetssäkringsarbete bli den kraft som allmänmedicin så väl behöver i dagar av sparbetning och omorganisation.

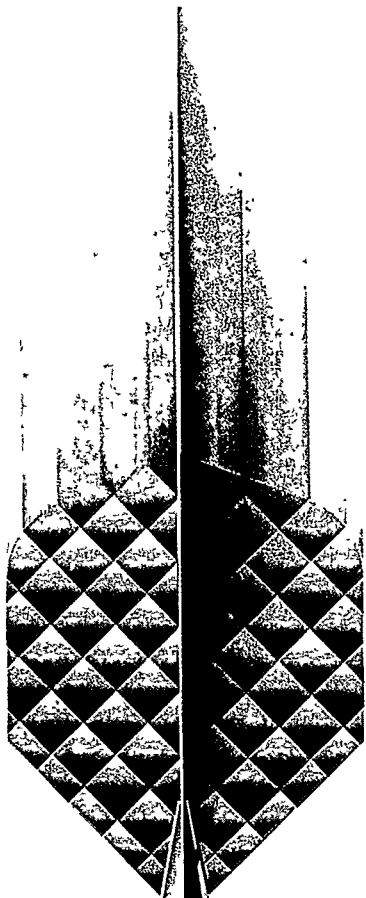
Referenser

1. Boerma W, de Jong F, Mulder P. Health care and general practice across Europe. Utrecht NIVEL, Netherlands institute of primary care, 1993.
2. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. Quality assurance in general practice, the state of art in Europe. Utrecht, Netherlands Huisartsen Genootschap, 1993.
3. Bentzen N. Kvalitetsvärdering i almen medicin – vores udfordring i 90'erne! AllmänMedicin 1992;13:248–50.
4. Grol R. Development of guidelines for general practice care. Br J General Practice 1993;43:146–51.
5. Källkvist A. Efterutbildning på Irland. AllmänMedicin 1991;12:153–4.
6. Nilsson B. Allmänmedicinska specialisters efterutbildning i Norge. AllmänMedicin 1992;13:224–5.
7. André M. Jakten på kvalitet – drevet går i Dalaskogar. AllmänMedicin 1992;13:243–6.
8. Jaenson E. EG – en 12-mannagrupp i Malmö. Ett exempel på efterutbildning i egen regi. AllmänMedicin 1992;13:155.
9. Einevik-Bäckstrand K. Kvalitetssäkringssystem för husläkarverksamhet. Spr 1993.

Författarpresentation

Malin André, distriktsläkare.

Vårdcentralen Britsarvet
N:ä Järnvägsgatan 18
791 35 Falun

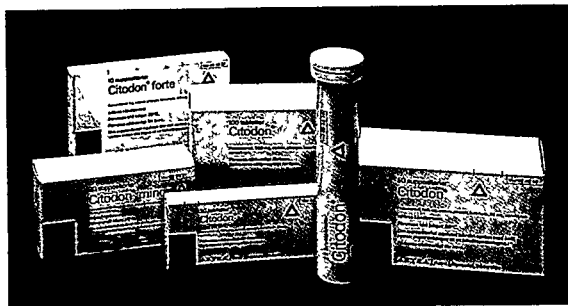


Citodon[®]

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

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

Citodon, analgetikum Δ



Tabletter – brustabletter – suppositorier

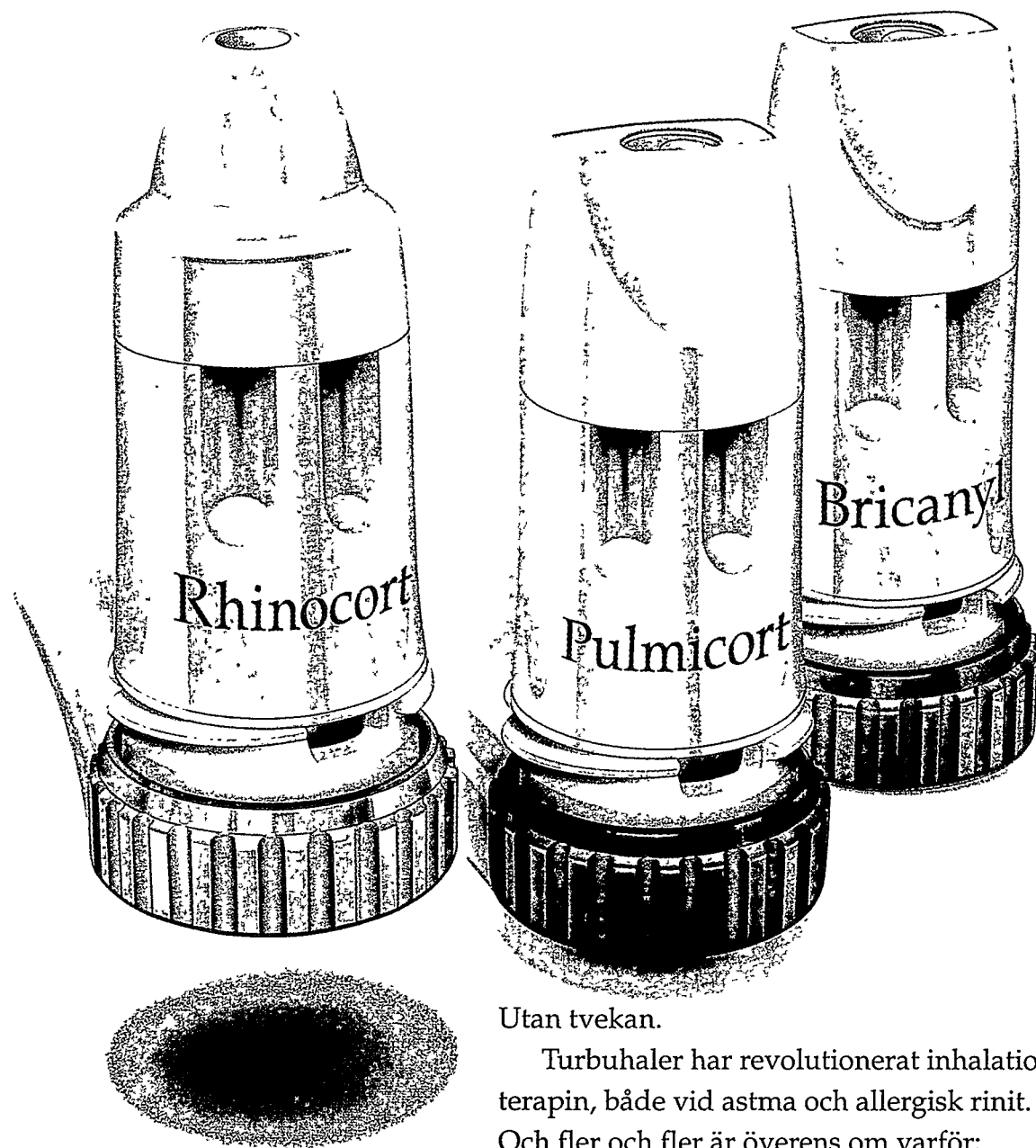
Snabbt tillslag* Effektivt

** vanligen inom 30 minuter*

Astra Läkemedel

151 85 Södertälje

Revolutionen.



Utan tvekan.

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

Och fler och fler är överens om varför:

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

Dessutom innehåller den enbart rent läkemedel.

Turbuhaler[®]

Så skall en revolution se ut.

Rhinocort[®] Turbuhaler[®] (budesonid 100 µg/dos) nasal steroid vid allergisk och vasomotorisk rinit. Pulmicort[®] Turbuhaler[®] (budesonid 100, 200 resp 400 µg/dos) inhalationssteroid vid astma. Bricanyl[®] Turbuhaler[®] (terbutalin 0,25 resp 0,5 mg/dos) β₂ stimulerare vid astma och kronisk bronkit.

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

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

Omsorg vid livets slut

Rapport från 1993 års Kongsvoldsseminarium

INGEMAR NORDLUND

Norsk Selskap for Allmenmedicin (NSAM) arrangerar årligen ett tredagars seminarium vid det gamla skjutsstället Kongsvold i Dovrefjell. Från Oslo tar man tåg och efter nästan fem timmars resa, bland annat upp längs Gudbrandsdalen, kommer man fram till detta mäktiga fjällandskap. Platsen ligger 862 möh med kalkrik grund, riklig flora och fauna. I skydd för vinden ligger där en grupp av hus från 1600–1900-talen, alla väl restaurerade och inuti fullt moderna.

De olika referensgrupperna inom NSAM turas om att stå för tema och uppläggning.

Amnena som tas upp har oftast en övergripande, reflekterande karaktär och inom NSAM betecknar man seminarierna som något av avantgarde. Det som tas upp i Kongsvold sprider sig sedan ofta över hela Norge. Konsultationen diskuterades först som avgränsat ämne i Kongsvold innan intresset spred sig vidare. De senaste åren har man bland annat haft som tema medicinsk filosofi och ekologisk medicin.

Omsorg vid livets slut

Årets seminarium, det nionde i ordningen, gick av stapeln 22–24 april och handlade om "Omsorg vid livets slut".

Ett 25-tal norska allmänläkare samt undertecknad, som svensk gäst från SFAM, samlades för tre dagars föreläsningar och diskussioner.

Huvudmålsättningen med seminariet var att beskriva krav och uppgifter som allmänläkaren möter hos patienter vid livets slut, att definiera palliativ medicin i ett allmänläkarperspektiv samt att sätta lindrande behandling i ett kulturhistoriskt sammanhang, vilket ger begrepp som smärta och lidande en utvidgad mening.

Döden – förr och nu

Torsdagseftermiddagen inleddes med att prosten Sevat Lappgard berättade om sitt forskningsprojekt "Döden och gravferdstradisjoner i kulturell endring". Han gjorde en intressant och fruktbar teoretisk avgränsning av området döende och död. Han hävdar att verkligheten kring döden är ett eget 'verklighetsområde' som präglas

mycket av riter och symbolhandlingar. Verklighetsområdet har sitt eget språk, sina egna tolkningar och sitt eget behov av att synliggöras. Just detta verklighetsområde är non-objektivt. Det är en realitet mellan människor men ej för sig ensamt. Begrepp som kärlek, barmhärtighet, förlåtelse, fred, hopp och försoning är centrala. Det som karakteriserar non-objektiva verklighetsområden är att de ej kan definieras en gång för alla utan de måste hela tiden tolkas och nytolkas. De ska respekteras för vad de är och ej reduceras till funktioner av något annat verklighetsområde.

Mot denna teoretiska bakgrundsram beskrevs sedan ett dödsfall i trakten som inträffat på 1870-talet. Byalagets funktion beskrevs i förhållande till den döde och dennes kvarvarande anhöriga. Den stora mängd skrivna och oskrivna regler man förr hade kring beteende och skyldigheter i samband med döende och död relaterades. Beskrivningen gjordes inte i syfte att framhålla 'den gamla goda tiden' utan var mer en illustration över hur man i en annan tid förhöll sig till verklighetsområdet 'döende och död'.

Föredraget gav upphov till diskussioner, där man särskilt resonerade kring dagens urbana samhälle, där så mycket av omsorg och vård professionaliserats och de svårigheter man då ställs inför.

Det sociala nätverket

Socionom Live Fyrand från Diakonhjemmets forskningssenter i Oslo knöt senare an till detta genom att tala kring nätverket och dess betydelse i samband med sjukdom och död.

Hon är i början av ett forskningsprojekt inom detta område. Hon framhöll särskilt att även till synes helt ensamma människor har åtminstone någon eller några i sin omgivning som är beredda att ställa upp och hjälpa till i svåra situationer. Det sociala nätverket har en speciell kompetens som den professionella hjälpapparaten aldrig kan kompensera, nämligen en kompetens om denna speciella människas liv, historia, drömmar och känslor. Det sociala nätverkets kompetensområde och den professionella hjälpapparats kompetensområde är inte konkurrerande utan kompletterande. Det sociala nätverket svarar sensitt på hjälpapparatsens förhållningssätt vis-a-vis nätverket. En öppen och samarbetsvillig hållning från den professionella sidan, baserad på den uppfattningen att de professionella och nätverket representerar två skilda

kompetensområden, är viktig för att man ska kunna mobilisera de nödvändiga resurserna inom nätverket i förhållande till patienten.

Sjuksköterskan Eva Botten hade dessförinnan talat om Den Norske Kreftforeningens satsning på Rådgivningsgrupper (resurspersoner från sjukhus och kommunal helsetjenst). För närvarande finns cirka 90 rådgivningsgrupper över hela Norge. Hon visade också en enkel metod att låta patienten rita upp sin nätverkskarta. Detta fyller åtminstone två funktioner. Dels tydliggör patienten för sig själv sina relationer och innehållet i dem och dels får den professionella en överblick och insikt i patientens nätverk och därigenom också möjlighet att mobilisera detta vid behov.

Arbetsgruppsteman

En förmiddag användes till workshops under ledning av medlemmar i referensgruppen. Ämnen som behandlades var:

- Palliativ medicin – kliniske utfordringar
- Information till alvorlig syke och deras pårørende
- Kommunikasjon "mellom linjene"
- Hva må til for at flere kan dø hjemme?

Några direkta, konkreta resultat från dessa workshops blev det inte utan det var mer tillfälle till strukturerade diskussioner och erfarenhetsutbyte i mindre grupper.

Överläkare Stein Sundström från Trondheim talade om arbetet med att bygga upp en sektion för lindrande behandling vid 'Kreftavdelningen' på universitetssjukhuset i Trondheim. Förutom arbetet med att ge detta område en akademisk status framhöll han också vikten av att ha en god samverkan och rikligt erfarenhetsutbyte med den norska primärvården.

Slutligen, på lördag förmiddag, granskades och diskuterades ett förslag till vidareutbildningskurs i "Omsorg vid livets slut".

Utmärkt inramning

Hela seminariet präglades av god kunskapsöverföring, öppna diskussioner och en varm stämning. Inramningen av seminariet var också alldeles utmärkt.

En duktig, svensk kock lagade utsökt norsk husmanskost. I de gamla, stilfullt renoverade salongerna gick kvällarna under samtal, musik, sång och dans. En av kvällarna kom en afrikansk dans-

grupp och förevisade och introducerade oss till några rituella danser från Elfenbenskusten.

De som så önskade hade också möjlighet att 'gå på ski' i strålande vårvin-tersol.

Något för SFAM att ta efter?

Sammanfattningsvis var detta norska seminarium en mycket positiv och inspirerande erfarenhet. Det vore fint om vi i Sverige kunde skapa en tradition med liknande seminarier där olika referensgrupper står som organisatör. 25-40 deltagare och internatets form ger möjlighet till både övergripande och fördjupade diskussioner på temata som är viktiga för oss inom allmänmedicinen.

Författarpresentation

Ingemar Nordlund, distriktsläkare.

Norra Fäladens vårdcentral
Box 100 73
220 10 Lund

Upprop angående vård i livets slutskede

Primärvården utgör grunden för vård i livets slutskede. På många håll i landet bedrivs en mycket kvalificerad vård av döende, dels av primärvården fristående och dels i samarbete med sjukhus.

Det är viktigt att slå vakt om denna vård och att öka möjligheterna för att den utvecklas och sprids inom fler områden.

Det är också viktigt att utröna vilka grundkrav man ska kunna ställa på primärvården när det gäller vård i livets slutskede.

Du, som är intresserad av att arbeta med dessa frågor och även den mångfald andra frågor som finns inom detta område, kontakta undertecknad! Målet med detta upprop är att vi ska bilda en referensgrupp inom SFAM för "Vård i livets slutskede".

Ingemar Nordlund, distriktsläkare
Norra Fäladens Vårdcentral
Box 10073
220 10 Lund

LB 0 5611

Östrogen, ett "nödvändigt" substitut för kvinnor under och efter klimakteriet

Rapport från 7:e internationella menopauskongressen i Stockholm, juni 1993

MONIKA ERIKSSON

Under några soliga sommardagar samlades internationell expertis på Älvsjömessan i Stockholm för att diskutera klimakteriet och det urogenitala åldrandet.

Det vetenskapliga programmet var späckat med symposier, workshops och posterutställningar. Arrangemangen var väl organiserade och lättöverskådliga. Även den sociala delen av programmet var trevligt sammansatt.

Kongressens huvudbudskap var ganska entydigt. Östrogen i olika doser och former förebygger och lindrar klimakteriella och postmenopausala besvär.

Fram tills nyligen har diskussionen huvudsakligen fokuserats kring klimakteriet och man har "glömt" den stora grupp kvinnor som lider av tilltagande östrogenbristsymtom postmenopausalt. Dessa problem fortsätter och tilltar med ökad ålder. Denna grupp kvinnor blir

också allt större med kvinnors ökande livslängd.

Man räknar med att cirka varannan kvinna över 55 år lider av recidiverande underlivsbesvär, såsom bland annat torra och sköra slemhinnor, urinträngningar och urinvägsinfektioner eller smärta vid samlag. Många av dessa kvinnor lider i tysthet, då man ej är medveten om att hjälp finns att få, eller tycker ämnet är alltför känsligt för att diskuteras.

I motsats till behandlingen med höga doser av östrogen som ges mot klimakteriella besvär och normalt ej ges i mer än 5-8 år, är lågdosbehandling med hormoner nästintill problemfri och kan ges livslångt utan risk för patienten. Lokal lågdosbehandling är att föredra.

Således gavs under kongressen mängder av argument för hormonbehandling och mycket få mot denna.

Intressant motpol till det vetenskapliga programmet var den engelska författarinnan Germaine Greers föreläsning "The Change". Hon beskrev här de ne-

gativa effekterna av östrogenbehandling, som hon själv upplevt dem och faran av att patologisera det kvinnliga åldrandet.

