

ALLMÄN MEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)



Att mäta
kompetens

1
1998

Klass och
ohälsa

Snabbt och enkelt



Först sur sen glad.
Äntligen får du se det
på bild...

Dina patienter vill ha resultat. Snabbt och enkelt.

Ge dem Pepcidin Rapitab™, en ny uppskattad och bekväm beredningsform.

Tabletten löser upp sig på tungan precis som en snöflinga, ger snabb effekt och kan tas var som helst utan vatten. Tre av fyra föredrar "snöflingan" framför konventionell behandling¹⁾. Låt dina magsårspatienter prova Pepcidin Rapitab™

40 mg x 1.

Enklare kan det nog inte bli!



Som en snöflinga löser

Pepcidin Rapitab
Famotidin, MSD
upp sig på tungan
på några få sekunder

Pepcidin Rapitab™ (famotidin MSD) är en H₂-receptorantagonist som finns i styrkorna 40 mg och 20 mg. Pepcidin Rapitab™ är terapeutiskt ekvipotent med vanliga Pepcidin-tabletter. Förpackningsstorlekar: 10, 30 och 90 st. Vid förskrivning se FASS, för fullständig information om indikationer, dosering, biverkningar m.m.

1) MSD Sweden Data on file.

 **MSD**
Tel. 08-626 14 00

03-95-PCD-94-SCAN-112-J-(S)

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Chefredaktör

Anders Håkansson
Samhällsmedicinska institutionen
Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö

Redaktionskommitté

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

Redaktionssekreterare och layout

Margareta Lindborg

Redaktionsadress

AllmänMedicin
Norrbäckbyggnaden, plan 2
171 76 Stockholm
Tel 08 - 30 20 54
Fax 08 - 30 20 98

OBS!!
Ny adress
och nytt
tel nr och
fax nr

Annonser

YH annonsförmedling AB
Ylva Hallström
Hornsgatan 150 B
117 58 Stockholm
Tel 08 - 669 42 40

Prenumerationsavgift

405 kronor (inkl moms) per år. Prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmänmedicin. Tidningen utkommer med 6 nummer per år.
Postgiro 37 54 40 - 5
Bankgiro 950 - 4101

Tryckt på miljövänligt papper hos
Elanders Tofters, Östervåla, 1998.

ISSN 0281-3513

Manus-stopp !

Datum för manusstopp och planerade utgivningsveckor.

Nummer	Manus stopp	Planerad utgivnings-vecka
2/98	13/2 -98	14
3/98	3/4 -98	21
4/98	3/8 -98	38
5/98	7/9 -98	43
6/98	9/10 -98	48

SFAMs kansli

Heléne Swärd
Barbara Dürr
Besöksadr: Klara Östra Kyrkogatan 10
Postadr: Box 738
101 35 Stockholm

Tel 08 - 440 46 10
Fax 08 - 440 88 86

Kalendarium 3**Från redaktionen**

Fattigdom, ohälsa och HSU 2000
Christer Petersson

Nytt från SFAM

Utbildningsbok för ST-läkare
Bengt Mattsson

Doktorsavhandlingar från primärvården

Löfvander M. Sjukskrivning hos invandrare, föreställningar om smärta och effekt av olika terapeutiska insatser
Monica Löfvander

Wändell P. Allmänmedicinsk avhandling om diabetes i primärvården
Per Wändell

Att leva med ryggmärgsbräck
Jarkman K. Ett liv att leva. Om familjer, funktionshinder och vardagens villkor
Ann-Mari Sellerberg

"För dyrt att söka sjukvård - inte alltid enbart en fråga om brist på pengar
Mats Granvik

Kurser & Konferenser

Gränsland - höstmöte i Borlänge
Karin Lindhagen

SFAM-ST på framfart! Vår kårs framtid
Christoffer Haking

Tankar om vårt första SFAM-möte
Carin Algemark-Berndt, Gunilla Alfredsson, Gert Persson

Sverige, folkhälsan och EU
- distriktsläkare på kurs i Köpenhamn
Olle Lyngstam, P Owe Petersson

Apoteksbolaget

Frågor och svar om läkemedel
Lars-Olof Hensjö

SFAMs registerdag i Stockholm
Mats Persson

Primärvårdens gröna öar - intryck från primärvårdens FoU-enheters årsmöte i Stockholm 23-24 oktober 1997
Jan Stålhammar

Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens
Carl Edvard Rudebeck

"Pågatåget 1985-1995" - en studie i primär prevention med medelålders män
Bo Nordbäck

Sociala faktorerens betydelse för ohälsa, med fokus på hjärtkärlsjukdom - en forskningsöversikt
Peter Nilsson

Författarregister 1997



Jag lovar.

Nya QuikRead CRP
- ett säkert svar på mindre än 4 minuter.

QuikRead®



Orion Diagnostica

ORION DIAGNOSTICA AB, Industrigatan 8, 619 33 Trosa
Tel 0156-533 60, order tel 0156-533 70
Fax 0156-173 55, E-mail: info@orion-diagnostica.se

1998

♦ **16-17 mars.** Berzeliussymposium: The increasing coronary heart disease mortality gap between East and West Europe, Linköping.

Information: Svenska Läkaresällskapet, Box 738, 101 35 Stockholm. Tel 08-440 88 60, fax 08-440 88 84.

♦ **6-7 maj.** Allergi som folkhälsoproblem, Linköping.

Information: Margareta Kristenson. Tel 013-22 50 75, Fax 013-22 50 95.

♦ **14-15 maj och 28 augusti.** Sundheds-ekonomi 1998. Middelfart och København, Danmark.

Information: Anni Bilsbo, DSI-Institut for Sundhedsvæsen, Postbox 2595, DK-2100 København Ø, Tel +45 3529 8400, Fax +45 3529 8499.

♦ **19-20 maj.** Skandinaviskt forum för resemedicin, Stockholm.

Information: Stockholm Convention Bureau, Box 6911, 102 39 Stockholm. Tel +46 8 736 1500, fax +46 8 34 84 41.

♦ **6-14 juni.** 17th meeting of the international society of hypertension, Amsterdam, Nederländerna.

Information: Mrs B Schmitz, Organisation Bureau Amsterdam. Europaplein, NL-1078 AZ Amsterdam, Netherlands. Tel +31 20 549 1212, fax +31 20 646 4469.