Med tanke på att kvinnor idag lever längre samt oftast har en fysiskt mindre krävande tillvaro, kan man se många fördelar med lokal östrogenbehandling efter klimakteriet. Däremot är det tveksamt om man kan försvara en "generell" hormonbehandling. Det finns ju faktiskt kvinnor som passerar klimakteriet utan besvär och fortsätter att må bra även under seniet.

Författarpresentation

Monika Eriksson, distriktsläkare

Vårdcentralen Teleborg
Box 5044
350 05 Växjö



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.

Att sänka serumurat vid gikt (ELIS)

FRÅGA: Finns det några alternativa medel för att sänka s-urat när patienten är överkänslig mot allupurinol (exempelvis Zyloric®) och probenecid (Probecid®) inte fungerar? Det gäller en 80-årig man med svår ischemisk hjärtsjukdom med angina pectoris. Ena njuren fungerar inte, sannolikt på grund av artärstenos till följd av atheroscleros. Den andra njurens funktion är också kraftigt nedsatt. Kreatininclearance är 25–30 ml/min. S-urat 800 mol/l och han har haft kliniska manifestationer av gikt. Patienten har tidigare fått allopurinol, men fick ett kraftigt exantem i samband med behandlingen. Man har därefter provat probenecid men utan några som helst effekter på s-uratkoncentrationen. Patienten har tidigare haft captopril (Capoten), men det är utsatt sedan någon vecka. Han har tidigare också haft låg dos indometacin (Confortid®), men även denna behandling är nu utsatt på grund av den dåliga njurfunktionen. Nu har han igen ett besvärligt giktanfäll som behandlas med colchicin akut. Frågan är nu hur man i fortsättningen skall förebygga komplikationer av serumurat, helst genom att effektivt kunna sänka uratnivåerna. Vilka läkemedel finns att tillgå?

SVAR: Sulfinpyrazon är kliniskt besläktat med butazolidin men tycks sakna butazolidins analgetiska och antiinflammatoriska egenskaper. Preparatet har aldrig godkänts i Sverige, sannolikt på grund av toxicitet.

Ett annat urikosuriskt medel är benzbromarone (finns inte heller registrerat i Sverige) som också verkar genom hämning av den tubulära reabsorptionen av urat. Även detta medel skall användas med försiktighet hos patienter

med nedsatt njurfunktion. Behandling bör inte insättas under pågående giktattack.

Urikosurisk effekt finns också hos klorprotixen (Truxal®), ett neuroleptikum. Hos 30 psykiatriska patienter som fick mellan 50 och 600 mg klorprotixen per dag i minst 6 veckor sjönk urinsyranivåerna i serum mellan 25 och 74 procent från utgångsläget. Sänkningen sågs redan efter fyra dagars behandling. Troligen fungerar klorprotixen här via samma mekanism som probenecid men det tycks inte vara helt fastslaget. Klorprotixens urikosuriska effekt tycks inte ha utnyttjats kliniskt. Eftersom probenecid inte haft någon effekt alls, är det mindre troligt att andra läkemedel med i princip samma verkningsmekanism skulle ha någon uttalad effekt.

Man skulle i detta fall kunna överväga hyposensibilisering mot allopurinol, men tyvärr är denna lösning inte heller problemfri.

Återstår att fundera kring colchicin. Colchicin har använts i lågdos för profylax mot gikt och rekommenderade doser varierar därför mellan 0.5 mg 3–4 dagar per vecka till 0.5 mg 1–3 gånger dagligen. Eftersom colchicin delvis utsöndras via njurarna bör dosen reduceras vid nedsatt njurfunktion. Colchicin kan dock givetvis inte beräknas sänka serum-uratinivåerna. Av de alternativ till behandling med allopurinol och probenecid tycks all profylaktisk terapi med colchicin vara det bästa.

Smärta och serotoninåterupptagshämmare (LIV)

FRÅGA: Vad finns dokumenterat om de nya selektiva serotoninåterupptagshämmarna och behandling av smärta?

SVAR: Det har under senaste åren registrerats två nya serotoninåterupptagshämmare: fluvoxamin (Fevatrin®) och paroxetin (Seroxat®). För några år sedan fanns zimelidin (Zelmid) på marknaden, men detta preparat drogs in på grund av biverkningar. Fluoxetin (Prozac, Fontex) finns som licenspreparat i Sverige och används mycket utomlands, bland annat i USA.

Sedan tidigare används traditionella tricykliska antidepressiva vid behandling av neurogen smärta. Enligt LB 91/92 finns ingen skillnad dokumenterad mellan ospecifika och specifika återupptagshämmare. Eftersom serotonsystemet är involverat i kontroll av smärta via nedåstiggande bansystem, borde selektiva återupptagshämmare ha teoretiska fördelar. Effektmässigt skulle selektiva serotoninåterupptagshämmare dessutom kunna ha en annan biverkningsprofil än de traditionella preparaten med till exempel mindre uttalade antikolinerga biverkningar.

Vid litteratursökning framkom förutom en del fallrapporter och en mindre, öppen studie, två randomiserade dubbelblinda studier med crossoverteknik där effekten av antidepressiva på smärta vid diabetesneuropati studerades. I den ena studien jämfördes desipramin (inte registrerat i Sverige för närvarande) och amitriptylin (exempelvis Tryptizol®) och i den andra fluoxetin med placebo. Man



konkluderar att desipramin och amitryptilin gav jämförbar effekt och fluoxetin var bättre än placebo. Tyvärr har ingen jämförande studie mellan fluoxetin och amitryptilin eller desipramin publicerats.

Ginseng och amning (KAROLINE)

FRÅGA: Har skadliga effekter setts hos ammade barn när modern intar ginseng?

SVAR: Ginseng utgör ett samlingsnamn på flera olika växter, *Panax (P.) ginseng* (kinesisk eller koreansk), *P.pseudoginseng* (japansk), *P.quinequefolium* (amerikansk). Deras aktiva beståndsdelar benämns ginsenosider. Sibirisk eller rysk ginseng, *eleutherococcus senticosus*, en helt annan växt, innehåller eletherosider i stället för ginsenosider. Kommersiella ginsengprodukter innehåller varierande mängder aktiva beståndsdelar och ibland även föroreningar.

Vid litteratursökning och i databasen Medline återfinns endast en fallrapport där ginseng intagits i samband med amning. Där beskrivs en två veckor gammal pojke med neonatal hirsutism. Modern hade intagit sibirisk ginseng 1300 mg/dygn under hela graviditeten och under de två första veckornas amning. Pojken hade tjock hårväxt genitalt och i pannan, svullna bröstvårtor, förstörade testiklar och en ökad tillväxthastighet. När ginsengintaget upphörde avtog hårväxten. Något adrenogenitalt syndrom förelåg inte.

Vid en dubbelblind studie på samma kvinna var testosteronnivåerna omätbara vid ginsengintag (sibirisk) och normala vid placebo.

I djurstudier har visats att *P.ginseng* ökar testosteronnivåerna hos hanråttor. Det föreligger inga biverkningsrapporter där ginseng intagits under amning, men generellt gäller att inga naturmedel får rekommenderas till gravida eller barn under åtta år (om det inte särskilt visats att medlet är lämpligt för barn).

I en studie där ginseng av olika typer intogs under två år av 133 personer angavs en hög frekvens välmåga, men samtidigt sågs en hög incidens av biverkningar: hypertension, hudutslag, diarré, ödem, nervositet och sömnlöshet. Det är dock svårt att uttala sig om effekterna av ginseng, då bland annat kontrollgrupp saknades. Övriga biverkningar som angivits i litteraturen är östrogenliknande effekter på vaginalepitelet, mastalgi, vaginalblödningar, yrsel och huvudvärk.

I övrigt har vi inte funnit någon dokumentation om ginseng under amning. Generellt avråds gravida och ammande kvinnor från intag av naturmedel.

Anabola steroider och hjärtpåverkan (DRIC)

FRÅGA: En 31-årig man med kardiomyopati har periodvis missbrukat anabola steroider under 2–3 månader varje gång. Finns det något samband mellan steroidbruket och hjärtsjukdomen?

SVAR: Anabola steroider (AS) är syntetiska androgener som har effekter som liknar de maskuliniserande effekterna av testosteron. De missbrukas av många idrottsmän som brukar medlen i varierande dos och med varierande

doseringsintervall, vilket gör att det är svårt att bestämma effekten av en specifik steroid. Biverkningar av AS är i första hand leverskador, endokrina och mentala förändringar. Metabola störningar såsom vattenretention och hyperkalcemi har beskrivits. Det finns också ett möjligt samband mellan bruket av AS och levermalignitet.

Rapporterade kardiovaskulära biverkningar av androgener är till exempel hypertoni och ökad risk för utveckling av ateroskleros (höjd koncentration av LDL-kolesterol och minskad HDL-kolesterolnivå), men sannolikt är dessa senare förändringar reversibla. Ett antal fall med hjärtinfarkt och cerebrovaskulär lesion har beskrivits hos unga idrottare där man satt detta i samband med bruk av AS.

Effekterna av exogen tillförsel av androgener på myokardiet är inte klarlagda, men det finns mycket som talar för att bruket av AS också predisponerar för kardiomyopati. Råttor som experimentellt tillförts AS har fått förändringar i mitokondrier och myofibriller, liknande de förändringar som ses vid tidig hjärtsjukdom. Dessa förändringar kan ses i elektromikroskopiska studier. Ökad hjärtsvikt och högerkammarmhypertrofi har rapporterats hos djur som behandlats med androgener. Dessutom finns flera fallrapporter om idrottare som använt AS där man med bland annat ekokardiografi påvisat ökad vänsterkammarmassa och kardiomyopati.

I ett av fallen återfick patienten sin normala hjärtstorlek sex månader efter det att han slutat med AS. I ett annat fall beskrivs en patient som använt AS i tre år. Han dog strax efter inläggning på sjukhus på grund av hjärtsvikt. Obduktion visade hjärthypertrofi och fibros i hjärtat. Det fanns inga tecken på myokardit, infiltrativ sjukdom eller myokardnekros. Sannolikt var den direkta dödsorsaken arytm.

Antibiotika och terfenadin – risk för interaktion (LIV)

FRÅGA: Vad finns beskrivet om interaktion mellan terfenadin (Teldanex®) och antibiotika?

SVAR: Terfenadin är ett antihistamin som i normal dosering inte ger några antikolinerga, adrenerga eller serotonerga effekter. Terfenadin absorberas snabbt och metaboliseras i det närmaste fullständigt efter peroral tillförsel. Endast mycket små mängder (någon procent av given dos) av moderssubstansen terfenadin återfinns i kroppen några timmar efter peroral tillförsel. Effekten betingas framför allt av de bildade metaboliterna. Metabolismen av terfenadin sker huvudsakligen i levern via det så kallade cytokrom P450-systemet.

Vid intag av doser överstigande de normala kliniska, föreligger risk för hjärtpåverkan av framför allt typen torsades de pointes, en ovanlig ventrikulär tachyarytmi som kännetecknas av en förlängd QT-tid. Flera fallrapporter finns som beskriver denna hjärtpåverkan vid intoxikationsfall. Senare utredning kring orsaken till denna effekt visar att effekten kan korreleras till höga halter av moderssubstansen terfenadin i plasma.

Enligt samma resonemang finns flera rapporter om interaktion mellan terfenadin och substanser som har förmåga att hämma terfenadinets nedbrytning i levern. Exempel på sådana substanser där torsades de pointes finns rapporterat i fallrapporter är när terfenadin kombi-



nerats med antimykotikat ketokonazol (Fuagoral®) samt dess kemiska släkting itraconazol (Sportanox®, licenspreparat).

Risken för interaktion mellan terfenadin och antibiotika som har förmåga att hämma leverns nedbrytande enzym har uppmärksamats i litteraturen. Experimentella studier tyder på att risk för torsades de pointes kan föreligga vid samtidig behandling med terfenadin och erytromycin (Abboticin®, EryMax®). I litteraturen vill man också göra läkare uppmärksamma på att även andra makrolidantibiotika än erytromycin och troleandomycin (ej registrerat i Sverige) kan ha en hämmande effekt på terfenadinet nedbrytning (och därmed leda till förhöjda halter terfenadin med risk för hjärtpåverkan): roxithromycin, Surlid®, klaritromycin, Klacid® samt eventuellt azitromycin, Azitromax®.

Salicylsyra utvärtes – risker vid ASA-överkänslighet? (LIV)

FRÅGA: Kan en patient som är överkänslig mot ASA givet per os behandlas med salicylsyra utvärtes?

SVAR: Flera typer av överkänslighet mot ASA förekommer, men en av de vanligaste är ASA-utlöst astma. Detta svar är därför skrivet med tanke på denna typ av överkänslighet. Salicylsyra, SA och acetylsalicylsyra, ASA är två kemiskt skilda strukturer. ASA hämmar effektivt en-

zymet cyklooxygenas. SA har ingen eller mycket ringa hämmande effekt på cyklooxygenas. Andra läkemedel som hämmar cyklooxygenas (samtliga NSAID) har också en astmautlösande effekt på ASA-överkänsliga individer. Man tror därför att ASA-överkänslighet beror på hämning av detta enzym och att bronkobstruktionen beror på minskad mängd bronkvidgande prostaglandiner i slemhinnan.

Man har också kunnat uppmäta ökad mängd bronkobstruktiva leukotriener vid ASA-provokation hos ASA-överkänsliga individer.

SA förekommer i många ex temporeberedningar avsedda för dermatologiskt bruk. Normalt används mellan 2–6 procent SA i dessa beredningar. Den lokala effekten av SA är främst keratolytisk. Systemeffekt av SA kan uppkomma då stora hudytor behandlas. Fall av så kallad salicylism (dosberoende systemiska biverkningar) finns rapporterade efter perkutan behandling med SA.

Generellt anser man att ASA-överkänsliga tål SA eftersom flera undersökningar inte har visat någon överkänslighet mot oralt intaget SA hos ASA-överkänsliga individer. Det är till och med så att man i vissa studier har funnit en skyddande effekt på ASA-överkänslighet med höga doser SA peroralt. I enstaka sällsynta fall har dock oralt intaget SA rapporterats kunna leda till bronkobstruktion hos ASA-överkänsliga. Trots att oralt SA i sällsynta fall kan leda till bronkobstruktion hos ASA-överkänsliga individer torde risken med SA applicerat utvärtes vara mycket liten.

Referenspriser och läkemedelsförmån – förändring under viss förvirring

L.B 05612

BO GUNNARSSON · HELEN WEINER

Den 1 januari i år ändrades reglerna för läkemedelsförmånen och prissättningen av läkemedel i Sverige. Fabrikanten av ett läkemedel fick själv bestämma om hans läkemedel skulle omfattas av läkemedelsförmånen eller ej. Om läkemedlet skall omfattas av förmånen måste fabrikanten få priset fastställt av Riksförsäkringsverket, om inte kan fabrikanten själv sätta priset.

Den 1 januari infördes också referensprissystemet. Läkemedel som av Läkemedelsverket anses utbytbara med varandra bildar en grupp för vilken Riksförsäkringsverket sätter en högsta rabattgräns, ett referenspris. Kunden för betala skillnaden från referenspriset upp till läkemedlets verkliga pris. Referenspriset för en grupp sattes ursprungligen till priset för billigaste preparat plus 10 procent. Det finns således alltid minst ett preparat i varje grupp där kunden inte behöver betala någon merkostnad.

I början av året uppstod en viss oordning då flera plötsliga förändringar i sortimentet inträffade och informationen till förskrivare och kunder var svår att hålla aktuell.

Utanför läkemedelsförmånen

Cirka 500 läkemedel (varunummer) lämnade läkemedelsförmånen den 1 januari och för dessa måste patienten betala hela priset.

Många av läkemedlen var typiska slutenvårdspreparat men de förskrevs även på recept till ett mindre antal patienter för att användas i hemmet. Patienterna kunde drabbas av betydande kostnader. Andra produkter som lämnade läkemedelsförmånen var typiska egenvårdsläkemedel som i regel inte hade ett alltför högt pris. Även här drabbades en del patienter som använder stora volymer av dessa preparat, exempelvis patienter med cystisk fibros.

Många p-piller lämnade läkemedelsförmånen. Då de flesta kostade under 120 kronor gällde, att kunden oftast fick betala fullt pris. Förändringen hade således ingen betydelse för Riksförsäkringsverkets kostnader, men p-pilleranvändarna drabbades av ökade kostnader till följd av att fabrikanterna höjde sina priser.

Även vissa typiska receptläkemedel för öppen vård lämnade förmånen. Det var som regel läkemedel med måttliga priser och avsedda för enstaka behandlingar. För kunden kunde det ändå bli kännbara kostnader och framför allt kunder med frikort, som trots frikortet måste betala hela läkemedlets pris, kände sig drabbade.

Eftersom fabrikanten kunde låta ett läkemedel gå "ut och in" varje månad kunde varken förskrivare eller apotek vara säkra på vad som skulle komma att gälla för ett enskilt läkemedel den kommande månaden. Under våren gick många läkemedel både ur och in i systemet och det



tycktes som fabrikanterna testade, eller inte riktigt visste, hur deras produkter användes.

Efter sommaren är det få produkter som har lämnat respektive återinträtt i systemet och situationen nu är ganska stabil. Såväl förskrivare som apotek och kunder kan nu få en god överblick över vilka läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen och kunden skall inte behöva drabbas av några plötsliga negativa överraskningar när hon skall betala för sina läkemedel.