♦ **23-24 april.** Diabetesvård idag – vidareutbildning inom diagnostik och terapi. (sid 10)

♦ **23-25 april.** SFAM-DLFs vårmöte. (sid 15)

♦ **24 april.** Miljö och allergi. (sid 20)

♦ **16-18 september.** Forum Balticum – anmälningsblankett. (sid 26)
Forum Balticum – Program. (sid 40)

♦ **11-12 juni.** Existential anatomy – a seminar on body experience and clinical communication. (sid 44)

UTBILDNINGSBOKEN

kan kostnadsfritt beställas av underläkare (ST eller vik), verksamhetschef, handledare, från

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
101 35 Stockholm
Fax: 08-440 88 99

Beställningsblankett rekvideras från samma adress.

Allmänläkare i läkemedelskommitté 2-3 april 1998

Målsättning Kursen är avsedd för allmänläkare i läkemedelskommitté (och andra intresserade). Syftet är att stärka allmänläkarna och öka det allmänmedicinska inflytandet i läkemedelskommitté.

Innehåll

- Basal farmakokinetik och -dynamik.
- Introduktion i kritisk läkemedelsvärdering.
- Kvalitetsindikatorer för läkemedelsvärdering.
- Etik och läkemedel.
- Retorik i marknadsföring.
- Stort utrymme för gruppdiskussioner.

Kursledare DI Lars-Olof Hensjö, ordf i SFAMs råd för läkemedelsterapi.

Plats Sjövillan, Sollentuna (2 mil från Arlanda).

Kostnad Kursavgift 1.500 kronor. Kostnad för mat och logi tillkommer.

Anmälan Insändes till Barbara Dürr, SFAM, Box 738, 101 35 Stockholm. Fax 08-440 88 86. Sista ansökningsdag 20 februari.

APOTEKARSOCIETETEN

♦ **20-24 april.** Pharmaceutical GMP - from product development to manufacturing. (Nästa kurstillfälle prel. v 49)
Anmälan före 20 mars.

Information: Diana Mickels eller utbildningsledare Göran Lidgren. e-post: mickels.d@swepharm.se

♦ **5-6 maj.** Orienterande kurs i klinisk läkemedelsprövning. Lerum. Anmälan före 23 mars.

Information: Kristina Hansen, e-post: hansen.k@swepharm.se

♦ **5-6 maj.** Kurs i Industriell utveckling av läkemedel - ett helhetsperspektiv. Lund. Anmälan före den 20 mars.

Information: Diana Mickels eller utbildningsledare Göran Lidgren.

♦ **11-14 maj,** Skeviks Gård, Gustavsberg, och **7-10 september,** Haga Slott i Enköping. Grundläggande kurs i Kvalitets-säkring inom farmaceutisk industri.

Information: Diana Mickels eller utbildningsledare Göran Lidgren. e-post: mickels.d@swepharm.se

♦ **19 mars.** Temadag om farmaci i preklinisk verksamhet. Wennergren Center, Stockholm. Anmälan helst före den 24 februari. 1.900:- exkl moms.

Information: Diana Mickels eller utbildningsledare Göran Lidgren. e-post: mickels.d@swepharm.se

Apotekarsocieteten, Utbildn avd Box 1136, 111 81 Stockholm
Tel 08-723 50 00, fax 08-20 55 11

Rikskvinnocentrum för kvinnor som misshandlats och våldtagits är en enhet inom Akademiska sjukhusets kvinnoklinik som har regeringens och landstingets uppdrag att från ett kvinnoperspektiv skapa goda rutiner för omhändertagande i vården av kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp, utbilda personal samt bedriva forskning och information om sexualiserat våld.

Rikskvinnocentrum i samarbete med Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi anordnar en efterutbildningskurs för gynekologer, allmänläkare och psykiatrer med temat

VÅRDENS ANSVAR FÖR SEXUALISERAT VÅLD

21-22 april 1998 på Eklundshof, Uppsala

Kursledare: docent Gun Heimer, Rikskvinnocentrum, Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset

Kursinnehåll: Kvinnoperspektiv
Våldets normaliseringsprocess
Rättsmedicinsk undersökning
Polisens arbete
Rättsprocessen
Att möta misshandlade kvinnor i vården.

Kursavgift: 2.600:- (inkl kursmiddag den 21 april)

Information och anmälningsblanketter, tel 018-66 27 93, fax 018-50 73 94.

Anmälan skall vara Rikskvinnocentrum tillhanda senast den 15 mars 1998.

Adress: Rikskvinnocentrum
Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala.

Fattigdom, ohälsa och HSU 2000

CHRISTER PETERSSON

Den globala fördelningen av materiella resurser är svindlande sned. Världens 358 rikaste människor tjänar idag lika mycket som 40 procent av jordens fattigaste tillsammans. Gapet mellan i-länder och flertalet u-länder blir allt större. Mellan 1960 och 1991 ökade inkomstkvoten mellan de 20 procent rikaste och de 20 procent fattigaste i världen från 30:1 till 60:1 (1). Samma tendens är tydlig på nationell nivå också inom de industrialiserade länderna. I England ökade andelen människor med en inkomst under 50 procent av den nationella medelinkomsten (= relativ fattigdom) från 10 till 20 procent under perioden 1982 till 1993 (2). Liknande siffror kan tas fram från flertalet länder inom OECD. Det gäller även vårt land.

Fattigdom och ohälsa hör ihop. Detta är uppenbart för var och en, när fattigdomen är utbredd och absolut det vill säga när människor saknar mat, bostad och andra av livets basala förnödenheter. Det är mindre uppenbart i utvecklade, industriella ekonomier, där fattigdomen oftast är relativ det vill säga somliga har mindre än andra av materiella och övriga resurser, men de svälter inte och har i stort sett tak över huvudet.

Relativ fattigdom

Ett stort antal deskriptiva studier från olika delar av världen har påvisat den relativa fattigdomens betydelse för sjukdom och död. I England, där utvecklingen gått mot ökad relativ fattigdom, var den åldersrelaterade dödligheten i början av 1980-talet två gånger högre bland utbildade män jämfört med högre tjänstemän. 1993 var den tre gånger större. För första gången detta århundrade kunde man i vissa delar av England vid 90-talets början notera en minskad förväntad livslängd för yngre män (2). Samma tendens ses i ännu högre grad i flera östeuropeiska länder (1).

Så illa är det inte i Sverige. Inte ännu! Här fortsätter medellivslängden att öka ganska kraftigt för både män och kvinnor, men nittioalets folkhälso rapporter talar för bestående och kanske ökande hälsoklyftor mellan sociala grupper.

I detta nummer av AllmänMedicin gör Peter Nilsson ett stort svep över

kunskapsläge och forskning på det här området. Peter påpekar att den mesta forskning som gjorts hittills är rent deskriptiv, medan orsaksmekanismer på individnivå i stor utsträckning är okända. I sin artikel presenterar han några mycket intressanta, forskningsbara hypoteser, som kanske kan ge ökad kunskap om hur social problematik kan bli till organpatologi och biologisk dysfunktion. Den kunskapen är viktig ur en rad synpunkter, kanske inte minst för att väcka läkarnas relativt ringa intresse för problemområdet.

Vad kan primärvården göra?

Men ännu viktigare: Vad kan primärvården göra åt hälsoproblem, som har med fattigdom och social utsatthet att göra?

När jag själv debuterade i den svenska primärvården i början av 80-talet fanns en hel del utopiskt färgade föreställningar på området. Jag tillhörde själv utopisterna. Min inspirerande ledstjärna var bilden av distriktsläkaren, som navet och motorn i det socialmedicinska arbetet. Jag såg ingen gräns för vad jag och mina medarbetare skulle kunna uträtta för människors hälsa, bara vi skaffade oss en god kännedom om distriktet, om bostäder, arbetsplatser och mänskliga relationer. Olika måldokument under perioden stärkte mina ambitioner.

Femton års praktisk erfarenhet av primärvård har lärt mig en större respekt för verklighetens tröghet och för de starka krafter som styr människors liv och beteenden. Mötet med doktorn och olika hälsobudskap har sin betydelse, men är ändå ganska små delar av människors liv. Sjukvårdens räckvidd är begränsad.

Individperspektivet

Men att man inte kan göra allt betyder inte att man inte kan göra något. Det bästa får inte bli det godas fiende! HSU 2000 försöker i sitt betänkande om preventionen att definiera primärvårdens roll i framtiden. Uppgiften att förmedla kunskap om konkreta samband mellan hälsa och miljö/livsvillkor kvarstår, men ansvaret att förebygga på ett kollektivt och strukturellt plan lyfter

man från våra axlar och lägger istället på kommuner och andra samhällsorgan.

HSU 2000 föreslår att vi arbetar i det lilla formatet. Individerna blir vår uppgift även i det förebyggande arbetet. Antalet patient/läkarkontakter per år är stort och ger en enorm potential för hälsopåverkan bara vi förmår utnyttja situationen.

I princip anser jag att HSU 2000 gjort en rimlig och nödvändig precisering av primärvårdens uppgifter inom det förebyggande arbetet, men om det innebär att vår kunskap och vårt intresse för de stora perspektiven svalnar är det mycket illa. I en utredningstext är det lätt att ge kommunerna ansvar för de strukturella hälsofrågorna, men kan vi lita på att det blir mer än ord? Vem ansvarar på kommunerna? Vilka resurser finns? Hur prioriterar man? Vilka blir våra kanaler för kunskapsförmedling? Om vi som distriktsläkare håller tyst i de här frågorna, säljer vi ut en viktig del av vårt uppdrag.

Dessutom: För att bli framgångsrika på det individuella planet krävs en empatisk förståelse för individens speciella situation, där handfasta kunskaper om sociala och ekonomiska villkor är av stor betydelse. Vi måste alltid fråga oss vad som är möjligt och rimligt att förvänta av just denna individen just nu med hänsyn till livssituationen i stort. Utan den kunskapen står vi oss ganska slätt också i det individuella mötet. Den goda konsultationen i kombination med kunnande och ett socialt patos är inget dåligt vapen i hälsoarbetet!

Budget efter behov?

En annan viktig aspekt: Som allmänmedicinare är vi med om att utveckla primärvårdens innehåll och inriktning. De flesta av oss ser behovet av ökade resurser, men vi borde kanske vara mer intresserade av hur resurserna fördelas. Modellen med behovsrelaterade budgetar, som börjat prövas på en del håll är kanske något att arbeta för? Det innebär till exempel mer resurser till socialt belastade områden med krav om att dessa resurser verkligen används i arbetet med de mest utsatta grupperna.

Ett vardagligt exempel: Med den tra-

ditionella BVC-verksamheten når vi idag praktiskt taget alla föräldrar i Sverige. Att gå till barnavårdscentralen har blivit "normalbeteende" bland svenska småbarnsföräldrar, vilket är unikt i världen (3). Deltagande i föräldragrupp är däremot fortfarande i betydande utsträckning socialt diskriminerande. Den välintegrerade medelklassen utnyttjar och uppskattar verksamheten mycket, medan ensamstående mödrar, invandrare och föräldrar med psykiska problem är svåra att nå. Verksamhetsformen idag passar inte deras behov. Det kunde vara en lärorik uppgift att fundera på hur en föräldrautbildning skulle organiseras i den omtalade TV-seriens Hammarkullen!

En klok resursfördelning med syfte att utveckla verksamhet och pedagogik för att nå dessa grupper skulle kunna ge

stor utdelning i hälsa och välbefinnande, men förutsätter kanske viss snedfördelning av budgetresurser.

Konklusion

Fattigdom i vid mening - såväl den absoluta som den relativa - är idag som tidigare globalt sett den största hälsorisken. Den ekonomiska utvecklingen i världen tenderar att öka andelen relativt fattiga, vilket innebär ökade hälsoklyftor, ett fenomen som är väl synligt även i vårt land.

Som professionella hälsoarbetare måste vi ha kunskap om dessa förhållanden i vårt individinriktade arbete och dessutom medverka till att med kraft föra vår kunskap vidare till politiker och administratörer. Kanske är det dags att bilda föreningen "Läkare mot fattigdom och social ohälsa" för att

mera systematiskt arbeta med kunskapsförmedling och utveckling inom detta centrala område?

Referenser

1. United Nations Development Programme. Human development report 1009. New York: Oxford University Press, 1996.
2. Haines H, Smith R. Working together to reduce poverty's damage. BMJ 1997;314:529-30.
3. Socialstyrelsen. Skydda skydds nätet! En utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992.

Christer Petersson, distriktsläkare, studierektor

Vårdcentralen Strandbjörket
351 85 Växjö

Nytt från SFAM

Utbildningsbok för ST-läkare

Under ett par år har man i Läkarförbundet och Läkaresällskapet arbetat med en utbildningsbok för ST-läkare. Det övergripande syftet med boken är att den skall vara till stöd för ST-läkaren vid planering och genomförande av specialutbildningen.