När fabrikanter ställde sina preparat utanför läkemedelsförmånen passade man på att höja priserna. I genomsnitt har detta sortiment ökat priserna 10-15 procent hittills i år som framgår av figuren. För produkter som används i slutenvård har detta uppmärksammats av sjukvårdshuvudmännen som inte accepterar att ett läkemedelspris sätts ensidigt.

Referenspriser

Inom referensprissystemet var det ca 1000 läkemedel som grupperades i cirka 50 grupper. Fabrikanterna fick under hösten 1992 insyn i detta och möjlighet att justera sina priser. För alla produkter inom systemt gällde fri prissättning.

De flesta fabrikanter valde att sänka priset på sitt läkemedel om det låg över referenspriset, så att kunden inte skulle drabbas av någon merkostnad. På så vis blev det endast 13 grupper där ett eller flera preparat kom att ligga över referenspriset.

För de grupper där inget preparat låg över referenspriset uppstod inga problem varken för patient, förskrivare eller apotek.

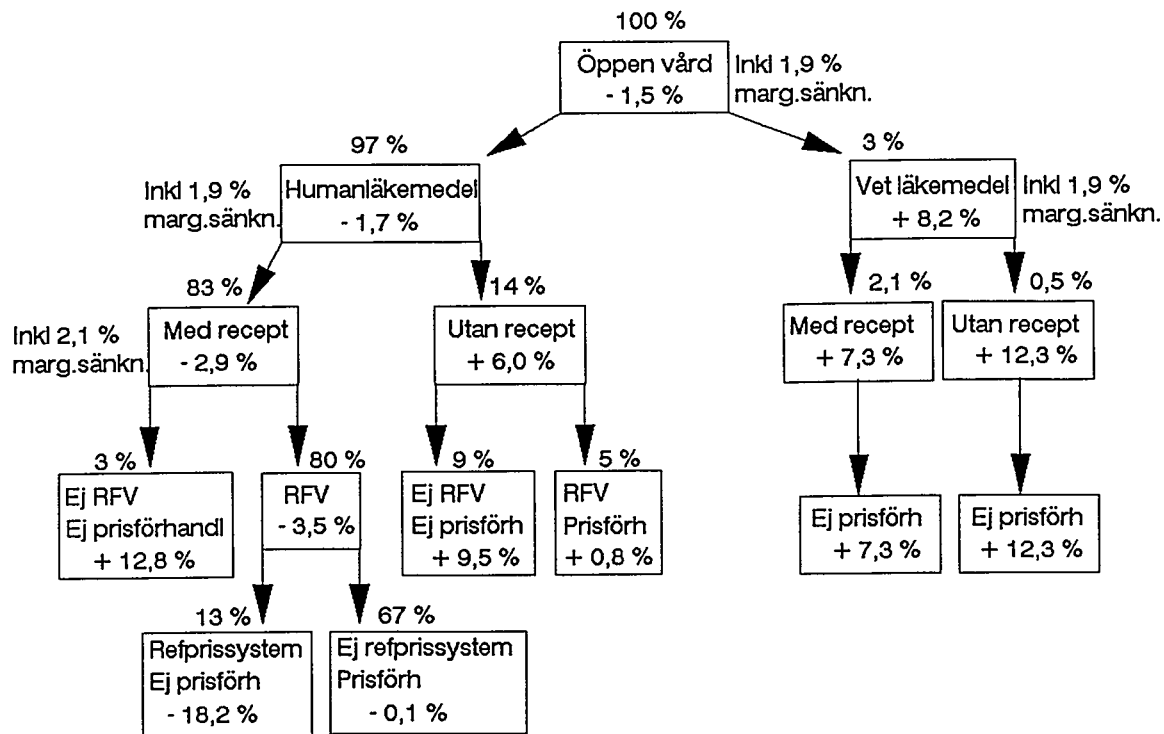
Läkemedelsverket informerade förskrivarkåren om de preparat som låg ovanför referenspriset och förskrivaren skulle i dessa fall diskutera med patienten om ett eventuellt preparatbyte eller informera om att receptet innebar en merkostnad. Kunden/patienten kunde också ångra sig på apoteket och byta till ett billigare läkemedel eller byta tillbaka till sitt dyrare originalpreparat.

Under våren har det varit en viss turbulens kring referensprissystemet och dess tillämpning särskilt som prisen kunde ändras varje månad och det var svårt för förskrivaren att ha aktuell information. Nu (oktober) tycks det mesta vara ganska stabilt och tillämpningen fungerar utan större problem. För närvarande är det 20 grupper där en eller flera produkter ligger över referenspriset.

Med referensprissystemet kalkylerade man att kostnaden för Riksförsäkringsverket skulle sjunka cirka 400 miljoner kronor. Enligt den information som finns hittills tycks sparmålet kunna uppnås, särskilt om man tar med den besparing som uppnås genom att ett antal produkter lämnat läkemedelsförmånen. Besparingarna bärs till största delen av läkemedelsindustrin som sänkt sina priser cirka 16 procent inom systemet (se figur) men även av patienten som betalar en merkostnad och genom minskade intäkter för Apoteksbolaget.

Prisnivå på läkemedel oktober -93. Öppen vård.

Procenttalen i rutorna är gällande försäljningspriser från apotek oktober -93 jämförda med priser december -92 viktade med volymen 1992. Jämförelsen omfattar samtliga farmaceutiska specialiteter samt Apoteksbolagets lagerförda standardiserade läkemedelsberedningar. RFV = läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen. Procenttalen utanför rutorna anger försäljningsandelar aktuell månad.



Att lära ut för inläring

GÖRAN WESTMAN

Föreläsning vid Umeå universitets högtidsdag, lördagen den 9 oktober 1993

Ämnet *allmänmedicin* i läkarnas grundutbildning är ungt. När jag själv utbildade mig till läkare i Umeå på 70-talet, fanns ämnet över huvudtaget inte alls. Idag ingår ämnet i läkarnas grundutbildning vid Umeå universitet på termin 1-2, termin 6 och termin 10. Ämnets omfattning i tid motsvarar de ämnen som läses på det kliniska stadiet, det vill säga 6-7 veckor.

Ämnet allmänmedicin utgörs av det kunskapsområde som tillämpas av allmänläkare. Det är de som är verksamma utanför sjukhus. Hit räknades förr

provinsiälläkare, idag är det i huvudsak distriktsläkare och från och med årsskiftet blir det husläkare som tar vid.

Basen i distriktsläkarnas arbete är mötet med människor eller **konsultationen** som vi har valt att kalla det. För patienten gäller det att klargöra för läkaren vad det är man söker för, hur man har det och vad man önskar uppnå med besöket. För läkaren gäller det att rätt avläsa patientens beskrivning, ställa det mot sina medicinska kunskaper och att nå fram till ett beslut om utredning och behandling som passar patienten som person och de livsbetingelser som patienten har. Detta är något som kan sägas gälla för all läkarverksamhet. För distriktsläkare är det emellertid en hörnsten i verksamheten då merparten av arbetet är att ständigt möta människor. Det sker i livets olika faser och

vid nybesök alltid tidigt i det som kan vara början till en sjukdom.

Syfte

Avsikten med denna presentation är att ge en bild av hur ämnet allmänmedicin förmedlas på läkarutbildningen i Umeå på termin 10. Det är ämnets huvudkurs och jag utelämnar de allmänmedicinska kursavsnitt som finns på termin 1-2 och termin 6 som mer ägnar sig åt patienters upplevelse av vård, vårdens organisation samt patient-läkarrelationen.

Den här föreläsningen skall i sig också vara ett exempel på hur vi går tillväga som lärare i mötet med läkarstuderande. Mötet mellan lärare och elev kan också ses som en "konsultation".

Prismotivering

Göran Westman är född 1946 och uppvuxen i Umeå. Där studerade han också medicin och erhöll allmänläkar-kompetens 1976. Westman är sedan 1975 kliniskt verksam som allmänläkare vid Vännäs vårdcentral. Han var vårdcentralchef där 1982-83 och basenhetschef 1985-87. Westman disputerade 1986 på en avhandling om förändringsarbete i primärvård och erhöll docentkompetens i allmänmedicin 1991. Sedan 1980-talets början har Göran Westman varit starkt engagerad i uppbyggandet av den allmänmedicinska institutionen i Umeå. Han innehade bland annat under tre år en forskarassistenttjänst, finansierad av Medicinska forskningsrådet med ett år förlagt till DFCM Salt Lake City, USA. 1988-93 var han prefekt och basenhetschef för institutionen. Göran Westman medverkar sedan flera år som föreläsare i distriktssköterskeutbildningen och i socionomutbildningen samt som kursledare för forskar- och specialistutbildningskurser. Westman var ordförande i styrelsen för Forskningsenheten i Vilhelmina 1989-92 och har haft flera fackliga uppdrag.

Ett brett undervisningsengagemang

Göran Westman är företrädare för en akademiskt ung specialitet, allmänmedicin. Han har i första hand valt att satsa kraftfullt på att utveckla utbildningen inom sitt ämne. Detta har medfört ett undervisningsengagemang inom ett mycket brett fält, från grundkurs till specialistexamination. Göran Westman har särskilt intresserat sig för undervisning som kan leda till personlig mognad och utveckling utifrån enskilda studenters förutsättningar,

konstaterar linjenämnden i sin prismotivering.

Göran Westman har i grundutbildningen för läkarstuderande planerat och genomfört förändringar av kursen i allmänmedicin på termin sex och termin tio. Därvid har införts moment med problembaserad inläring, smågruppsundervisning, konsultationsövningar innehållande självskattning och lärarskattning med skådespelarpatienter. Han har också infört en regelbunden handledarutbildning av lärare på vårdcentraler i norra sjukvårdsregionen.

Goda betyg av studenterna

Undervisningen i allmänmedicin vid institutionen har fått goda betyg av studenterna, såväl omedelbart efter kurserna som vid utvärderingar av utbildningen efter termin elva.

Göran Westman har också utvecklat examinationer i ämnet allmänmedicin som nu bygger på en samordnad bedömning av handledare, muntlig fakta-kontroll och utvecklingssamtal.

Ny studieplan för läkarutbildningen

I översynskommitténs arbete vid Umeå universitet deltar Westman i framtagande av en ny studieplan för läkarlinjen. Han är nu ordförande i den kommitté som planlägger "doktorsskolan" inom läkarutbildningen.

Westman ingår också i nämnden för examination av läkares allmäntjänstgöring. Han medverkar där till att utveckla ett samlat prov med en muntlig och en skriftlig del, i stället för tre olika skrivningar i internmedicin, kirurgi och psykiatri.



Läkarlinjens pedagogiska pris 1993 till lärare med omvittnad pedagogisk skicklighet tilldelas docent Göran Westman, institutionen för allmänmedicin i Umeå

Läkarlinjens pedagogiska pris

Linjenämnden för läkarlinjen vid Umeå universitet beslöt våren 1992 att utdela ett pedagogiskt pris. Det kan utgå till en enskild lärare, en grupp av lärare eller till en institution. Prissumman är 50.000 kronor. Förslag till pristagare lämnas av institutioner, prefekter eller enskilda lärare. Pristagaren/na skall ha gjort en väl dokumenterad pedagogisk insats och visat väl omvittnad pedagogisk skicklighet samt ha ett genuint pedagogiskt intresse. Linjenämnden har beslutat att 1993 års pedagogiska pris skall tilldelas docent Göran Westman, allmänmedicin.

Vad är en bra läkare?

Vi som arbetar inom ämnet allmänmedicin funderar över vad som utmärker en bra distriktsläkare. Intresset för vad en bra läkare är delar vi med de utbildningsansvariga på läkarlinjen. Det gäller inte minst då vad som händer med de studerande under den 5 1/2 år långa grundutbildningen till läkare. De studerande förväntas lära in ett ständigt växande medicinskt kunskapsstoff för att sedan försöka omsätta det i mötet med människor som söker vård. Det ena är beroende av det andra men inläring och memorering är en sak, förmedling och tillämpning en annan.

I vår undervisning har vi valt att utgå ifrån hur de studerande ser på sin framtida yrkesroll, det vill säga "vad är en bra läkare". Vanligtvis brukar de studerande räkna upp kriterier som: medicinskt kunnig; god lyssnare; en som visar respekt för patienter; en som känner sina begränsningar, med flera. Av uppräkningsen förstår man att vad "en bra läkare är" är inte något man enkelt föreläser om, utan det kan kräva helt andra undervisningsformer. Jag skall ge några exempel på hur vi på vår huvudkurs går tillväga för att närma oss uppgiften.

Allmänmedicinsk undervisning termin 10

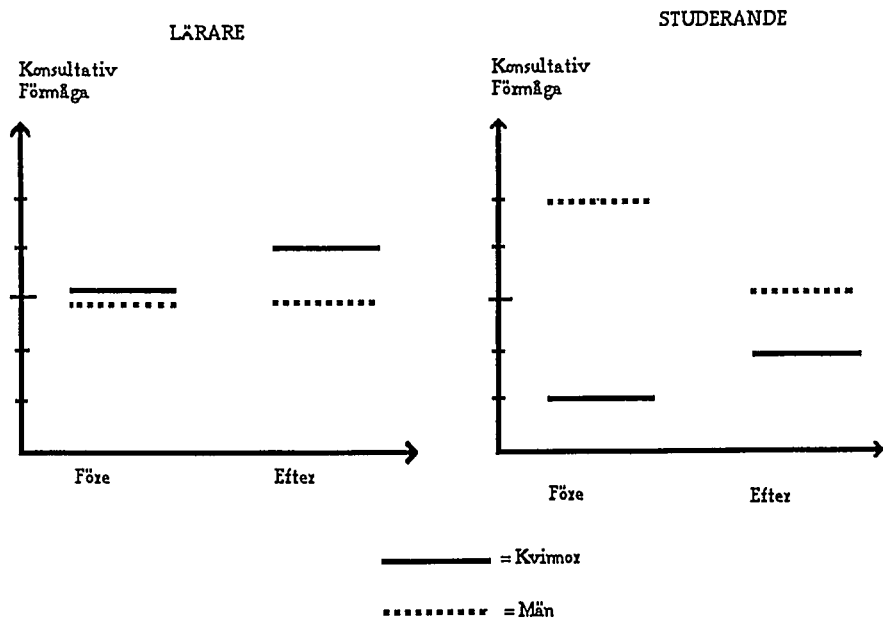
Ämnet allmänmedicin på termin 10 innehåller två delar med 1/3 i Umeå och 2/3 hos en utbildad handledare/distriktsläkare i norra sjukvårdsregionen. Vi genomför fyra sådana kurser per år.

Tiden i Umeå inleder och avslutar kursen. Under introduktionsveckan delas de studerande in i *mindre grupper* med var sin lärare. I dessa grupper genomförs de obligatoriska *konsultationsövningarna med skådespelarpatienter* som självskattas och lärarskattas efter ett fastställt formulär. Vi har lärt upp ett antal sjukgymnaststuderande att vara patienter. De får i förväg lära in en sjukhistoria och när de undersöks av våra studenter, spelar de upp ett inlärt smärttillstånd. Tiden för övningen är satt till 10 minuter, vilket motsvarar ett besök på vårdcentralens "Öppen Mottagning".

Andra konsultationsövningar med *bandning på video* ingår, som sedan diskuteras. I grupperna ombeds de studerande att kritiskt granska sina egna och kurskamraternas konsultationer med betoning av vad de gör bra och vad de kan utveckla ytterligare.

Dessutom övas omhändertagandet av vanliga *kontaktsaker i öppen vård* med hjälp av distriktsläkare i Umeå samt *träning i undersökningsteknik* (nacke och rygg). Vi tar speciellt upp diagnostik och behandling av smärta i rörelseapparaten (den idag vanligaste kontaktsaken i öppen vård) och behandling av diabetes, hjärt/kärlsjukdom

SKATTNING AV KONSULTATIV FÖRMÅGA



Figur 1. Lärar- och studerandeskattning av konsultativ förmåga.

samt infektioner i andningsvägar och urinvägar.

Tiden hos handledarna skall vara en direkt förlängning av den undervisning som påbörjats i Umeå med fokusering på hur de studerande (var och en) arbetar. Under praktikperioden gör handledarna nya bedömningar av de studerande med video eller att de sitter med när de studerande tar emot patienter (så kallad "sit-in"). Tjänstgöringen på vårdcentral avslutas med ett *utvärderingssamtal* mellan handledare och handled. Handledaren/distriktsläkaren skall godkänna tjänstgöringen och skriver också ett utlåtande över den studerande som skickas in till läkaren/examinatören i Umeå.

Vi anordnar återkommande *handledardagar* i den norra regionen. Till dessa kommer vartannat år 70-80 handledare/distriktsläkare för att under två dagar diskutera undervisning av läkarstuderande. Tjänstgöringsprogrammet för de närmaste två åren fastställs.

För att tentera måste de studerande ha godkänd kurs, det vill säga att man genomfört två konsultationer med skådespelarpatienter samt utfört självskattning, att man har ett godkänt handledaryttrande samt tillräckligt deltagit i de praktiska övningar och demonstrationer som ingår i kursen. Tentamen går så till att teoretiska kunskaper provas muntligt samt att de studerande får en beskrivning av sitt arbetssätt i termer av vad man klarar bra och vad man kan utveckla ytterligare. Den senare delen får karaktären av ett utvecklingsamtal. Den kunskap som förmedlats i Umeå och hos handledarna i regionen är den som skall provas. Det är således inte bara det som står i textböcker utan också de förhållningssätt och färdigheter som är nödvändiga för distriktsläkare.