Hittills har ungefär hälften av de drygt 60 specialiteter som finns, fått sina böcker klara och allmänmedicinens bok blev färdig i slutet av november 1997, lagom till Läkarstämman. Boken innehåller en del allmänna, för samtliga specialiteter gemensamma sidor. Det rör till exempel arbetsrättsliga bestämmelser, om etik, ledarskap och hur specialistansökan skall göras.

Framför allt rymmer dock boken sidor som är ämnesspecifika. I den allmänmedicinska upplagan ingår således kapitel om hur målbeskrivningen kan genomföras och hur det individuella tjänstgöringsprogrammet kan läggas upp. Det finns synpunkter på hur handledning kan bedrivas, det finns kapitel om fortbildning och forskarutbildning och litteraturlistor presenteras. Vidare finns det en bred information om SFAMs olika aktiviteter, till exempel om de lokala SFAM-föreningarna, om SFAM-ST-gruppen, om specialistexamen, om allmänläkarkonsulter och om specialistens ställning internationellt.

Medlemmarna i SFAMs utbildningsutskott har haft huvudansvaret för bokens innehåll, men några studierektorer har också medverkat och skrivit vissa kapitel.

Boken skickas kostnadsfritt till underläkare, handledare och verksamhetschefer. Övriga får betala 150 kronor för ett exemplar.

Utbildningsboken kan beställas från Svenska Läkaresällskapet antingen via Sällskapets hemsida Internet: <http://www.swedemedsoc.se> eller e-post (sls@swedemedsoc.se) eller man ringer, skriver eller faxar till Svenska Läkaresällskapet Box 738 101 35 Stockholm Tel 08-440 88 60 (vx) Fax 08-440 88 99

*Bengt Mattsson
ordf i Utbildningsutskottet
SFAM*

Innehåll

1. Förord
 - A. Syftet med utbildningsboken
 - B. Några ord från specialiteten allmänmedicin
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkares specialiseringstjänstgöring
3. Målbeskrivning för specialiseringstjänstgöringen
4. Övergripande utbildningsplan
5. Utbildning i etik, ledarskap, förebyggande arbete m m
6. Individuellt tjänstgöringsprogram och checklistor
7. Handledning
8. Arbetsrättsliga bestämmelser
9. Ansökan om specialistkompetens
10. Kvalitetsutveckling
 - A. Inspektion av klinik/vårdcentral
 - B. Frivillig examination
 - C. Övrig kvalitetsutveckling
11. Fortbildning
12. Forskarutbildning
 - A. Allmän information
 - B. Specialitetens syn på forskarutbildning
13. Information från specialiteten
 - A. Allmän information
 - B. Specialitetens ställning internationellt
14. Information in English
15. Information från Sv. Läkaresällskapet och Sv. Läkarförbundet
16. Adresser och beställningsblankett
17. Plats för eget material

Enkel transdermal
klimakteriebehandling med
kombinationsplåster.



E S t r a

ELKIP/USA
Estracomb®

Depotplåster (I+II)

R

G03 F A01

Estracomb® är unikt vid behandling av klimakteriebesvär, därför att både östradiol och gestagen tillförs genom huden. Detta leder till att första passage metabolismen undviks och den terapeutiska dosen kan hållas låg samtidigt som ofysiologiskt höga plasmakoncentrationer undviks.

Estracomb är en enkel behandling. Patienten byter plåster två gånger i veckan.

Estracomb är också effektivt som osteoporosprofylax. Läs om frågeställningen i vår broschyr "Benskörhet – vad kan man göra för att minska risken?"

Du som vill ha mer information om Estracomb – ring Novartis 08-732 32 00. Beställ också gärna vår patientbroschyr "Kvinnor mitt i livet".



Deklaration.

I. Frisätter estradiol 50 µg/24 timmar.

II. Frisätter estradiol 50 µg/24 timmar och noretisteronacetat 250 µg/24 timmar.

Indikationer. Substitutionsterapi vid östrogenbristsymtom. Osteoporosprofylax postmenopausalt till kvinnor med ökad risk för osteoporos.

Kontraindikationer. Bröst- eller endometriecancer, känd överkänslighet mot någon av de ingående komponenterna i plåstret.

Försiktighet. Aktivt trombosdisponerade tillstånd och/eller tromboembolisk sjukdom, porfyri, hjärtsvikt, svår leverskada.

Biverkningar. Erytem, övergående klåda och fjällning lokalt på applikationsstället; dosberoende östrogena och gestagena biverkningar t ex olaga blödning, migrän, bröstspänningar. I enstaka fall; generaliserad klåda, och exantem, tromboemboliska tillstånd, anafylaktisk reaktion, gulsot.

Dosering. 1 plåster fästs på huden 2 ggr/vecka. Behandlingen startar med ESTRACOMB I i 2 veckor följt av 2 veckors behandling med ESTRACOMB II. Den efterföljande behandlingscykeln startar åter med ESTRACOMB I.

Förpackningar. Depotplåster, 4 st ESTRACOMB I. 4 st ESTRACOMB II. För fullständig information se FASS.

 **NOVARTIS**

Novartis Sverige AB
Box 1150
183 11 Täby
Tel. 08-732 32 00
Fax 08-732 32 01

c o m b



Sjukskrivning hos invandrare, föreställningar om smärta och effekt av olika terapeutiska insatser

MONICA LÖFVANDER

Den 3 oktober 1997 framlade jag min avhandling "Illness, disease, sickness. Clinical factors, concepts of pain and sick leave patterns among immigrants in primary health care. Effects of different therapeutic approaches". Disputationsakten ägde rum på Novum vid Huddinge sjukhus i Stockholm. Fakultetsopponent var docenten i allmänmedicin Jan Sundquist. Professor Hans Åberg vid institutionen för kliniska neurovetenskaper och allmänmedicin, sektionen för allmänmedicin, Karolinska institutet, var disputationsordförande.

Kort-kort sammanfattning

Avhandlingsarbetet startade för 14 år sedan i avsikten att förbättra omhändertagandet av de grekiska patienterna vid vårdcentralen i Rinkeby och slutade med en jämförande studie över två förhållningssätt i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna unga invandrare. Det sista arbetet visade att det, med avseende på kliniska symtom och återgång i arbete, var effektivare att samtala kring patientens egna föreställningar om smärta än att enbart ge lugnande besked och sjukgymnastik.

Avhandlingens byggstenar

Den yttre ramen för avhandlingsarbetet har varit den höga frekvensen av förtidspensionering bland vissa grupper av unga invandrare i Sverige. Avhandlingen bygger på tre primärvårdsbaserade projekt som är redovisade i sex artiklar. Det första projektet omfattar en studie av sjukdomsmönster, psykosocial belastning och sjukskrivning hos grekiska och svenska patienter. Sedan följer en kulturell-hermeneutisk studie av gre-

kiska invandrades föreställningar om ryggvärk. Den tredje studien är ett rehabiliteringsprojekt för unga, långtidssjukskrivna invandrare, som randomiserades dels till ett konventionellt program, dels till ett program som också innefattade intervjuer och samtal kring patientens föreställningar kring smärta. Deltagarna i det första och tredje projektet har följts upp med hänsyn till sjukskrivning i 10 respektive 3 år. Projektet har till största delen genomförts i Rinkeby i västra Stockholm, där cirka 80 procent av invånarna är invandrare av första eller andra generationen.

Det huvudsakliga utfallsmåttet har varit heltidssjukskrivning. Andra utfallsmått har varit förekomst av smärt-rädsla, subjektiv arbetsförmåga och depression.

Ändamål

Det övergripande syftet med avhandlingen har varit att förstå företeelserna sjukfrånvaro, sjukdomsbeteende och sjukdomsmönster hos invandrare från ett primärvårdsperspektiv, och att undersöka effekterna av olika terapeutiska strategier på upplevd hälsa och sjukfrånvaro. Studierna har gjorts i reell miljö, där forskarna själva har varit aktiva deltagare, så kallad aktionsforskning.

Resultat

Första projektet. I det första projektet deltog 105 konsekutiva grekiska och svenska förstagångsbesökare på vårdcentralen, vilka skattades av mig och därefter av en grekisk psykoterapeut med avseende på depressiva/dysforiska symtom. Psykoterapeuten gjorde också en psykosocial bedömning. Behandlingsinterventionen bestod av psykosocial rådgivning, sjukgymnastik och läkarkontakt.

Alla (med två undantag) grekiska män samt en tredjedel av de svenska männen bedömdes vara exponerade för



Respondenten Monica Löfvander

allvarliga, extrema psykosociala stressorer ($p < 0,001$). Det fanns ingen skillnad mellan de grekiska och svenska kvinnorna i detta avseende. Vanliga stressorer bland grekerna var egen eller en anhörigs sjukdom och familjeproblem. Hela två tredjedelar av de grekiska männen, nästan hälften av de grekiska kvinnorna och en femtedel av de svenska kvinnorna hade depression eller dysfori. Majoriteten, det vill säga alla greker utom två, samt två tredjedelar av de svenska deltagarna, uppgav att de hade smärta eller värk. I jämförelse med svenskarna var dock de grekiska smärtpatienterna mycket försiktiga i sitt rörelsemönster. Grekernas huvudsakliga diagnoser var ryggvärk eller idiopatiskt smärtsyndrom, och mild dysfori/depression ofta sammanhängande med stark oro för egen hälsa och familjesociala problem. Hälften av grekerna och en femtedel av svenskarna var sjukskrivna sedan mer än tre månader eller hade sjukbidrag ($p < 0,001$) men enligt vår bedömning var det ingen

större skillnad i arbetsförmåga mellan grupperna. Vid slutet av projektperioden var 86 procent av grekerna samt 30 procent av svenskarna i åldersgruppen ≥ 40 år ($p < 0,001$) långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade.

Andra projektet. Femton långtidssjukskrivna grekiska patienter med ryggvärk samt 21 strategiskt utvalda friska kontroller från en grekisk kulturförening i Stockholm, intervjuades om sina tankar kring ryggvärk. Kärnan i de intervjuade grekernas föreställningar om ryggsmärta var att långvarig värk i ryggen uppfattades som någonting farligt som oundvikligen kommer att leda till invaliditet. Dessutom framkom åsikten att grubbel och oro för smärtan i sin tur kan komma att helt dominera en person och göra honom/henne sjuksjuk. Vila och massage ansågs vara det viktigaste och bästa behandlings sättet. De intervjuades föreställningar och attityder till ryggsmärta tycktes därmed ge upphov till stark ångslan och oro. En liknande oro skulle således ha kunnat ligga bakom att grekerna i det förra projektet förmedlade en så stark sjukdomskänsla och också kunna förklara deras passiva och försiktiga smärtbeteende.

Tredje projektet, allmänt. I rehabiliteringsprojektet ingick 85 invandrare från 22 länder i åldrarna 25–45 år som varit sjukskrivna sex veckor eller mer. Sextio av dessa accepterade att delta och randomiserades till en försöksgrupp och en kontrollgrupp. Interventionen bestod av konsultation med psykosocial anamnes, utvidgad undersökning och standardiserad sjukgymnastik vilket kompletterades i experimentgruppen med intervjuer och samtal kring deltagarnas föreställningar om smärta. Anamnes, skattning, och diagnostik gjordes gemensamt av mig och en kollega från närliggande vårdcentral. DSM-III-R användes för diagnostik av depression och skattning av psykosociala stressorer medan smärtbeteende skattades enligt Alabama skalan. Skattning av arbetsförmåga gjordes både av läkarna och av deltagarna själva.

Alla 52 deltagare i rehabiliteringsprojektet rapporterade smärta vilken i de flesta fall (94%) bedömdes vara orsakade av entesopatier (2/3) eller ej närmare specificerbar smärta (1/3). Samtliga var exponerade för psykosociala stressorer och nästan hälften behövde tolk. Två tredjedelar sade sig vara rädda för smärtan. Nästan hälften (40%) var deprimerade och svårighetsgraden var korrelerad till allvarlighetsgraden av stressorerna ($p < 0,001$). En

klar majoritet (80%) av deltagarna ansåg att de inte kunde arbeta alls, medan vi läkare ansåg att två tredjedelar borde kunna arbeta minst halvtid. Läkarnas bedömning av arbetsförmåga korrelerade enbart till smärtbeteende, depression och poäng i smärteckning.

Sjukskrivningsmönstret tolkades därför vara en ond cirkel bestående av patienternas föreställningar om allvaret i smärttillståndet, deras kommunikation av smärta samt av iatrogena faktorer.