Några erfarenheter

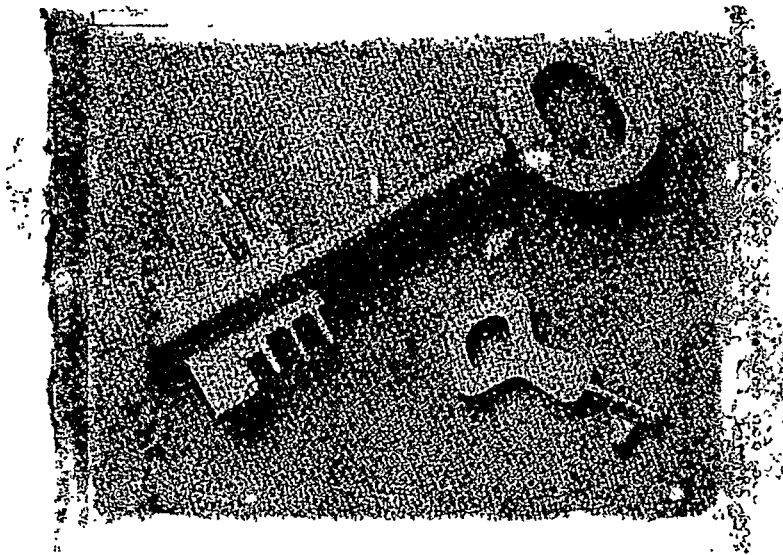
Vi sammanställde våra erfarenheter av arbetet med självskattning och lärarskattning av de standardiserade patientmötena som jag tidigare har beskrivit. Ett hundratal studerande lät oss (fyra manliga lärare) under läsåret 1989/1990 dokumentera deras och våra skattningar före och efter praktikperioden. Studenterna angav förutom namn och ålder också tidigare erfarenhet av sjukvårdsarbete, erfarenhet av arbete som läkare samt föräldrars yrke. Av det vi registrerat var det endast skillnader mellan män och kvinnors sätt att bedöma sin konsultativa förmåga som uppvisade några statistiskt säkerställda skillnader (figur).

Av figuren framgår, att vi lärare inte såg någon utveckling hos de manliga studerande men att vi efter praktiken uppfattade att de kvinnliga studerande utvecklats och att deras konsultativa förmåga skattades högre än de manligas.

Om vi lägger till de studerandes självskattningar, så visar det sig, att män skattade sig signifikant bättre än lärarna före, men i likhet med lärarna efter. De hade uppenbarligen lärt sig något. Kvinnor däremot skattar sig 2 nivåer under lärarnas bedömningar såväl före som efter. De höjer emellertid sin bedömning (i likhet med lärarna) efter praktiken jämfört med före. Vi lärde oss av denna sammanställning, att nyansera vår återföring på konsultativt arbete till manliga och kvinnliga läkarstuderande. Det är viktigt att påpeka, att det också finns män som reagerar kvinnligt och kvinnor som reagerar manligt.

Utvärdering av inläring

Utvärdering av kurser innebär ofta att kursdeltagare efter kursens slut ges möjlighet att ge sin syn på den under-



Nyckeln som öppnar möjligheter att behandla alla olika.

*I modern hypertoni behandling är nyckelordet individualisering.
Det är viktigt att ta hänsyn inte bara till blodtrycket utan även till ålder, annan
samtidig sjukdom och annan behandling.*

Plendil® (felodipin) ger stora möjligheter till anpassning av dosen, tack vare tre styrkor: Seniortabletten 2,5 mg, startdosen 5 mg och 10 mg. Den goda blodtryckssänkande effekten är väl dokumenterad hos hypertoniker i alla åldrar, både i kombinationsbehandling och i monoterapi.

Den mycket höga kärlselektiviteten ger en trygg behandling utan oönskade hjärteffekter eller interaktioner med andra hjärt-kärlläke-

medel. Därför är Plendil® speciellt lämpligt som första tilläggsmedel hos patienter som inte nått diastoliskt målblodtryck < 90 mm Hg.

Många hypertoniker har eller kommer att få andra samtidiga sjukdomar, som t ex diabetes, sänkt njurfunktion, obstruktiv lungsjukdom eller hyperlipidemi. Därför måste behandlingen passa både nu och i framtiden.

Plendil® är väl dokumenterat på patienter med komplicerande sjukdomar till hypertoni.

MINST SJU AV TIO HAR INTE BARA HYPERTONI (1)

Plendil® 
FELODIPIN

1. Information från Socialstyrelsens Läkemedelsavdelning 1990;3:113.

Kärlsektiv Ca-antagonist mot hypertoni

Bayer 

FORSKNINGS- STIPENDIUM

ALLMÄNMEDICIN/PRIMÄRVÅRD

Forskningsstipendiet som är på **75.000 SEK** syftar till att stödja såväl klinisk som epidemiologisk forskning inom allmänmedicin. 1994 års stipendium är avsett att stimulera forskning som syftar till att öka kunskapen om hjärt/kärlsjukdomar. Stipendiet finns 1994 tillgängligt att fördelas till en eller flera sökanden. Beloppet eller de fördelade beloppen skall utnyttjas som

forskningskostnader

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

Innevarande år består stipendiekommittén av

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

Stipendiekommitténs kontaktman för praktiska frågor är Sten Jelinek, tel: 031 839 800. **Ansökan** skall innehålla kortfattad forskningsplan med litteratur-referenser, ekonomisk kalkyl samt curriculum vitae. Sökanden skall vara läkare, färdigutbildad eller under utbildning, i första hand icke graduerad, verksam inom allmänmedicin/primärvården. Men även graduerad läkare verksam inom detta område kan söka.

Ansökningsblankett och stadgar kan rekvireras från Bayer Sverige AB. De allmän-medicinska institutio-
nerna är gärna behjälpliga med sammanställning av ansökningsmaterial.

Ansökan skall vara stipendiekommittén tillhanda senast den **1 februari 1994 (post-stämpelns datum)** under adress:

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

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

Avrapportering sker i kort form till stipendiekommitténs ordförande.

visning som genomförts. Det blir många gånger en bedömning av kursens uppläggning och kursgivarnas prestationer. Utvärderingen görs mot fastställda kursplaner och utbildningsmål. Gemensamt för de flesta är att de värderar vad som lärts ut, hur det har lärts ut och vad man skall tänka på när kursen går nästa gång.

Under den 5-årsperiod vi arbetat med utveckling av kursen allmänmedicin, har vi utvärderat de enskilda kurserna utifrån vad de studerande har lärt in, det vill säga vad som de studerande tagit till sig. Vi har mindre ägnat oss åt vad som lärts ut eller hur vi som lärare fungerat. I kursvärderingar har de studerande fått svar på tre frågor, nämligen:

- Vad har du lärt dig?
- Hur har du lärt dig det?
- Vad behöver du lära dig mer om?

På det sättet har vi kunnat avläsa i vad mån våra intentioner med undervisningen gått fram och med vilka undervisningsmetoder vi varit framgångsrika. Med den tredje frågan får de studerande också en fingervisning om vad de skall inrikta sin fortsatta inläring på.

Sammanfattning

Vid en tillbakablick på fem års arbete som lärare är det fem principer som varit vägledande för vårt arbete. Dessa kan vara giltiga för yrkesutbildningar i allmänhet och kan till viss del också gälla undervisning i stort.

1. Börja inläringen där de studerande är.
2. Låt de studerande pröva och tillämpa sitt kunnande.
3. Låt de studerande se sitt eget sätt att arbeta.
4. Stöd eftertanke och reflexion.
5. Medverka till att nya områden för inläring avgränsas.

Jag tror att det är nödvändigt för all inläring att man först måste **tydliggöra vad man kan** för att bli trygg. De studerande behöver därför bekräftas på de områden de behärskar. Först därefter är man villig att ge sig ut på något okänt eller något man inte behärskar.

I yrkesutbildningar är det först när man själv konfronteras med uppgifter som kräver lösningar som hela ens inlärningsförmåga tas i anspråk. För läkarstuderande handlar det således inte bara om att memorera fakta utan också att individuellt och situationsanpassat **tillämpa medicinska kunskaper i kliniskt arbete** med patienter. Här har de studerande olika förutsättningar. Var och en måste börja bygga upp sin professionella kompetens där han eller hon befinner sig.

Kunskap som inte kan förmedlas kommer inte till nytta. Förmedlingen i sig måste läras ut. De studerande måste därför ges tillfälle att se sitt eget sätt

att förmedla kunskaper till de som söker vård. Det finns annars risk för att patienten kan lämna konsultationen utan att få något ut av besöket.

Den kirurgiska devicen för verklig yrkeskunskap "see one, do one, teach one" visar på betydelsen av förmedling av kunskaper. Det är först när man kan lära ut något, som man besitter sann kunskap. För allmänläkare är förmedling av medicinsk kunskap essentiell för yrkesutövningen. Många gånger måste patienters farhågor, förväntningar och förhoppningar mötas med beskrivningar av människokroppen som biologisk varelse eller hur mediciner, utredningar och behandlingar fungerar.

Många studerande beskriver det svåra med att lära sig saker de inte förstår betydelsen av. Det blir därför föga framgångsrikt att besvara frågor som ännu inte är ställda av de studerande. En undervisning som betonar inläring måste ha sin utgångspunkt i **vad som är viktigt för de studerande.** Förstår de inte betydelsen av vad de skall lära sig, då fungerar inte heller inläringen. Även här visar de studerande att de kommit olika långt. Var och en måste lära sig det just han eller hon behöver.

Det finns flera paralleller i arbetet som lärare och läkare. På det sätt som vi bemöter de studerande så kommer många också att bemöta sina patienter. Vi tror att vårt sätt att bemöta och respektera studerande stimulerar till eget ansvar, mognad och utveckling. Att se

resurser ger fler handlingsmöjligheter för studerande och på sikt också för de patienter de kommer att möta. Att bara se brister och att vara felsökande stärker inte någon och ger ingen handlingskraft.

Jag har med denna presentation velat visa på betydelsen av att beakta **inläring** – vad de studerande lär in – **till skillnad från utläring** – vad lärare lär ut. Denna distinktion är för oss på den allmänmedicinska institutionen inte bara en lek med ord, utan något som genomsyrat vår planering, uppläggning, genomförande och utvärdering av genomförda kurser.

När jag säger vi, så menar jag mina två lärarkollegor distriktsläkarna Roger Karlsson och Håkan Ödning och institutionens två sekreterare AnnCathrine Norman och Irma Engström. Utan deras arbete, vilja att pröva och ompröva samt deras förmåga att ta egna initiativ, hade inte denna utveckling varit möjlig.

Det är också roligt att se att vår nya professor Birgitta Hovellius visar intresse för det arbete som nedlagts. Tillsammans med henne bygger vi nu vidare på våra erfarenheter vid planering av den så kallade "doktorsskolan" på termin 1-4.

Göran Westman

Institutionen för allmänmedicin
Umeå universitet
901 85 Umeå

Kvalitetssäkring

SFAMs arbetsgrupp för kvalitetssäkring har varit verksam i snart två år. Större delen av tiden har ägnats åt att utarbeta medicinska indikatorer för fem vanliga sjukdomar eller symtom; Hypertoni, mediaotit, diabetes, astma och dysuri/urinvägsinfektion. De är publicerade i skriften om indikatorer från Medicinska Kvalitetsrådet. Dessutom har gruppen utarbetat den så kallade "Verktyslådan" som färdigställs i dagarna. Gruppens medlemmar har dessutom föreläst om kvalitetssäkring på många håll i landet och även arrangerat eller medverkat i längre utbildningar. Ett projekt som jämfört vårdprogram för Mediaotit mellan Nederländerna och övriga europeiska länder har slutförts. I oktober genomfördes tillsammans med EQuIP, den europeiska arbetsgruppen för kvalitetssäkring bland familjeläkare, två lyckade utbildningsdagar i Sollefteå. Leif Persson är tillsammans med Göran Sjönell svenska representanter i denna grupp.

Under 1994 planeras bland annat ytterligare utbildningar, arbete med Peer Review, utveckling av ett kvalitetssäkrings- och efterutbildningssystem från Australien, beskrivning av nya metoder för Verktyslådan och introduktion av begreppet CQI (Con-

tinuous Quality Improvement). Gruppmedlemmar kommer också aktivt att delta i diskussionerna om efterutbildning samt Institutet för Allmänmedicin. En studieresa till Holland och England planeras under våren. Gruppen har sökt pengar destinerade för kvalitetssäkring i Husläkarlagen.

Gruppens medlemmar är: Mats Ribacke, Gävle; Rolf Linnarsson, VC Kronan, Sundbyberg; Göran Falck, Kopparberg; Kjell Lindström, Habo; Astrid Björgell, Helsingborg; Malin André, Falun; Anders Lindman, Luleå; Göran Westman, Umeå samt Leif Persson, Sollefteå (ordförande). Iris Blomberg från Spri är adjungerad medlem.

Arbetsgruppen vill också initiera ett nätverk för kvalitetssäkring i landet. Deltagarna skulle kunna träffas vid SFAMs två årliga möten, via brev eller fax utbyta erfarenheter av kvalitetsarbete samt också kunna fungera som "bollplank" för arbetsgruppen. Hör gärna av er till undertecknad.

För arbetsgruppen: Leif Persson
Utvecklingsenheten, Primärvården
881 04 Sollefteå
Tel 0620-19214; Fax 0620-19322.

UB 05614

Två idé-seminarier om allmänmedicinsk efterutbildning sommaren/hösten 1993

ELISABETH JAENSON

Ulf Måwe samlade ett stort antal av svenska allmänläkare med intresse och erfarenhet av efterutbildning för att få idéer till sitt uppdrag från SFAMs årsmöte. Det första mötet innebar en massiv "brain storming" på ett oorganiserat och för mig ganska kaotiskt sätt. Det som diskuterades mest var smågruppsbaserad efterutbildning och mentorskap. Att vår efterutbildning skall utgå från praktiken, med patientmötet som den viktigaste lärosituationen var självklart. Att efterutbildning är lika med kvalitetssäkring var också självklart och någonting vi ständigt borde förmedla till vår arbetsgivare/uppdragsgivare.

Jag lämnade dock detta möte mycket förvirrad och utan att begripa hur alla dessa idéer skulle kunna ta konkret form.

Det andra mötet under två dagar i början av september blev dock klagörande på många sätt. Dels begrep jag att Ulf's arbetssätt faktiskt var mycket ändamålsenligt. Han hade lyckats stimulera tankeverksamhet och kreativitet hos alla dem som deltog i den första konferensen. Dessutom hade han samlat resurspersoner från till exempel den Norske Legeforeningen, Svenska Socialstyrelsen, Spri, Apoteksbolaget, läkemedelsindustrin, Läkarförbundet och andra som har intresse av allmänläkarens utbildning. Dessa fick då dels lyssna till våra förslag till ett allmänmedicinskt institut och hur efterutbildningen borde vara organiserad, dels kunde de ge tips om hur ekonomin kunde lösas och hur institutet kunde samarbeta med dem.

Mogens Hey hade förstas förslag om hur institutet skulle organiseras.

Charlotte Hedberg analyserade hur ett mentorskap skulle kunna erbjudas dem som inte var intresserade av eller passade in i en smågruppsbaserad efterutbildning. Mentorns uppgift skulle då vara att genom sin erfarenhet och med ett personligt intresse för sin kollega i dialog med denne/denna blotta brister i kompetensen. Husläkaren/allmänmedicinaren skulle på denna grund sedan skapa sin egen efterutbildningsplan.

Carl Edvard Rudebecks tankar om gruppbaserad efterutbildning för allmänläkare genomsyrade hela mötet. Att på detta sätt genom interkollegial kunskapsöverföring och med utgångspunkten i patientmötena kvalitetssäkra vårt arbete kändes helt självklart! Diskussionen kom nu mer att inriktas på ur denna utbildningsform skulle stödjas. Många var liksom jag tveksamma till avlönade gruppleddare. Däremot enades alla om att stödja Carl Edwards förslag om utbildning för blivande gruppleddare/gruppleddarmotorer med start redan nästa år.

Steinar Westin, professor i samhällsmedicin från Norge och en pedagog från Norsk Legeforening redogjorde för det norska efterutbildningssystemet. Även där går man mer och mer över till gruppbaserad utbildning. För efterutbildningen gäller "frivilligt tvång", dvs 10-15 procent av intäkterna förloras om man inte genomför sin efterutbildning. Efterutbildningen är kollegialt styrd, bland annat finns en kommitté där allmänläkarna själva på Socialdepartementets uppdrag godkänner utbildningar. Bara dessa godkända utbildningar får ta del av de stora fondmedel som finns i Norge. Dessa är ett resultat av att man vid de årliga löneförhandlingarna avsatt medel till utbildningsfonder i stället för löneökningar/taxehöjningar. Här finns nu sammanlagt 170 miljoner kronor!

Anders Lindman rapporterade från Australien, där 95 procent av allmänläkarna följer ett utbildnings- och kvalitetssäkringsprogram. De får då rätt att ta ut en högre avgift. Man har ett poängberäkningssystem som bland annat ger 1 poäng per godkänd timma utbildning, 30 poäng om man deltar i en årlig skriftlig kunskapskontroll, 10 poäng om man är handledare osv.

Institutet

Enighet fanns både bland de församlade allmänläkarna och resurspersonerna om att SFAM ska bilda ett institut för allmänläkarnas efterutbildning. Förslaget blir sannolikt en heltidsanställd chef med kansli och pedagogisk kompetens. Dessutom regionala enheter (5 eller 6?) där regionala efterutbildningsombud, initiativrika och utbildningsintresserade kollegor, påtar sig ett ansvar att i lokala nätverk vara motorer i det lokala utbildningsarbetet.