Tredje projektet, intervjuerna och samtalen. Deltagarna i försöksgruppen (26 personer) intervjuades var och en om sin sina tankar kring sin smärta. Två mönster av föreställningar om betydelsen av smärtan kunde urskiljas: Det ena mönstret bestod av föreställningar om att en (farlig) sjukdom orsakade smärtan, vilket oftast också var kopplat till en pessimistisk syn på den framtida hälsan. Det andra mönstret bestod av vaga föreställningar om orsaken till smärtan, oftast kombinerat med en allmän optimism om framtiden. Ett gemensamt drag bland de intervjuade var att de ansåg att smärtan hade orsakats av någon faktor i deras arbetsmiljö som drag, tunga lyft etc. Intervjuerna låg sedan som grund till tre samtal som rörde sig kring deras föreställningar om orsaken till smärtan, eller kring hur ofta de hade ont.

Tredje projektet, resultat av rehabiliteringsprogrammet. Efter programmet rapporterade betydligt färre deltagare i försöksgruppen smärträdsla jämfört med kontrollgruppen ($p = 0,001$). Självskattad arbetsförmåga hade också ökat i försöksgruppen, medan den hade minskat i kontrollgruppen ($p < 0,05$). Fler personer i försöksgruppen, än i kontrollgruppen hade också förbättrats i sin depression ($p < 0,05$). Slutsatsen blev att det är effektivare, främst med avseende på smärträdsla, att samtala om patientens föreställningar och/eller att klarlägga smärtefrekvens än att enbart ge lugnande besked om smärtans ofarlighet.

Tredje projektet, konklusion. Signifikant fler deltagare i försöksgruppen än i kontrollgruppen hade återvänt i arbete efter åtta månader ($p < 0,01$). Frånvaro av smärträdsla var den enda variabel som var korrelerad till ökad självskattad arbetsförmåga ($p < 0,05$). Självskattad arbetsförmåga var i sin tur korrelerad till att arbeta minst deltid vid uppföljningarna efter tre och åtta månader ($p < 0,01$). En minskad smärträdsla hos patienter med långvarig värk föreföll således ha förbättrat den subjektiva ar-

betsförmågan vilket ökat chanserna till återgång i arbete.

Långtidsuppföljningen

Efter 10 år hade 71 procent av grekerna och 25 procent av svenskarna som deltagit i det första projektet, hel förtidspension. Tre år efter rehabiliteringsprogrammet hade 41 procent av deltagarna fått hel förtidspension (ns mellan försöks- och kontrollgrupp). Självskattad arbetsförmåga vid tiden för projektet var en stark prediktor till att vara i arbete tre år senare.

Slutsats

Oavsett ålder, yrkesverksam tid och bedömd arbetsförmåga, så var de undersökta invandrapatienterna en stark riskgrupp för hel förtidspension. Sjukgymnastik, lugnande besked och psykosocial rådgivning var föga effektiva behandlingsmetoder i denna grupp. Om jag däremot lade till samtal med patienten kring dennes egna föreställningar om sin smärta så minskade patientens oro för sin smärta samtidigt som den subjektiva arbetsförmågan tenderade att öka vilket i sin tur också ökade sannolikheten för återgång i arbete.

Känslor

Avhandlingsarbetet har i huvudsak bestått av aktionsforskning, en form av forskning som vanligtvis förekommer i socialt arbete med minoritetsgrupper när man har föga kunskap om hur gruppen fungerar. Sjukskrivna invandrare är (har varit) en sådan grupp. Denna sorts forskning ställer ofta stora krav på de deltagande forskarna som ställs inför, och måste agera i, situationer som kan väcka starka känslor. Dessa känslor måste bearbetas men utgör också en stark drivkraft till att gå djupt i analyserna av arbetsmaterialet. Vi som drivit projekten mötte många människor som var under stark psykisk press, eller som uppvisade svårförståeliga smärtbeteenden. Detta är anledningen till att jag i ramberättelsen beskrivit de ofta motstridiga känslor som vi många gånger erupplevde.

Praktisk betydelse

Nyttan med mitt arbete ser jag främst i dess möjlighet till direkt implementering i praxis, främst för de kollegor som arbetar i mångkulturell miljö men också för de som är intresserade av rehabilitering i allmänhet. Mer teoretiskt intresse kan den ha för den medicinskt antropologiskt intresserade eller för den som är intresserad av sjukskrivningsproblematik rent generellt. Jag hoppas också att min avhandling skall

stimulera fler kollegor till att våga sig på aktionsforskning i allmänhet och i synnerhet bland invandrare och minoriteter.

Till sist

Stort tack till opponenter som hade tagit sin uppgift på stort allvar och

hjälpste till att lyfta fram de stora linjerna i mina delarbeten. Tack också till min handledare docent Anna-Karin Furhoff och professor Hans Åberg för allt stöd under åren liksom till alla kollegor som under årens lopp har visat intresse för mina arbeten, ställt frågor eller varit allmänt uppmuntrande!

Avhandlingen kan beställas från mig under adress som nedan.

Författarpresentation

Monica Löfvander

Allmänmedicin Stockholm
Novum, 7 tr
141 57 Huddinge.

Diabetesvård idag vidareutbildning inom diagnostik och terapi

- Kursgivare:** Becton Dickinson, Glaxo Wellcome, HemoCue, Novo Nordisk, Pharmacia & Upjohn
- Kursens namn:** Diabetesvård idag – vidareutbildning inom diagnostik och terapi. Kursen är i enlighet med SFAM-KURs krav. Godkänd av Svensk Förening för Diabetologi (SFD).
- Avsedd för:** Distriktsläkare, distriktssköterskor, diabetessköterskor, läkare vid medicin- och långvårdskliniker samt andra som möter patienter med diabetes.
- Syfte/mål:** Att ge deltagarna en fördjupad kunskap om betydelsen av god diabeteskontroll samt screening, diagnostik, behandling och kontroll av diabetessjuka patienter.

Innehåll:

Doc Per-Olof Bitzén, Dalby
Diabetes i öppen vård. Diagnostik

Doc Ibe Lager, Kristianstad
Klassifikation. Orsaker till diabetes typ 1 och typ 2

Doc Per-Olof Bitzén
Mål och strategi vid diabetesbehandling

Diabetessjuksköt Madeleine Svensson, Dalby
Diabetessjuksköterskans roll

Ingrid Lundgren Dencker, Lund
Mat i praktiken

Doc Ibe Lager, Kristianstad
Motion – effekter och risker

Doc Per-Olof Bitzén, Dalby
Perorala antidiabetika

Doc Sven-Erik Fagerberg, Örebro
Sexuella rubbningar vid diabetes

Doc Sven-Erik Fagerberg, Örebro
Körkort och diabetes

Överläkare Per-Olof Olsson, Karlstad
Insulinbehandling, praktiska aspekter

Doc Lars-Olof Almér, Malmö
Det metabola riskfaktorsyndromet. Varför uppstår senkomplikationer?