Uppgifterna för det centrala institutet och de regionala ombuden framgår av dokumentet från SFAM-mötet i Kiruna 1991 (se AllmänMedicin 6/91). Finansiering av institutet bör kunna ske genom de kvalitetssäkringspengar som avsatts för husläkarsystemet, också via allmänläkarna själva med exempelvis höjd SFAM-avgift. Kanske också genom andra intressenter i allmänläkarnas utbildning?

Förslag i enlighet med detta kommer att framläggas vid SFAMs årsmöte i oktober och jag kan inte tänka mig annat än att det också blir beslut.

Glöm inte: Efterutbildning = kvalitetssäkring! Detta är ett budskap att föra fram till vår omvärld för att få förståelse för våra behov.

Författarpresentation

Elisabeth Jaenson, distriktsläkare.

Sorgenfrimottagningen
Nobelvägen 56
214 33 Malmö

Verkttyglådan

SEAM fick för två år sedan i uppdrag att tillsammans med andra specialistföreningar utarbeta indikatorer på viktig verksamhet. Arbetsgruppen bedömde att det fanns behov av ytterligare material/metoder för kvalitetsarbete. Därför påbörjades arbetet med Verkttyglådan för Kvalitetssäkring. Efter en del förseningar kommer den nu att finnas tillgänglig i december.

Den ser ut som en svart äldre modell akutväska, vars ena långsida kan öppnas. I lådan finns utdragbara fack, där olika kvalitetssäkringsmetoder presenteras. Här finns exempel på Verksamhetsuppföljning, Medicinska kvalitetsindikatorer, Enkäter, Medicinsk revision (bl a APO-metoden) samt Kvalitetscirklar. Metoderna är praktiskt inriktade och kvalitetsarbetet kan ome-

delbart påbörjas. Revidering kommer att ske årligen under tre år.

Lådan kommer att kosta 6-700 kronor och beställas genom:

Landstingsförbundet
Infoproducenterna
Box 70401
107 26 Stockholm

Betablockad och vasodilatation i samma substans

Eucardic® (karvedilol) har betablockerande och vasodilaterande effekt i samma substans. Den kärlvidgande effekten ger en fysiologiskt riktig blodtryckssänkning med bibehållen perifer genomblödning och njurfunktion. Eucardic ger inte kalla händer och fötter, och inte heller påverkas lipid- och glukosvärdena.

*Hur många
av dina patienter
klagar över
kalla händer
och fötter?*



Eucardic®

KARVEDILOL

VASODILATATION OCH BETABLOCKAD I BALANS

BOEHRINGER
MANNHEIM
SCANDINAVIA

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



-Hvis dette ikke hjælper,
kan De komme igen - så skal De
få noget andet.

-Kunne jeg så ikke
lige så godt få det andet
med det samme!



cipramil[®]
(citalopram)

Den mest selektiva
serotoninåterupptagshämmaren.

Lundbeck

H. Lundbeck AB, Box 23, 250 53 Helsingborg. Tel 042 - 25 43 00. Fax 042 - 20 17 19

FASS-text sid 288



Varning för appen!

JONAS TOVI

Under de senaste två åren har sex distriktsläkare blivit anmälda till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för att ha förbisett diagnosen blindtarmsinflammation. Samtliga anmälningar har lett till påföljd för läkaren. Med noggrann bukpalpation och rektalundersökning hade läkaren troligen kommit fram till rätt diagnos.

I drygt två år har jag varit föredragande i ämnesområdet allmänmedicin i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Föredragandes uppgift är att göra en medicinsk bedömning av anmälningsärenden där en patient anmäler läkare och framför allt bedöma om den anmälda läkarens undersökning och behandling av patienten skett i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I samband med den medicinska bedömningen av varje enskilt ärende inhämtas vid behov yttrande från specialister inom andra ämnesområden för att få en så allsidig och heltäckande bedömning av ärendet som möjligt. Nämndens juridiskt utbildade handläggare skriver sedan ett förslag till beslut i ärendet.

Ansvarsnämnden består av ordförande, som är jurist, samt åtta andra ledamöter, varav fyra representerar riksdagspartierna och de övriga landstingsförbundet, LO, TCO och SACO/SR. Nämnden kan utdela disciplinpåföljd, som graderas i varning och erinran. Varning tilldelas läkare vid uppenbar felbehandling eller förväxling av medicinering. Framkommer förmildrande omständigheter kan läkaren tilldelas erinran.

Under mina två år har det inkommit sex anmälningar mot distriktsläkare som förbisett diagnosen appendicit med eller utan perforation och abscessbildning. I samtliga fall hade diagnosen troligen inte missats om undersökningen av patienten varit tillräckligt noggrann och inkluderat bukundersökning och palpation per rectum.

Ansvarsnämnden ser allvarligt på om diagnosen appendicit förbises och om detta förbiseende har förorsakats av försummelse av den behandlande läkaren. Anledningen till detta är att försummad appendicit med abscessbildning dels förorsakar onödigt lidande för patienten och förlänger vårdtiden,

dels är ett allvarligt tillstånd där patienten utsätts för onödigt fara. Därför blir påföljden ofta en varning även om erinran också förekommer.

I följande sex anmälningsärenden har läkarna förbisett att patienten haft en appendicit. Varje ärende presenteras översiktligt för att visa på vikten av att en noggrann undersökning av patienten utförs.

Sjukdomsberättelserna är sammanfattningar av vad som framkommit av patienternas skriftliga anmälningar, journalanteckningar och läkarnas svar på anmälan.

1. En 24 år gammal kvinna sökte vårdcentralen och träffade en ordinarie distriktsläkare. Sedan en dag tillbaka hade hon haft kräkningar och smärtor i bukens nedre del. Smärtorna hade inte varit konstanta och inte tilltagit i intensitet och hon hade inte någon feber. Buken undersöktes utan att misstanke om kirurgisk åkomma väcktes. Vare sig per rectumundersökning, gynekologisk undersökning eller mätning av temperaturen utfördes. Läkaren misstänkte efter undersökningen att kvinnan led av virusbetingad gastroenterit som förekom frekvent i distriktet vid denna tid. Hon blev sjukskriven och uppmanades att söka sjukhus om smärtan vandrade ner mot höger sida av buken eller inte gav med sig.

Dagen därpå tillstötte diarré och feber och smärtorna i magen tilltog. Efter ett par dagar uppsökte kvinnan sjukhus och blev inlagd på infektionskliniken där den initiala bedömningen blev infektiös eller inflammatorisk enterit. Efter ytterligare ett par dagars fördröjning kunde man konstatera appendicit med varbildning i lilla bäckenet. En anledning till fördröjningen av diagnosen på sjukhuset var att kvinnan inte ville genomgå rektalpalpation av manlig läkare.

Distriktsläkaren tilldelades en erinran för försummelse. Nämnden ansåg att rektalpalpation, gynekologisk undersökning och temperaturmätning borde ha utförts.

2. En 43 år gammal kvinna sökte vårdcentralen och träffade en ordinarie distriktsläkare. Hon hade haft en förkylning med halsont några dagar tidigare och sökte med feber, illamående och kräkning med smärtförmimmelser som vandrat neråt mot magen. Kvinnan visade med handen att smärtorna vandrat från midjan ner till högra ljumsken. Någon bukundersökning eller rektal-

palpation utfördes inte. Läkaren misstänkte virusinfektion som var vanligt i distriktet vid denna tid. Provtagning ordinerades och utfördes ett par dagar senare, varvid SR var kraftigt förhöjd. Läkaren ordinerade då antibiotika på misstanke om luftvägsinfektion. Fem dagar efter första besöket sökte patienten sjukhus varvid appendicitdiagnosen fastställdes.

Läkaren tilldelades en varning för försummelse. Nämnden ansåg att de symtom kvinnan hade borde ha lett till att läkaren utfört bukundersökning och rektalpalpation.

3. En 24-årig man sökte vårdcentralen och träffade en vikarierande distriktsläkare. Mannen hade sedan tre dagar haft magsmärtor med feber.

Vid undersökningstillfället fann läkaren buken mjuk och indolent (smärtfri) men fann lite värk överst i epigastriet. Patienten behövde dock inte knäppa upp byxorna vid undersökningen. Läkaren tolkade tillståndet som stressulcus och ordinerade antacida. Tre dagar senare hade magbesvären tilltagit, varför mannen uppsökte sjukhus och blev opererad för brusten blindtarm (appendicit-abscess).

Läkaren fick en erinran för försumlighet. Nämnden ansåg att bukundersökningen var bristfällig och att rektalundersökning borde ha utförts.

4. En 10-årig pojke sökte jourcentralen tillsammans med sina föräldrar och blev undersökt av en ordinarie distriktsläkare. Pojken hade fått ont i magen två dagar tidigare och hade feber 37°6 varför föräldrarna misstänkte blindtarmsinflammation. De kontakade jourcentralen där man fick beskedet, att febern var för låg för att det skulle kunna vara blindtarmsinflammation. Dagen därpå var febern 39°3 och man kontaktade jourcentralen igen, men fick då beskedet att temperaturen var för hög för att det skulle kunna vara blindtarmsinflammation. Pojken hade även huvudvärk och hade kräkts. Efter att ha insisterat på läkarundersökning, fick man komma till jourcentralen. Läkaren utförde undersökning såsom vid misstanke om luftvägsinfektion, men kände vare sig på buken eller per rectum. Urinprov togs och läkaren misstänkte virusinfektion med påföljande halsfluss. Dagen därpå hade pojken fortfarande magsmärtor, varför man uppsökte den egna vårdcentralen. Pojken blev därifrån remitterad till sjuk-

hus, där man vid operation fann appendicit med begynnande perforation.

Läkaren tilldelades en varning då bukundersökning inte utförts.

5. En 2-årig pojke sökte med sina föräldrar på vårdcentralen och träffade en vikarierande distriktsläkare. Pojken hade insjuknat dagen före läkarbesöket med svullen mage, feber, kräkningar och trötthet. Det är inte klarlagt om pojken då hade smärtor i magen. Vid läkarbesöket misstänkte läkaren allmän virusinfektion, men hade då vare sig undersökt buken eller utfört rektalpalpation. Pojken sändes hem och föräldrarna ombads återkomma om han blev sämre. Följande natt var pojken sjuk med hög feber. Magsmärtor tillstötte och därför sökte man jourmottagningen på sjukhuset dagen därpå och träffade då samma läkare som på vårdcentralen. Denna gång utförde läkaren en noggrannare undersökning och palperade buken som befanns vara diffust öm. Pojken var inte öm vid rektalundersökning. Det fanns inga tecken till luftvägsinfektion eller nackstelhet. Läkaren misstänkte därför fortfarande allmän virusinfektion och ville sända hem pojken. Med hjälp av annan personal på akutmottagningen kontaktades kirurg varefter pojken akut blev opererad. Man fann en perforerad appendicit med peritonit och pojken vårdades en månad på sjukhus.

Läkaren tilldelades en varning. Nämnden ansåg att läkaren vid det första besöket på grund av barnets ålder och feber borde ha utfört en bukun-

dersökning trots att det inte är styrkt att pojken då hade magsmärtor. Bukundersökning bör enligt nämnden kompletteras med en undersökning per rectum om man inte kan utesluta bukåkomma. Läkaren har dessutom vid två tillfällen missbedömt ett allvarligt sjukdomstillstånd.

6. En 13-årig pojke sökte vårdcentralen och träffade en ordinarie distriktsläkare. Pojken sökte med värk i höger sida av buken och illamående. Efter undersökning, som innefattade bukundersökning men inte rektalpalpation, misstänkte läkaren gasbesvär. Läkaren kände inte någon ömhet eller knöl till höger i buken och inte heller fanns det något ökat motstånd i bukväggen. Pojken sökte åter vårdcentralen dagen därpå med värk i bukens högra sida och blev då remitterad till sjukhus. Han opererades där för appendicit med perforation.

Läkaren tilldelades en varning, då nämnden ansåg, att läkaren inte varit tillräckligt noggrann vid undersökningen av patienten och att rektalundersökning borde ha utförts. Appendicit ger i sig inte upphov till resistens i högra fossan.

Det är inte lätt att ange skäl till den mildare bedömningen i två av fallen. Det kan vid föredragning ha framkommit förmildrande omständigheter som inte tydligt framkommer i besluten. Till del kan förklaringen ligga i nämndens sammansättning.

Enligt Frankssons lärobok i kirurgi (1), som förekommer på många vårdcentraler, är de initiala symtomen vid akut appendicit måttlig feberstegring, illamående och ibland kräkningar. Smärtan är av molvärkskaraktär och vandrar ofta ner mot höger fossa iliaca. Vid perforation minskar ofta smärtan i buken. Vid undersökning finner man ömhet och ökad tonus i muskulaturen över appendixregionen samt släppömhet vid djup palpation. Vid rektalundersökning finner man ömhet vid palpation uppåt höger fossa. Undersökning med andra handen på buken underlättar påvisandet av eventuella utfyllnader. Patienten bör vid misstanke om akut appendicit remitteras till sjukhus för bedömning och ställningstagande till operation.

I samtliga ovan relaterade anmälningsärenden saknas adekvat undersökning av patienten. Undersökning bör innefatta bukpalpation och rektalundersökning. Det viktigaste är kanske ändå att ha diagnosen appendicit i åtanke.

Referens

1. Franksson C. Det maskformiga blindtarmsbihaget, appendix vermiformis. I: Franksson C (red). Kirurgi. Stockholm: Almqvist & Wiksell 1981:143-4.

Författarpresentation

Jonas Tovi, distriktsläkare och föredragande i allmänmedicin i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Hornstulls vårdcentral
Hornsgatan 133
117 28 Stockholm

ACCUPRO[®] COMP

Tabletter 10/12,5 mg och 20/12,5 mg
ACE-hämmare och diuretikum

CO2L R

Deklaration. 1 tablett 20/12,5 mg innehåller: Quinapril hydrochlorid. respond. quinapril. 10 mg, hydroklorotiazid. 12,5 mg, lactos 32 mg, constic. et color (järnoxid, titandioxid) q.s.
1 tablett 20/12,5 mg innehåller: Quinapril hydrochlorid. respond. quinapril. 20 mg, hydroklorotiazid. 12,5 mg, lactos 77 mg, constic. et color (järnoxid, titandioxid) q.s.

Egenskaper. ACCUPRO COMP är en fast kombination av ACE-hämmaren quinapril och ett diuretikum, hydroklorotiazid. Samtidig administrering av quinapril och hydroklorotiazid ger större sänkning av blodtrycket än de båda substanserna givna var för sig som monoterapi. Quinapril kan liksom övriga ACE-hämmare motverka den kaliumförlust som är förenad med hydroklorotiazid.

Farmakokinetik. Vid administrering av ACCUPRO COMP förändras inte biotillgängligheten av vare sig quinapril eller hydroklorotiazid jämfört med samtidig administrering av quinapril och hydroklorotiazid.

Se för övrigt quinapril (ACCUPRO) och hydroklorotiazid (ESIDREX/DICHLORTRIDE)

Indikationer. Hypertoni. ACCUPRO COMP kan användas då behandling med ACE-hämmare eller tiazid-diuretikum i monoterapi ej givit tillräcklig effekt.

Kontraindikationer. Angioödem. Starkt nedsatt njur- och leverfunktion samt manifesterad gikt.

Försiktighet. Nedsatt njurfunktion. Bilateral njurartärostenos eller unilaterala njurartärostenos vid en kvarvarande njure. Dialyspatienter samt dehydrerade och/eller kraftigt diuretiskbehandlade patienter. Samtidig behandling med kaliumsparande diuretika. Aorta- och mitraliskläffstenos. Hjärtsvikt. Diabetes mellitus. Nedsatt leverfunktion eller progredierande leversjukdom, eftersom mindre förändringar i elektrolytbalansen kan utlösa koma. Möjligheten av exacerbation eller aktivering av SLE bör beaktas.

Graviditet. Kategori D. Se särskilt avsnitt märkt g. ACE-hämmare passerar placenta och kan förmodas ge upphov till störningar i fostrets blodtrycksreglerande mekanismer. Oligohydramnios, liksom hypotension och oliguri/anuri hos nyfödda, har beskrivits efter tillförel under andra och tredje trimestret. Fall av defekt skullförbenning finns beskrivna. Givna under denna period har de rapporterade förenade med prematuritet och låg födelsevikt. Tiazider och tiazidbesläktade diuretika kan ge upphov till elektrolytrubbningar. Fall av neonatal trombocytopeni har beskrivits. ACCUPRO COMP skall därför inte ges till gravida kvinnor.

Amning. Grupp III. Hydroklorotiazid passerar över i modersmjölk i sådana mängder att risk för påverkan på barnet föreligger även med terapeutiska doser. Laktationen kan hämmas.

Grupp IVa. Uppgift saknas om quinapril och dess metaboliter passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Mest frekvent ses yrsel (ca 3 %) och huvudvärk (ca 2 %).

Vanliga (>1/100)	Allmänna: Huvudvärk, svaghet, trötthet, yrsel Cirk.: Ortostatiska effekter inklusive hypotension GI: Illamående, kräkningar Lufvägar: Hosta Metabol.: Stegning av halten urinsyra i serum, hyperglykemi
------------------	---

Mindre vanliga	Allmänna: Anorexi, asteni GI: Dyspepsi, magsmärtor, diarré, förstoppning Hud: Exantem Metabol.: Hypomagnesemi, hyponatremi, hyperkalemi, hypokloremisk alkalos, hypofosfatemi Neurolog.: Parestesier
----------------	--

Sällsynta (<1/1000)	Allmänna: Anafylaktisk reaktion, feber, impotens Blod: Leukopeni, agranulocytos, trombocytopeni, aplastisk anemi, hemolytisk anemi GI: Smakförändring Hud: Angioödem, vaskuliter, purpura Lever: Pankreatit, leverpåverkan, hepatit, intrahepatisk gallstas Lufvägar: Bronkospasm, förvärrad astma, respiratorisk distressinklunderande pneumoni och lungödem Muskuloskel.: Myalgi, artralgi Neurolog.: Neuropati Psyk.: Nedstämdhet, förvirring, sömnstörningar Urogenital.: Nedsatt njurfunktion, interstitiell nefrit Ögon: Dimsyn
---------------------	---

Laborativvärden: Förhöjda serumkreatinin- och ureavärden har iakttagits.

Dosering. Dosen anpassas individuellt.

Rekommenderad initialdos av ACCUPRO COMP är 10/12,5 mg dagligen. Dosen justeras därefter beroende på kliniskt svar och kan ökas till 20/25 mg/dygn (2 tabletter à 10/12,5 mg). Vanlig underhållsdos är 10/12,5 mg till 20/12,5 mg givet vid ett doseringstillfälle. Hos patienter som behandlas med diuretika kan symtomatisk hypotension förekomma vid insättandet av ACCUPRO COMP. Upphåll i diuretikabehandlingen rekommenderas därför 2-3 dagar innan behandling med ACCUPRO COMP inleds. Om patientens tillstånd ej tillåter detta bör patienten övervakas under några timmar efter den första dosen ACCUPRO COMP, tills blodtrycket stabiliserats.

Interaktion. P g a tablettens innehåll av magnesiumkarbonat reducerar ACCUPRO COMP absorptionen av tetracyklin.

ACE-hämmare interagerar med litium.
Tiazider interagerar med digitalisglykosider, icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID), litium, tetracykliner, karbamazepin och sotalol.

Se speciellt avsnitt märkt J, CO2E A06 Kinapril (quinapril) samt CO3A Tiazider.

Observera. Symtomatisk hypotension kan uppträda hos hypertoni-patienter, framför allt hos de som på grund av diuretikaterapi, saltrestriktion, dialys, diarré eller kräkningar har minskad blodvolym. Om hypotension inträffar, ges vid behov intravenös infusion natriumklorid. Lindrig hypotension föranleder vanligen ej utsätande av ACCUPRO COMP, men dosreduktion bör övervägas. Patienten bör uppmannas att rapportera hypotensiva symptom. Hos patienter med njurartärostenos har ökning av serumkreatinin och ureavärden observerats vid behandling med ACE-hämmare. Denna ökning är nästan alltid reversibel då ACE-hämmaren och/eller samtidig diuretikaterapi utsätts. Vid misstanke om njursjukdom bör serumkreatinin mätas före behandlingens insättande och någon gång under behandlingen. Samtidig användning av ACE-hämmare och högpermeabla dialysmembran (t ex AN 69) leder till kraftigt ökad risk för anafylaktiska reaktioner. Vid större kirurgiska ingrepp eller under anestesi med medel som ger blodtrycksänkning kan ACE-hämmare blockera bildningen av angiotensin II, sekundär till kompensatorisk reninfrisättning. Detta kan leda till hypotension, vilken kan korrigeras genom ökning av plasmavolymen. Kontroll av elektrolytbalansen är viktig under behandlingen. P g a de verkliga beståndsdelarna olika verkningsmekanismer kan såväl hyper- som hypokalemi förekomma. Kaliumsupplement och kaliumsparande diuretika kan öka risken för hyperkalemi och bör ej ges samtidigt med ACCUPRO COMP. Klinisk erfarenhet av behandling med ACCUPRO COMP hos barn saknas.

Tillverkare. Gödecke.

Förpackningar och priser.

Tabletter 10 mg/12,5 mg, (rosa, elliptiska, skårade, 9,7x4,5 mm), 30 st (tryckpack) vnr: 56 97 49, 193.50 kr, 100 st (tryckpack) vnr: 56 97 64, 567.50 kr. Tabletter 20 mg/12,5 mg, (rosa, triangulära, skårade, 9,7x9,5 mm), 30 st (tryckpack) vnr: 56 97 72, 203.00 kr 100 st (tryckpack) vnr: 56 97 98, 599.50 kr.

PARKE-DAVIS

Box 4130, 171 04 Solna. Telefon 08-629 29 40.

NYHET!

ACE-hämmare och diuretika i 1 tablett.

Många av dina hypertoni-patienter
som idag står på denna kombination kan
du nu erbjuda ett enklare alternativ.*

Parke-Davis har kombinationen:

ACCUPRO® COMP
(QUINAPRIL/HYDROKLORTIAZID)

Styrkor: 10 mg/12,5 mg, 20 mg/12,5 mg.

PARKE-DAVIS Preventiv Kardiologi
08-629 29 40



* I enlighet med "The 1993 Guidelines for hypertension". Zanchetti A. et al. Blood pressure 1993; 2:86-100.
För fullständig information beträffande indikation, biverkningar m.m. se FASS-text

Konsultationsundervisning och handledning av ST-läkare

LENA SVEDIN · GÖRAN SOMMANSSON

Vid Allmänläkarcentrum i Östergötland har under två och ett halvt år fem grupper FV/ST-läkare i allmänmedicin erhållit handledning i patientkontakt och samtalskonst. Denna handledning har i viss mån hämtat sin modell från den Strimma-undervisning som bedrivs i den nya läkarutbildningen vid Hälsouniversitetet i Linköping. Strimman syftar till att bibringa studenterna kunskap om patient-läkarrelationen, förmåga att styra och fördjupa patientsamtal samt att kunna bemöta en människa i kris.

De här aktuella FV/ST-läkarna befann sig både i början och slutet av sin specialistutbildning, några var nästan färdiga allmänläkare. Deras behov av handledning visade sig vara av annan art än de medicine studerandes. De har mer erfarenhet och har oftare hamnat i bryderi i patientkontakter och har därmed fler frågeställningar lämpliga för handledning. De är tryggare i sitt medicinska kunnande, vilket är en tillgång då de sällan behöver fundera så mycket på diagnos och behandling utan kan tillåta sig att renodla handledningsbehovet i patientrelationen. De vill i högre utsträckning ha sin läkarroll belyst och upplever det som berikande att få möjlighet att se sig själv och andra arbeta.

Metod

Handledningen sker i grupp om 5-6 deltagare. Gruppen träffas två timmar var fjortonde dag under ett drygt halvår, sammanlagt 10-12 gånger. ST-läkarna har på sina vårdcentraler tillgång till videokamera. Till varje handledningstillfälle har en gruppmedlem med sig 1-3 inspelade konsultationer och handledningstillfället ägnas då åt denne ST-läkarens arbetssätt. De patienter man valt att spela in varierar från "kommer bara på kontroll" till patienter med psykosomatik eller kriser. Gemensamt är att de hämtats ur den ordinarie mottagningen.

Då verksamheten startade fanns en erfaren allmänläkare med som en av två handledare för att täcka behovet av medicinsk kompetens. Ganska snart kändes detta överflödigt, dels för att man inom gruppen tillsammans hade

en hög samlad medicinsk kompetens, dels för att man hade lätt att få den typen av råd och anvisningar på sin arbetsplats. Handledningen av grupperna har de senaste åren letts av familjemedicinskt inriktad psykoterapeut, där kunskap om relationer och interaktion kommit väl till pass. Vi valde att koncentrera handledningen på patientkontakt och samtalskonst. Efter erfarenhet av ett par grupper, visade det sig, att tiden kändes mindre pressad om en deltagare utnyttjade hela handledningstiden för ett eller ett par inspelade patientfall än att man som i början delade tiden på två. Samma läkare förhåller sig på olika sätt, beroende på vilken patient de möter och detta blir tydligare om man ser videoinspelningarna direkt efter varandra än om det går flera veckor mellan gångerna. Detta fenomen ger upphov till intressanta observationer och diskussioner. Gruppens kontrakt innehåller överenskommelser om krav på att alla exponerar sig lika mycket - det vill säga alla visar videoinspelade patientkonsultationer - och friheten att få kommentera och diskutera vad man sett på videon. Allt detta stannar självklart inom gruppen.

Helhetssynen

I Östergötland har intresset för familjemedicin ökat, vilket underblåsts av diskussionen kring den framtida organisationen av ett hysläkarsystem. I handledningsgrupperna har detta tagit sig uttryck i diskussioner som syftat till ökad helhetssyn och behov av samtalsmetodiska redskap. Exempel på detta har varit, att ST-läkaren oftare frågar både sig själv och patienten vilka ytterligare påfrestningar som funnits/finns i patientens liv och som kan förstås som bidragande till patientens insjuknande/sjukdomsbild. Hur man samtalar med anhöriga i rummet och vänder detta till en möjlighet både vad gäller att erhålla relevant information och till delaktighet i behandlingen, har blivit ett återkommande tema för handledning.

Återkommande teman Läkarrollen

Inom läkaryrket finns ingen självklar handledningstradition mer än på ett mer instruktivt plan. ST-läkarna har i handledningen ofta kommit att ta upp behovet av feed-back för att motverka känslan av "att bli utnyttjad" både av patienter och av den egna organisationen. Denna känsla av att bli använd är ett resultat av en upplevelse av att inte

ha kontroll över sin arbetssituation och bidrar till en ökad misstänksamhet i förhållande till patienter. I samtliga handledningsgrupper har patienten som kommer med syftet att "bara bli sjukskriven" varit föremål för diskussion. Om den patienten väcker irritation eller intresse står i direkt förhållande till doktors "trötthet", "känsla av att bli utnyttjad". Då vi har funnit former att möta den patienten har det nästan undantagslöst haft sin upprinnelse i skratet som uppstår när man känt igen varandra i konsultationssituationen. Lösningen har oftast blivit att man valt att möta denna patient direkt, öppet och icke-konfrontativt och att tala med patienten om hans/hennes behov av sjukskrivning och vad det står för.

Läkaren är i stor utsträckning en "ensamarbetare". De utvecklade var och en sin egen samtalsstil och allteftersom åren går får de allt mindre korrigerande feed-back. I handledningsgrupperna arbetar vi därför med hur man kan er hålla sådan feed-back även utanför en handledningssituation. ST-läkarna ombeds fantisera kring frågor som: "om man stod utanför din dörr och omedelbart efter det att patienten lämnat dig, frågade honom/henne vad han tycker om dig, vad skulle han svara? Vad skulle han/hon vara nöjd/missnöjd med?" När din patient kommer hem till sin make/maka, vad tror du att han/hon säger?" Vad i ditt samtal tror du bidrog till att han/hon valde att tala om just det - skulle du önska att de valt något annat?" Förutom att på detta sätt "bygga in sin egen feed-back", utgör detta sätt en god träning i inlevelse och empati. Direkta metoder att skaffa sig feed-back genom direkta frågor till patienten tränas också, liksom användandet av arbetskamraterna.

I handledningsgruppen utrons också hur vanligt det är med "kontaktrötthet", det vill säga små signaler på framtida utbrändhet. Alla har känt det och oftast förknippas det med framför allt två saker: dels läkarens "ensamarbete" och en känsla av att inte kunna bestämma över sin egen arbetssituation, dels vanmakt, det vill säga att man faktiskt inte vet hur man skall förhålla sig i patientrelationer som upplevs tärande. Det är inte de medicinska frågeställningarna som då åsyftas utan behovet av samtalsmetodiska redskap.

Olika syn på sjukdom

Patienten och läkaren förstår och förklarar sjukdom olika. Då läkaren börjar känna att "man inte kommer någon

var" så kan det bero på att frågorna läkaren ställer inte ger någon mening för patienten. Patienten verkar obenägen att ge "information" men det handlar i själva verket om att han/hon inte ser vad frågorna har med saken att göra. För att få ett samarbete till stånd, måste läkaren få insikt i hur patienten förklarar symtom, sjukdom och kroppsfunktion både för diagnostiserandet och för att kunna föreslå behandlingsåtgärder som är kongruenta med förklaringsmodellen. I de fall då patient och doktor är överens, ökar patientens ansvarstagande för sin egen sjukdom/behandling och behandlingsmotivationen finns i högre utsträckning hos patienten än hos läkaren. I dessa fall uppkommer inte känslan av att "ha med en omöjlig (olydig) patient" att göra. Enkla metoder, som att be patienten beskriva hur han/hon förstår sina symtom och be honom att återupprepa vad "överenskommelsen" innebär känns otvungna och naturliga när man väl fått möjlighet att fundera igenom hur dessa frågor kan ställas. Det som tidigare förenklats av patientens tro på auktoriteter ("man gör som man har blivit tillsagd") ställer numera allt större krav på läkarens samsarbetsförmåga.

Samtalskonst

De flesta läkare har under sin grundutbildning fått någon form av undervisning/träning i samtalsmetodik. Det finns till exempel klara uppfattningar om vad som är "rätt" och vad som är "fel". Anledningen till att de i stor utsträckning övergivit den metodik de lärt sig är nog just detta tänkande i "rätt eller fel". En uppfattning är till exempel att "öppna frågor" är bra och "slutna påstående-frågor" är dåliga. Många har då upplevt (med rätta!) att öppna frågor tar lite mer tid även om man inser att de ger oändligt mycket mer information till nytta för konsultationen. Benägenheten att använda sig av öppna frågor minskar eftersom man använder dem okritiskt i alla situationer. Det finns ofta delar i samtalet då en rad påstående-frågor för patienten att bara svara "ja" eller "nej" på, är mycket funktionella. Läkaren måste lära sig **när** och **hur** olika frågetyper kan användas och att det inte handlar om antingen/eller. I sig är inga frågor vare sig bra eller dåliga, eftersom detta bestäms av sammanhanget.

De flesta upplever sig själva som goda lyssnare och hur detta kommer till uttryck genomgår granskning under handledningstillfällena. Det är till exempel viktigt att kunna avgöra när "mmm ..." betyder att "jag hör vad du säger" och när det betyder "jag håller med dig i det du säger" liksom när för mycket "mmm ...-ande" verkar pådrivande och stressande och när patienten behöver ett övertydligt samtalsunderstöd. Ofta räcker ett non-verbalt samtalsunderstöd mer än väl, men det finns

patienter som inte bara behöver "mmm ...-andet" utan också verbal återgivning. En sådan återgivande teknik har vanligtvis förmedlats till ST-läkarna vid tidigare kurser i samtalsmetodik och de har förstått att det är bra att använda det men, som med alla tekniker krävs eftertanke om vad som är teknikens funktion - till vad och när skall den användas? En mekanisk upprepnings av vad patienten uttrycker känns efter ett tag både obekvämt och fånigt, varför samtalararen helt överger tekniken. Det går åt en djupare förståelse för teknikens funktion och detta inriktar vi oss på under handledningstillfällena. Det som är funktionellt i en patientrelation/situation är dysfunktionellt i en annan.

När patienter "tjatar" går detta att förstå så att det är just vad människor gör när de inte känner att de blir lyssnade på - de återupprepar sig eller höjer rösten. Detta måste bli en signal för samtalararen att använda en övertydlig återgivning, inte att som ofta sker, dra sig undan genom att till exempel börja ge non-verbala signaler till patienten att vilja avsluta samtalet. Denna non-verbala kommunikation fångas väl av videokameran, så när doktorn börjar vända sig bort, samla ihop papper, avböja blickkontakt etc, känns detta betedande väl igen av gruppdeltagarna. Metoder att avsluta samtal på ett välfungerande sätt har diskuterats i alla grupperna eftersom det i avslutandets natur ligger ett slags avvisande som både patienter och doktorer är olika känsliga för och därför inte alltid enkelt att handskas med. Vanligtvis finner var och en av deltagarna sitt egna sätt att avsluta ett samtal både på ett omhändertagande men också tydligt sätt.

Med videoteknikens hjälp framgår det, till deltagarnas förtjusning, med all önskvärd tydlighet vad "matchning" innebär. De ser sig själva spontant förändra tempo, intensitet, språkbruk, mimik, kroppshållning, röstläge och ibland till och med dialekt, beroende på vilken patient de har framför sig. Med samma tydlighet framgår det också vad "mis-matchning" innebär. Ibland måste matchningen göras medveten för att uppnå bättre kontakt med patienten - det handlar om att "vara lagom olik". Om doktorn blir **för** lik känns inte den information eller de föreskrifter som patienten får som "något nytt" och patienten har ingen känsla av att ha blivit tagen på allvar - "det besöket hade lika gärna kunnat kvitta om det inte var för receptet". Om doktorn blir **för** olik har patienten inte någon möjlighet att införliva informationen/föreskrifterna i sin "världsbild" och efterlevandet blir dåligt, då man helt enkelt inte förstått.

För att kunna vidmakthålla helhets synen och ett familjemedicinskt perspektiv upplever ibland gruppdeltagarna att det känns svårt och "nyfiket" att till patienten ställa de nödvändiga frå-

gorna. Ett vanligt sätt är att man försöker föra samtalet så, att det erbjuds naturliga öppningar för "känsliga frågor". Samtalet blir då onaturligt och lätt krystat, patienten känner att doktorn "vill något", men vet inte vad och försvaret och motståndet ökar. ST-läkaren lär sig i stället att metakommunicera, det vill säga kommunicera om kommunikationen. I klartext betyder det dels att läkaren talar om **varför** han ställer sina frågor, **hur** han ser ett samband mellan frågorna och vad patienten söker för samt, att han, då patienten ser fundersam eller misstänksam ut, kommenterar detta och talar om **hur hans egna budskap skall uppfattas**. Allt detta ligger i begreppet metakommunikation.