Doc Stig Attvall, Göteborg
Hjärtsjukdom vid diabetes.

Doc Lars-Olof Almér, Malmö
Gastropares och andra neuropatier

Doc Lars Wibell, Uppsala
Mikroalbuminuri – nefropati – hypertoni

Chefsöverl Inger Dedorsson, Örebro
Ögonkomplikationer vid diabetes

Dr Jan Apelqvist, Lund
Diabetesfoten.

Doc Lars-Olof Almér, Malmö
Att leva med diabetes.

Workshops med praktiska demonstrationer

Tid: 23–24 april 1998. Start 09.00 den 23/4. Slut: 16.00 den 24/4.

Plats: Sheraton Hotel, Göteborg

Antal deltagare: Max 120 deltagare per kurs

Avgift: Kursavgift 2.600:- (inkl kursmaterial, kaffe, 2 luncher, middag samt enkelrum Sheraton Hotel)

Övrigt: Vi översänder bekräftelse på deltagande i kursen efter inkommen intresseanmälan. Bifogat följer då fullständigt program med tider och inbetalningskort.

Anmälan: Senast den 5 mars 1998

Skriv eller faxa din anmälan till Glaxo Wellcome AB

Att.: Elise Kingfors
Box 528
183 25 Täby fax 08-768 60 91

Vid frågor, ring Elise Kingfors
Tel.: 08-756 05 05
Fax.: 08-756 30 50



Allmänmedicinsk avhandling om diabetes i primärvården

PER WÄNDELL

Den 21 november 1997 försvarade jag min avhandling "Diabetes in primary care. Quality of life, metabolic control, drugs and socioeconomic factors" vid Allmänmedicin Stockholm, Karolinska institutet, Huddinge. Opponent var Kurt Svärdsudd, professor i allmänmedicin i Uppsala. Ordförande var professor Hans Åberg vid Allmänmedicin Stockholm. I betygsnämnden satt bland andra professor emeritus Bengt Scherstén, Lund och professor Lars Borgquist, Linköping. Professor Hans Åberg har även varit min huvudhandledare och docent Bengt Brorsson, SBU, min bihandledare.

Jag avundas faktiskt dem som har sin disputationdag framför sig. Att disputera med allt vad det innebär av uppmärksamhet och att helt stå i centrum är en upplevelse absolut utöver det vanliga.

Disputationen som sådan artade sig till en intressant och stimulerande diskussion, där min opponent, professor Kurt Svärdsudd framförde sina frågor och sin kritik på ett mycket trivsamt och kunnigt sätt. Det lyckades även att få den vetenskapligt mindre skolade publiken att hänga med, vilket glädde mig mycket.

Livskvalitet hos diabetiker i primärvården

Forskningsarbetet planerades 1991 och i planerna ingick en undersökning av livskvaliteten hos diabetiker vid tre vårdcentraler i Stor-Stockholm 1992 och 1995, före och efter införandet av husläkarreformen i Stockholms län. Diabetes är en av de stora folksjukdomarna, där en kontinuitet i vården är av största intresse och därför intressant som index vid förändringar i vården.



Respondent och opponent efter avslutad disputation.

Vårdcentralerna valdes för att spegla variationen i demografiska och socioekonomiska faktorer inom Stockholms län.

Livskvaliteten, eller mer korrekt den hälso-relaterade livskvaliteten, hos diabetiker var vid denna tidpunkt framför allt undersökt hos typ I-diabetiker och undersökningar från primärvården saknades. Det livskvalitetsformulär vi använde oss av var SWED-QUAL, som bygger på den amerikanska Medical Outcomes Study (MOS), utvecklat vid Rand Corporation, med en total frågebask på 149 frågor. SWED-QUAL är översatt och anpassat till svenska förhållanden av docent Bengt Brorsson vid SBU, och innehåller sammanlagt 67 frågor fördelade på 13 skalor, omfattande fysisk och psykisk hälsa och funktion, social funktion och allmän hälsa. Jämfört med SF-36, en kortversion av MOS med 36 frågor, är SWED-QUAL mer omfattande vad gäller smärta, sömnproblem, social funktion och

innehåller därtill en skala med sexuell funktion. Sammanlagt 358 diabetiker inkluderades i studien 1992 och 439 diabetiker 1995, med en svarsfrekvens på 68 procent. 1992 studerades hälften av journalerna, då pappersjournaler, och 1995 samtliga då datoriserade. Som jämförelsegrupp användes två individer per diabetiker, av samma ålder och kön, från befolkningsurval från 1991 och 1995 omfattande 2.366 respektive 2.500 individer.

Diabetiker i ULF-undersökningen

Undersökningen kompletterades med data från Statistiska centralbyråns Undersökning av levnadsförhållanden (ULF) från åren 1988-89, omfattande 12.717 individer, varav 361 diabetiker. I detta material studerade vi läkemedelsanvändning hos diabetiker jämfört med friska, med hypertoner, personer med kroniska sjukdomar i rörelseorganen och med totalbefolkningen. Vi studerade även förekomst av vissa psykis-



**NYTT BLODTRYCKSSÄNKANDE LÄKEMEDEL SOM
TOLERERAS VÄL**



- har en *utmärkt tolerabilitetsprofil* där frekvensen av biverkningar inte skiljer sig från placebobehandling (1).
- tillhör en *ny klass läkemedel*, angiotensin II-receptorblockerare.
- har en *specifik och selektiv* verkningsmekanism (2).
- *80 mg en gång om dagen* sänker blodtrycket lika *effektivt* som kalciumantagonister och ACE-hämmare (3, 4).

Ref: 1) Novartis data on file. 2) Criscione L et al. Br J Pharmacol 1993;110: 761-771.
3) Corea L et al. Clin Pharm Ther 1996;60:3:341-346, 1996. 4) Holwerda N J et al. J Hypert 1996;14:9:1147-1151.

 **NOVARTIS**

För fullständig information
se FASS-text på annan plats
i denna tidning.

ka symtom och diagnoser och socioekonomiska faktorer.

Resultat – hur mår diabetikerna?