"Dålig kontakt" och brist på empati kan vara lika oroväckande som ett "för stort" omhändertagande. Överbeskydd kommunicerar till patienten att det dels finns något farligt (som han inte förstår) och som han skall skyddas för, dels att han inte är kompetent nog att handskas med det. Överbeskydd är till sin natur diskvalificerande och det är inte ovanligt att det smyger sig in en överbeskyddande/överförklarande ton i läkarens förhållningssätt till vissa patienter. Det är viktigt att identifiera när detta händer och att ha en förståelse för effekterna. Ofta lär sig ST-läkaren snabbt att identifiera vilket slags patientbeteende som väcker just detta hos honom/henne och kan därmed undvika faran.

De "svåra" patienterna

Under första mötet får gruppdeltagarna beskriva vilken sorts patient som innebär störst svårighet för dem. Genomgående tycks den missnöjda patienten utgöra störst bryderi för läkaren. Då patienten uttrycker missnöje känner sig läkaren diskvalificerad och ökar sina ansträngningar att vara till hjälp. Ibland syns den hjälpen som en tillag-sinställning, ett behov av att få bekräftelse och relationen läkare/patient är inte längre funktionell, utan en "kamp" om vem som skall få vad i relationen.

Patienten som "redan vet vad det är" och som bara vill ha sin beställning effektiviserad, som har ont om tid och intellektualiserar utgör en annan kategori som upplevs som "svår". Läkarens behov av information för att kunna bedöma sätts på undantag och därmed också hans känsla av kompetens ("vem är det egentligen som är doktor här!").

Patienten som är nära i ålder och av olika kön är också ibland en utmaning för läkaren. Hur bibehåller man sin professionella hållning när patienten är "flirtig"? Hur bidrar man själv till att underhålla flirten? Hur avviker man utan att vara kränkande eller sårande?

I första omgången väljer gruppdeltagarna att inte videoinspela de patienter som de tycker utgör en svårighet för dem, dock är man angelägen att till sitt

Brufen

minimerar risken för

biverkningar

!!!!!!

MINDRE RISK FÖR MAGBLÖDNING

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

KORT HALVERINGSTID

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

¹⁾ Wiholm B-E, Myrhed M, Ekman E. In: Rainsford K D, Velo G P, eds. Side-effects of antiinflammatory drugs. Lancaster: MTP Press Limited. ²⁾ Kromann-Andersen, Ugeskr Læger, 1986; 148/8:462-468
³⁾ CSM Update Br Med J 1986;292:1190-1 ⁴⁾ Paulus H E, Arthritis Rheum, 1985;28:1168-9 ⁵⁾ Griffin et al, Ann Int Med 1991;114:257-63
⁶⁾ Fries et al., Arthr. Rheum. 1991;34:1353-60

BRUFEN
ibuprofen

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

Astra Läkemedel

151 85 Södertälje. Tel 08-55 32 60 00

Astra Läkemedel representerar The Boots Company i Sverige

Nyheter från Studentlitteratur

Katastrofsjukvård

Åke André-Sandberg m.fl.

Denna lärobok i katastrofsjukvård behandlar ämnet ur såväl internationell, militär, civil som psykologisk och medicinsk synvinkel. Boken skiljer sig från andra faktakoncentrerade utgåvor genom att ge en mer förstående kunskap. Samtidigt anges punktformigt riktlinjer för handläggning av situationer och skador. Genom beskrivning av de olika räddningsstyrkornas organisation och funktion skapas en större förståelse för de samverkande enheternas arbete. Målgruppen är i första hand personal och studerande inom sjukvården, sjuksköterskestuderande, medicine kandidater, men även andra kategorier som involveras vid stora olyckor eller katastrofer kan vara intressenter.

ISBN 91-44-30901-5 1993 230 sidor
Pris inkl moms 234:-

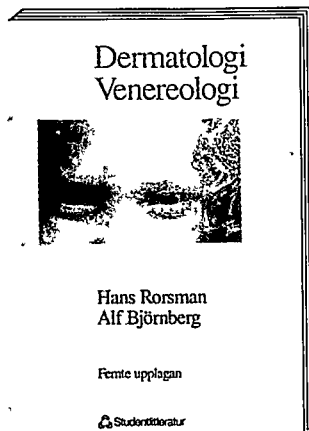
Nordisk lärobok i radiologi

Holger Pettersson m. fl. (red)

Inom nordisk radiologi finns sedan generationer en tämligen enhetlig syn på hur radiologin skall bedrivas, liksom på disciplinens ställ-

ning i det medicinska samfundet. Det är därför naturligt med en nordisk lärobok, skriven i ett brett samarbete mellan nordiska radiologer. Denna fjärde, helt nyskrivna utgåva av Nordisk lärobok i radiologi är väsentligt större än sina föregångare – en spegel av radiologins väldiga expansion under de senaste decennierna.

ISBN 91-44-34361-2 1993 919 sidor
Pris inkl moms 758:-



Dermatologi Venereologi

Hans Rorsman – Alf Björnberg

Nya femte upplagan är aktualiserad och kompletterad, både vad gäller text och bildmaterial. Den innehåller över 350 kliniska bilder, alla i färg, samt drygt 50 schematiska illustrationer i färg och svart/vitt. Vanliga och viktiga sjukdomar visas i flera varianter enligt bokens grundtanke: att ge information om det vanliga och viktiga i dermatologi och venereologi.


ISBN 91-44-08025-5 1993 532 sidor
Pris inkl moms 700:-

Tillbaka till jobbet

Om arbete, ohälsa och rehabilitering
Marianne Svenning

Boken ger ökade kunskaper om vad det innebär att bli långtidssjukskriven, att delta i rehabiliterande aktiviteter och försöka ta sig tillbaka till arbetslivet. Boken ger en bild av vad som händer när en individ berövas sitt arbete och mister fotfästet i vardagen, förlorar kontakten med sina arbetskamrater och den sociala gemenskapen på jobbet.

ISBN 91-44-37791-6 1993 283 sidor
Pris inkl moms 230:-

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

cipramil® KATALOGTEXT

Tabletter 20 mg
Antidepressivum, selektiv 5-HT-återupptagshämmare
N 06 AB 04

Deklaration. Citalopram, hydrobrom. respond. citalopram. 20 mg, lactos. 23,1 mg, constit. et color (titandioxid.) q.s. **Egenskaper.** Citalopram är ett bicykliskt phtalane derivat med antidepressiv effekt. Substansen är ett racemat där en av enantiomererna svarar för effekten. Den farmakodynamiska effekten är specifikt relaterad till en potent och selektiv inhibering av serotonin (5-HT)-återupptag. Citalopram har ingen effekt på återupptag av noradrenalin, dopamin eller GABA. Citalopram och dess metaboliter saknar antidopaminerga, antiadrenerg, anti-serotonerga, antihistaminerga eller antikolinerga (antimuskarin) egenskaper. Även efter långtidsbehandling är den 5-HT-återupptagshämmande effekten oförändrad och citalopram orsakar ej förändringar av antalet neurotransmittor-receptorer. Citalopram trycks ej påverka hjärtats ledningssystem, blodtrycket, blodbild eller vikt. Citalopram potentierar ej alkohol.

Farmakokinetiska data baseras på racematet. Bio-tillgängligheten efter oral tillförsel är hög (>80%). Maximal plasmanivå nås ca 4 timmar (intervall 1-6 timmar) efter dosintag. Ett linjärt förhållande har visats mellan administrerad dos och steady-state plasmanivåer och varierar fyrfaldigt mellan individer behandlade med samma dos. Steady-state nivåer uppnås inom 1-2 veckor. Distributionsvolymen är ca 14 l/kg. Proteinbindningen är ca 80%. I plasma dominerar ometaboliserat citalopram. Metaboliterna har samma farmakologiska effekt som citalopram, men är mindre potenta. Det är ej känt om kinetiken av den aktiva enantiomeren avviker hos patienter som är långsamma metaboliserare av spartein/debrisoquin (P 450 2D6) eller mofenitoin (P 450 2C8). Den biologiska halveringstiden är cirka 36 timmar (intervall 28-42 timmar). Systemisk plasma clearance är omkring 0,4 l/min. Längre halveringstid och minskade clearance-värden pga förlångsammat metabolism har visats hos äldre patienter varför dessa patienter bör ges en lägre dos. Patienter med nedsatt leverfunktion har en långsammare elimination. Patienter med nedsatt njurfunktion har en försämrad elimination speciellt vid lågt kreatininclearance. Utsöndring sker via urin. Vid steady-

state har ca 30% av given dos identifierats i urin, 12% av dosen som oförändrad substans.

Indikationer. Egentlig depression med melankoli, djupa eller långvariga egentliga depressioner utan melankoli. **Försiktighet.** Nedsatt lever- eller njurfunktion, se Observera. Samtidig behandling med MAO-hämmare bör undvikas. Minst 14 dagar bör förflyta innan patienter, som tidigare behandlats med sådana överföres till Cipramil. **Behandling med Cipramil** kan dock påbörjas 1 dygn efter avslutad behandling med reversibla MAO-hämmare med kort halveringstid. **Behandling av äldre patienter** skall ske med lägre dos, se Dosering. **Nedsatt lever- och njurfunktion, se Dosering.**

Graviditet. Kategori B:3. Se speciellt avsnitt märkt g. **Klinisk erfarenhet från behandlande gravida kvinnor** är begränsad. I likhet med övriga serotoninåterupptagshämmare har citalopram i djurexperimentella undersökningar visat minskad postnatal överlevnad. Under senare delen av graviditeten bör preparatet användas först sedan moderns behov vägs mot riskerna för barnet. **Amning.** Grupp IVa. Uppgift saknas om citalopram passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Den vanligaste biverkan är illamående (upp till 7%)

Vanliga. (>1/100)
Allmänna: Huvudvärk, svettning, asteni/trötthet, tremor, viktminskning/viktökning, yrsel.

Cirk: Palpitationer.
CNS: Somn störningar, paresestier, oro.
GI: Illamående, förstoppning, diarré, dyspepsi, muntorrhet

Urogenital: Miktionsstörningar.
Ögon: Ackommodationsstörningar.
Mindre vanliga. (<1/100 - 1/1000)

Allmänna: Allmän sjukdomskänsla, gaspning.
CNS: Agitation, konfusion, koncentrationssvårigheter, minskad libido, ejakulationsstörningar.

GI: Salivation.
Hud: Hudrodnad (rash).

Luftvägar: Nästäppa.
Ögon: Mydriasis.
Sällsynta. (<1/1000)
CNS: Mani.

Biverkningarna är ofta av övergående natur under fortsatt behandling. Illamåndet minskar under de första behandlingsdagarna. Vid illamående i början av behandlingen kan reducerad dos ges under den första behandlingsveckan.

Dosering. Cipramil ges en gång/dygn. Doseringen är individuell eftersom steady-state nivåerna varierar.

Vuxna. 20-40 mg/dag, rekommenderad maximal dos är 60 mg/dag. Patienter över 65 år ges halv rekommenderad vuxendos dvs 20-30 mg/dag. Hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion inleds behandlingen med halv dos. Patienter med nedsatt njurfunktion skall ges doser i den nedre delen av rekommenderat dosintervall.

Det är viktigt att behandlingen fortsättes så länge som behandlingsresultatet kan bedömas, vanligen 2-3 veckor i adekvat dosering. Behandlingen bör pågå under minst tre, vanligen sex månader efter förbättring. Om förbättring ej inträtt inom en månad bör specialist konsulteras. **Interaktion.** Citalopram har i humanförsök en svag inhiberande effekt på cytokrom P450 systemet (P450 2D6). Citalopram kan förlångsamma eliminationen av lakemedel som metaboliseras via detta enzym-system. Citalopram hämmar metabolismen av imipramin huvudmetabolit. Citalopram interagerar med mokolobemid, selegelin, sumatriptan. Se speciellt avsnitt märkt i, N 06 A B 04 Citalopram.

Observera. Med hänsyn tagen till att klinisk erfarenhet saknas kan Cipramil tills vidare ej rekommenderas till barn.

Suicidrisken hos deprimerade patienter kvarstår under behandlingen tills remission inträtt och kan i vissa fall öka initialt då hamningen minskar innan stämningsläget förbättrats. Vid maniska symptom skall citalopram-behandlingen avbrytas och adekvat behandling insätts. Vid behandling av det depressiva inslaget hos schizofrena patienter kan de psykotiska symptomen förvärras. Hos patienter med manodepressiv psykos kan en förskjutning mot den maniska fasen äga rum.

Förpackningar. Tablett 20 mg (vita, ovala 8 x 5,5 mm, skårade, märkta C och N symmetriskt vid skåran)
28 st (tryckförpackning)
98 st (tryckförpackning).



Box 23, 250 53 HELSINGBORG
TEL 042 - 25 43 00

Skärpt beredskap i roppens 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 tabletter för peroralt bruk och som injektionslösning för subkutan eller intramuskulär injektion. Registrerat naturmedel nr. 88-508+ och 84-6001. Har ej genomgått för läkemedel föreskriven kontroll.

Ja tack!

Sänd mig de senaste forskningsrönen om Thymogen

Namn _____

Adress _____

Postadress _____



MEDIC HERB AB
BIOLOGISKA MEDICINER

Medic Herb AB, Box 30060, 400 43 Göteborg

Fortsättnings- och repetitionskurs för distriktsläkare

Styrelsen för provinsialläkarfonden ämnar våren 1994 under förutsättning av vederbörande sjukvårdshuvudmans medgivande, anordna följande efterutbildningskurser för distriktsläkare.

Fortbildning för utbildningsansvariga/examinatorer
Norra Värmland 1994-01-17--21.
Kursledare: Ulf Måwe

Öron-, näs- och halssjukdomar
Västerås, 1994-02-14--16.
Kursledare: Överläkare Ove Qvarnström

Ortopedisk medicin ssk extremitetsdiagnostik
Skönviks rehab.center i Säter, 1994-03-14--18.
Kursledare: Överläkare Franz Mildnerberger

Ortopedisk medicin ssk ryggsdiagnostik
Skönviks rehab.center i Säter, 1994-04-11--15.
Kursledare: Överläkare Franz Mildnerberger

Praktisk farmakoterapi
Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, 1994-04-18--22.
Kursledare: Professor Nils Svedmyr

Datoranvändning i primärvård
Stockholm, 1994-04-25--27.
Kursledare: Chefsöverläkare Britt-Gerd Malmberg

Rehabilitering
Uppsala, 1994-04-27--29.
Kursledare: Överläkare Leif Stjernberg

Terapeutisk hållning
Linköping, 1994-05-16--20.
Kursledare: Professor Gerdt Wretmark

Klinisk kemilaboratediagnostik
Kristianstad, 1994-05-24--26.
Kursledare: Överläkare Nils Tryding

Forskningsmetodisk grundkurs för läkare i öppen vård

Kursen, som omfattar 20 poäng och går över 3 terminer, ges på distans av centrum för samhällsmedicin vid Lunds universitet och avdelningen för vårdvetenskap vid högskolan i Växjö.

Kursen ges nu för fjärde gången och undervisningen är upplagd så att vartannat undervisningstillfälle äger rum i Lund och vartannat i Växjö, under dagtid var tredje fredag. Däremellan bedrivs egenstudier med hjälp av kompendier (som tillhandahålls av kursledningen) samt annan kurslitteratur.

Kurskostnad: 14 500 kronor per deltagare inkl kompendier.

Kursstart: Fredagen den 11 februari 1994, Vårdcentraln Södertull i Lund.

Ansökningsblankett kan fås genom Inger Ekvall, Centrum för samhällsmedicin Dalby/Lund.
Tel 046-176405, fax 046-176428.

Upplysning lämnas genom docent Anders Håkansson, tel 0470-88800 och docent Åke Isacson, tel 046-176406.

andra inspelningstillfälle försöka få med just dem. Detta har troligen att göra med grupptrygghet och säkerhet i förhållande till handledningsmetoden.

ST-läkaren lär sig att förstå när symtom/sjukdom har blivit en del av patientens identitet. Att i ett sådant läge försöka befria patienten från symtomen, är att försöka ta något värdefullt ifrån dem och utgör bara starten på en ofruktbar kamp. Det gäller att förstå symtomens funktion i patientens viktiga relationer och om symtomen har fått "kontrollerande" funktioner gentemot omgivningen. Samtalsmetoder för att möjliggöra för patienten att hitta nya lösningar och ersättning för "förlust" lärs ut. Utan denna bearbetning befinner sig snart läkaren och patienten i motstridiga positioner, ibland med en upptrappning som följd. Doktors strävan är att symtom/sjukdom skall försvinna - patientens (omedvetna, dolda) strävan är att vidmakthålla desamma.

Ibland finns det med andra ord en paradox inbyggd i både vårdsituationen och patient-läkarrelationen. Naturligtvis anser patienten att man inte kan gå till doktorn om man inte är sjuk och det man talar med doktorn om är sjukdom. Om man inte gör det har man så att säga inte hos doktorn att göra. Om nu ens doktor blivit känslomässigt viktig för en så måste man "producera symtom" eller i vart fall inte överge de man redan har. Doktorn känner förstås detta, men gör det inte alltid klart för sig. Känslan av att "vad jag än gör så blir han inte bättre" smyger sig in, doktorn anstränger sig förgäves och vanmakten föder efter en tid irritation. Detta blir möjligt att handskas med då det har identifierats. Ibland kan paradoxala förhållningssätt vara till hjälp - speciellt då doktorn upptäcker att han hamnat i en "ja - men ..." relation ("ja, men om Du tog en promenad varje dag", "ja, men om Du försökte ...", "ja, men om Du jämför med förra månaden, känns det då inte lite bättre?" etc, etc). Metoden är att behandlaren intar en motsatsposition där patienten "tvingas" att tänka efter och övertyga doktorn om vad som är bra, inte vad som är dåligt.

Det gäller att komma ihåg att förändring till det bättre också är en **förändring** som innebär rädsla, oro och motstånd. Positiva, önskvärda förbättringar innebär oftast att man "ger upp något", "lämnar" och med det följer också känslan av förlust.

När läkaren inte riktigt vet vad han/hon skall göra har man oftast en idé om att "det är bra att människor får prata av sig", ett missförstånd av den så kallade containerfunktionen. Om samtalet skall kännas värdefullt för patienten så måste det innebära att patienten erhåller nya perspektiv, det vill säga samtalet leder till, att han/hon förstår sig och sin situation litet annorlunda, något som kan öppna andra handlingsvägar. Det i sin tur betyder att behand-

laren inte passivt kan lyssna på patientens "haranger" utan att veta hur man kan utvidga och fördjupa samtalet för att det skall bli meningsfullt. Ett passivt "avlyssnande" tröttnar och tråkar ut så att effekten av att "låta patienten prata av sig" snarast vänds till en negativ kontakt. Har man inte en känsla av meningsfullhet och inlevelse så kan det vara bättre att avstå från den här typen av samtal.

Terapeutiska samtal och psykoterapi

Patientkonsultationens avgränsning gentemot psykoterapi har ofta diskuterats och målet har varit att varje deltagare skall finna en "nivå" som känns komfortabel och riktig för just honom/henne. Dessa blivande allmänläkare har ett djupt engagemang för sina patienter och vill för det mesta etablera en relation som är "terapeutisk" för patienten, vi har funnit det möjligt efter diskussion om definition av psykoterapi.

Avslutning

Handledning av FV/ST-läkare i allmänmedicin i samtalskonst och patientrelation fördjupar och kompletterar den vanliga handledningen i allmänmedicin som sker på vårdcentralerna. Handledningen är organiserad så att

ST-läkaren måste lämna vårdcentralen, något "annorlunda" på ett sätt som hjälper honom/henne att finna en ny observationsposition. Målet är att utveckla sin färdighet i samtalskonst och förstå hur den egna personligheten inverkar på patientrelationerna.

Inom läkaryrket finns inte någon självklar handledningstradition så till vida att man tar handledning på ett sådant allvar att ordentligt med tid avsätts och att man formulerar mål och innehåll. En träning i att formulera det egna handledningsbehovet och utveckla sin förmåga att ta emot handledning kommer i framtiden att ge läkare som kan ge handledning.

Författarpresentation

Lena Svedin, socionom, legitimerad psykoterapeut med familjeterapeutisk inriktning, handledare UHÄ.

** Göran Sommansson, distriktsläkare, studierektor.*

Allmänläkarcentrum i Östergötland
581 85 Linköping

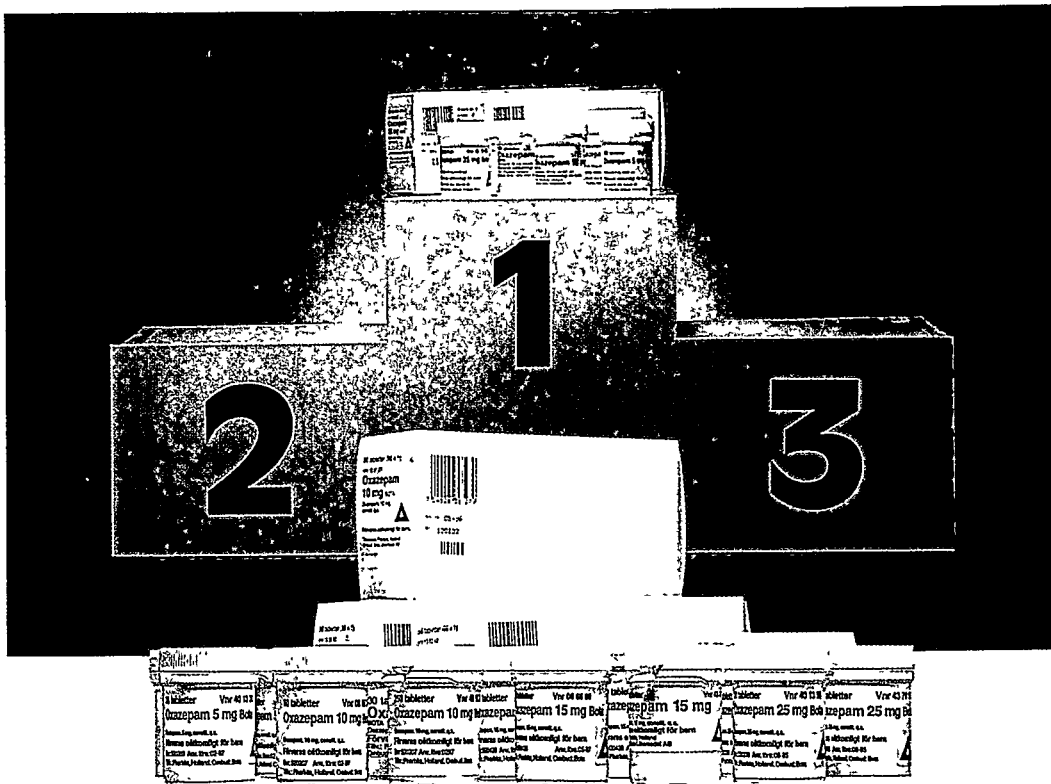
Husläkarutrustning

till salu

helt eller i delar

Willy Niwhede
Läkarhuset Ellenbogen
Snapperupsgatan 12
211 35 Malmö

Tel (arb) 040-208000
Tel (bost) 040-914666.



PRISVÄRDA

Vi har priser som är värda att titta närmare på.
 OXAZEPAM BOTA är genomgående billigare än Sobril®. Exempelvis kostar
 OXAZEPAM BOTA 5 mg 100 st. 46:50
 och Sobril® 5 mg 100 st. (2x50 st.) 91:- (AUP 93.10.01).

Läkemedelsverkets rekommendation
 av låga tablettstyrkor och små förpackningar kan Du bara följa helt
 om Du förskriver OXAZEPAM BOTA.
 Den fördelen tycker vi också är värd sitt pris.

BOTA LÄKEMEDEL

Box 30 · 745 21 Enköping
 Tel. 0171-770 80 · Fax 0171-770 82

OXAZEPAM BOTA, ångestdämpande, lugnande och muskelrelaxerande medel.
 Bensodiazepinderivat. ATC-kod: N05B A04. Synonymt med Sobril®. ⚠️ Risk för tillvänjning,
 iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. För vidare upplysningar, se FASS.

OXAZEPAM BOTA finns i tablettstyrkorna: 5 mg, 10 mg, 15 mg och 25 mg.
 OXAZEPAM BOTA finns i förpackningarna: 10 st, 30 st 100 st och 250 st samt endos 98x1 st.

Prisjämförelse AUP (Apotekens UtförsäljningsPris) 93.10.01. 100 tabletter

Oxazepam Bota tabl. 5 mg	46:50	Oxazepam Bota tabl. 10 mg	39:50
Sobril® tabl. 5 mg (2x50 st)	91:00	Sobril® tabl. 10 mg	52:50
Oxazepam Bota tabl. 15 mg	45:00	Oxazepam Bota tabl. 25 mg	56:50
Sobril® tabl. 15 mg	57:00	Sobril® tabl. 25 mg	68:00

Recensioner

Allgemeinmedizin

MICHAEL M KOCHEN
HEINZ-HARALD ABHOLZ
m fl

Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1992.

Pris: cirka 80 DM. 556 sidor.

ISBN 3 7773 1058 1

Detta är en lärobok utgiven av den allmänmedicinska institutionen vid Georg Augustuniversitetet i Göttingen. Institutionen har ett gott internationellt renommé inom undervisning och forskning med tonvikt på ämnesområdena diabetes och farmakologi. I höst kommer professor Kochen och hans allmänmedicinska institution att vara värd för en alleuropeisk kongress för kliniska lärare inom allmänmedicin (NLG/EURACT). Tanken med denna lärobok är att skapa ett fylligt alternativ, som även kan följa etablerade husläkare på mottagningen.

Allmänmedicin i Tyskland

Professor Kochen är en av grundgestalterna inom de tyska allmänmedicinska lärarnas förbund, som bland annat ger ut allmänläkartidningen ZFA (Zeitschrift für Allgemeinmedizin) med 36 nummer om året och med tonvikt på utbildning och information. Allmänmedicin har varit undervisningsämne i Tyskland sedan 1971. Undervisningen sker under läkarutbildningens fjärde och femte terminer och betonar starkt allmänläkarens och praktikers olika roller på mottagningen. Tyskland är ett allmänläkartätt land med cirka 43 procent av läkarna verksamma i primärvården. En av de statistiskt säkerställda skillnaderna gentemot det engelska primärvårdssystemet är att inemot hälften så många läkarbesök resulterar i hänvisning till sjukhus hos öppenvårdsläkarna i Tyskland. Ändå är grundbulten i vårdideologierna överensstämmande. Engelska pionjärinsatser inom allmänmedicinen signerade John Fry och Michael Balint har ett högt anseende i Tyskland, vilket inte minst speglas i de flitiga referenserna i denna lärobok. Deltagande i Balintgrupp har ett högt meritvärde och ger behörighet till att arbeta med den basala psykiatriska "Grundversorgung" som sker i primärvården.

"Eine Denkschule in der Allgemeinmedizin"

Denna rubrik används i marknadsföringen av den föreliggande läroboken som innehåller 130 avbildningar och 189 tabeller samt ett hundratal utförliga fallbeskrivningar. I huvudsak följer man den exemplariska undervis-

ningsprincipen. I symtomavsnittet inskränker man sig således till de tjugo vanligaste behandlingsanledningarna trots att en sådan genomgång (med bland annat sväljningssvårigheter, bröstsmärtor, vattenkastningssvårigheter, huvudvärk, depression och nervsammanbrott) endast täcker 50 procent av allmänläkarens arbetsfält. Motsvarande siffror är för övrigt för invärtesmedicinaren 70 procent, medan de tjugo vanligaste behandlingsanledningarna för hudläkaren, lungläkaren eller öronläkaren täcker upp cirka 99 procent av ämnet.

Vid en jämförelse mellan denna lärobok och 1970-talets tyska lärobok som nyligen utkom i sin fjärde upplaga (recenserad i AllmänMedicin 1/92) så framstår detta grepp som något av ett lyckokast. Medan 1970-talets lärobok i mycket var ett blankett- och terapikompendium med många oklarheter och delvis obsoleta ståndpunkter, får man nu plats med en mer detaljerad genomgång av de centrala symtomområdena. De många fallbeskrivningarna ger dessutom en verklighetsanknytning åt innehållet.

Teoretiska grundvalar, problemområden, långtidsrådgivning

Symtomavsnittet kompletteras mycket förtjänstfullt av andra övergripande avsnitt i boken som bringar kitt mellan bitarna. Ett avsnitt om sju kapitel behandlar de teoretiska grundvalarna för allmänmedicin, bland annat sjukdomsbegreppet, familjens roll, patient-läkarrelationen, sjukvårdssystemets inverkan på ämnesinnehåll och beslutsfattande. Specifika problemfält inom allmänmedicinen beskrivs i femton faktaspäckade kapitel som handlar om allt ifrån det basala med anamnes, kroppsundersökning och dokumentation till mer komplexa skeenden som rehabilitering, sjukskrivning, uppläggande av behandlingsstrategi och hälso-pedagogiska åtgärder. I sex kapitel avhandlas frekventa problem vid långtidskonsultation, exempelvis åldrandets sjukdomsmönster, sjukdomar av livshotande karaktär, funktionella störningar, umgänget med döden och slutligen drogmissbruk och alkoholberoende.

"Doktor, alles kaputt!"

Naturligtvis är det helt omöjligt att i detalj recensera en så här omfattande lärobok. Särskilt minns man kanske det briljanta epidemiologikapitlet, signerat Johannes G Schmidt. Här myntas bland annat maximen "före varje tidigdiagnos ställ prognosen", görs en kritisk genomgång av förekommande screeningprojekt, samt exemplifieras den bristande relevansen som många sjukhusbaserade undersökningar har när man kommer ut i primärvården. "Det är inte så konstigt om kardiologiprofessorn måste överdriva rätt så mycket när man tänker på hur det går till inom vår

bransch", säger tvättmedelsförsäljaren i ett av patientfallen.

Professor Kochen gör en utomordentlig genomgång av farmakoterapeutiska frågeställningar. Något som saknas i väldigt många läroböcker, men som här förtjänstfullt behandlas, är läkemedelsindustrins försäljningsmetoder. Den tyska diskussionen kring placebo-pseudoplacebo och alternativa behandlingsmetoder är också intressväckande. Bland övriga artiklar minns man Wolfgang Rönbergs kloka synpunkter på patient-läkarrelationen, basala psykoterapi och terapeutisk hållning samt dr Rita Kielhorns mycket färgstarka berättelse om sina långtidserfarenheter av arbete med turkiska invandrare och freudianska symtomupplevelser i stadsdelen Kreuzberg i Berlin ("Doktor, alles kaputt").

Förvånansvärt få kapitel upplevs som marginella till sitt innehåll. En sedvanlig genomgång av tyskt sjukförsäkringssystem, kurortsmedicin, bad, rehabilitering och för oss delvis antika sjukgymnastiska metoder hör kanske dit. Symtomkapitlet om feber är fantasilöst, illustrerat med några typfeberkurvor och avslutas med en uppräknig av de tjugo vanligaste antibiotika som används i primärvården rakt upp och ner.

Kvalitetssäkring, forskning och nydaning av läkarutbildningen

De tre avslutande kapitlen ägnas det aktuella arbetet med kvalitetssäkring och forskning inom primärvården. En mycket intressant genomgång av svårigheterna med nydaningen av läkarutbildningen i den tyskspråkiga världen mot en problemorienterad modell enligt amerikansk förebild är signerad dr Werner Ringli vid fakultativa instansen för allmänmedicin (FIAM) i Bern. Svårigheterna känns igen från vårt land i form av ett gammaldags nätverk av traditionella institutioner som hämmar möjligheterna till utveckling.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera, att denna lärobok inte försöker göra allmänmedicin till något konstigare än vad det är, trots den mycket kvalificerade staben av medarbetare från Tyskland, Schweiz och Österrike. Den pedagogiska utformningen är tilltalande, figurer, tabeller och patientfall är väl genomarbetade och texten kompletteras med stolpar, rubriker och sammanfattningar i marginalen enligt MLP-systemet. "Vad den intresserade husläkaren ser vid ett hembesök, förblir för sjukhusläkaren oftast en bok med sju insegel", som det poängteras i en av marginalanteckningarna. En sanning som kanske också har sin relevans i vårt ibland så allmänläkarglesa land.

Bengt Nordling, distriktsläkare

Svartbäckens Vårdcentral
Box 160 24
750 16 Uppsala

Daivonex

calcipotriol

En god fortsättning i
behandlingen av
PSORIASIS

- Effektivt
- Snabbt insättande effekt
- Vältolererat
- Patientvänligt



... nu även som kräm

Nu har Du två möjligheter att göra psoriasis lättare att leva med för Dina patienter.

Daivonex Lövens

Kräm och salva 50 µg/g (0,005%). Medel mot psoriasis D05AD X02

Deklaration. 1 g kräm innehåller: Calcipotriol 50 µg, natrii edetas, dinatrii hydrogen phosphat, paraffinum liquidum, cetomacrogol cetostearyalkohol, glycerol, conservans (Dowicil 200), vasellinum album, aq. purif., ad 1 g.
1 g salva innehåller: Calcipotriol 50 µg, natrii edetas, dinatrii hydrogen phosphat, tocoferol, paraffinum liquidum, polyoxyethylen-stearylather, propylen glycolum, aq. purif., vasellinum album ad 1 g.

Egenskaper. DAIVONEX kräm och salva innehåller D-vitaminerivatet calcipotriol som stimulerar differentieringen och dämpar delningshastigheten hos keratinocyterna. Calcipotriol har ringa effekt på kroppens kalciumomsättning och jämfört med det naturliga hormonet calcitriol (dihydroxy-vitamin D₃) är effekten på kalciumomsättningen ca 1% av calcitriollets. 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 formatdehyd (kräm) och ingående ingredienser i kräm och salva.

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

Amning. Grupp IV. Uppgift saknas om calcipotriol passerar över i modersmjölk.
Biverkningar. Hos ca 20% kan irritation av behandlad hud förekomma.

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

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

Risk för ansiktsdermatit om krämen eller salvan oavsiktligt överförs till ansiktet från behandlade hudområden.

Vid enskilda rapporterade tillfällen har DAIVONEX i dosering 200 g/vecka eller mer med-förd hyperkalcemi. Serumkalcium sjunker när behandlingen avbrutits.

Dosering. Psoriasisläckarna på extremiteter och bål behandlas 2 ggr dagligen med ett tunt lager kräm eller salva tills läkning sker. Total veckodos bör ej överskrida 50 g. Behandlingstiden bör inte överstiga 8 veckor per behandlingstillfälle. Värdet av underhålls-behandling 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. Kräm och salva 50 µg/g. *Tuber:* 30 g, 100 g.



LÖVENS LÄKEMEDEL

Tel 040-75630 • Box 404 • 20124 Malmö

LARS JOHAN BERG

GÄSTVIKSVÄGEN 16
543 35 TIBRO

734004



När sömnlöshet blir en svår knut att lösa.

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

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

PROPAVAN

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

God natt utan beroende.


Pharmacia

Pharmacia AB Sverige
Telefon 08-695 80 00