Diabetiker har en klart sänkt hälso-relaterad livskvalitet jämfört med normalbefolkningen vad gäller fysisk, psykisk och allmän hälsa, utan förändringar mellan de två undersökningstillfällena. Däremot var skillnaderna gentemot normalbefolkningen mindre 1995, betingat av en försämring mellan de undersökta urvalen 1991 och 1995, troligen kopplat till den allmänna lågkonjunkturen med den höga arbetslösheten.

Livskvaliteten hos diabetikerna var ej relaterat till det aktuella metabola läget, utan de viktigaste prediktiva faktorerna till den sänkta livskvaliteten var de makrovaskulära komplikationerna och den icke-vaskulära komorbiditeten. Det förelåg en markant skillnad hos diabetiker utan hjärtsjukdom jämfört med de med hjärtsjukdom.

Diabetiker har en hög läkemedelskonsumtion, högre än normalbefolkningen vad gäller framför allt hjärt-kärl-läkemedel, men även analgetika och psykofarmaka. Det förelåg en markant skillnad jämfört med gruppen friska, medan skillnaderna gentemot de övriga kroniska sjukdomsgrupperna

var små. Det senare gällde även förekomst av psykiska symtom och psykiatriska diagnoser. Diabetiker har vidare dubbelt så många sjukdagar som normalbefolkningen, 54 gentemot 27 enligt ULF-data 1988–89, och en flerfaldigt ökad andel förtidspensioner, 26 procent gentemot åtta 8 i normalbefolkningen. Nivån av sjukdagar och förtidspensioner var på samma nivå som hos personer med kronisk muskuloskeletal sjukdom. De viktigaste komorbida sjukdomstillstånden härvidlag var muskuloskeletal och psykiska sjukdomar, men däremot inte hjärtsjukdomar.

Läkemedelsanvändningen vad gäller hjärt-kärl-läkemedel ökade mellan 1992 och 1995, från 55 till 67 procent av diabetikerna. Ökningen gällde framför allt ACE-hämmare från 5 till 21 procent och ASA från 9 till 20 procent, men även lipidsänkare från en till sju procent. Diabetesbehandlingen förändrades också mellan 1992 och 1995, vad gäller enbart diet från 30 procent till 20, tabletter från 42 till 49 procent, kombinerat tabletter och insulin från en procent till 8, och insulin enbart från 27 till 23 procent. Det metabola läget mätt både som fasteblodsocker och HbA_{1c} (2 procentenheter över referensvärdet) endast i knappt hälften av fallen. Blodfetter var tagna bara hos 40 procent,

ögonbottenundersökning fanns noterad hos 65 procent och undersökning för neuropati hos 50 procent. Det förelåg även klara skillnader mellan de tre vårdcentralerna.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis har diabetiker en klart sänkt livskvalitet jämfört med normalbefolkningen. För att bibehålla en god livskvalitet hos diabetiker krävs att komplikationer, framför allt de makrovaskulära, förebyggs, vilket innebär att kardiovaskulära riskfaktorer beaktas och behandlas, ett område, där det föreligger brister och utrymme för förbättringar. Ett gott metabolt läge medför i sig inte en god livskvalitet, men förebygger försämringen i livskvalitet till följd av de kardiovaskulära komplikationerna.

För den som är intresserad att läsa den kompletta avhandlingen går den att beställa från mig på den angivna adressen.

Författarpresentation

Per Wändell, distriktsläkare vid Husläkarna i Österåker.

Allmänmedicin Stockholm
Novum
141 57 Huddinge

Ett liv att leva.

Om familjer, funktionshinder och vardagens villkor.

KRISTINA JARKMAN

Linköping: Carlssons, Studies in Arts and Science, 1996

Att leva med ryggmärgsbråck

ANN-MARI SELLERBERG

Spina bifida är den medicinska beteckningen på vad som vanligen kallas ryggmärgsbråck. Den skadade ryggmärgen ger upphov till förlamningar och muskelsvaghet. Nervimpulserna går inte fram. Den medicinska variationen är dock stor: Bråcket kan orsaka allt ifrån en fullständig förlamning till olika grader av muskelsvaghet. - Den viktiga poängen i Kristina Jarkmans avhandling är att det inte går att komma åt hur det verkligen är att leva med ryggmärgsbråck med medicinens vetenskapliga redskap. Hon använder sig därför av ett sociologiskt angreppssätt.

Hennes material är intervjuer med 22 barn, ungdomar och vuxna med ryggmärgsbråck samt deras familjer.

Två parallellt existerande världar präglar livet för dessa familjer: Den första kretsar kring ryggmärgsbråcket och kring det annorlunda. Den andra världen handlar om det normala, det vardagliga. Redan vid förlossningen märks samtidigheten hos dessa båda världar. Å ena sidan är det en normal förlossning. Ett barn har fötts. Här serveras den tebricka som hör till den lyckliga tilldragelsen. Slakten väntar med blomkvastar. Å andra sidan präglar

det annorlunda situationen. Det nyfödda barnet har genomgått en besiktning och fallerar medicinskt.

De intervjuade föräldrarna framhåller ofta det normala vid förlossningen. De framhåller att sonen eller dottern var söt och såg ut som vilken baby som helst, när bråcket och benen var insvepta i filter. Barnet var piggt och skrek. Människor i föräldrarnas omgivning blir förvirrade. De förväntas gratulera i en annorlunda situation. Här skall de hantera det normala och det onormala samtidigt. I denna förvirring säger de ibland sårande saker.

Iakttagelsen om dessa två parallella världar går igenom boken. Dels lever dessa familjer i en värld där funktionshindret är i centrum. Livet organiseras efter ryggmärgsbråcket. Hemmet och familjens liv ordnas efter funktionshindret. Dels har man ett högst vardagligt familjeliv med förvärvsarbete och semester. Syskonen till barnet med ryggmärgsbräck kräver också sitt.

“Kommunikationsproblem”

Avhandlingen är rik på intressanta intervjuer. Jag menar dock att analysen av dessa citat avstannar. Jarkman redovisar citaten, kommenterar dem, men benär aldrig upp dem analytiskt. Det är tydligt att Jarkman är inriktad på hur vården skall kunna förbättras. Jarkman ger också råd om lyhörddhet och förbättrade kommunikationer. Hon kommenterar uttalande från föräldrarna med en form av tillrättaliggande: “Många föräldrar berättar också om trevliga representanter för vårdpersonalen som de mött och som de fattat förtroende för, men det ovan beskrivna kommunikationsproblemet är inte helt ovanligt.”

Jag menar att detta perspektiv har blivit ett par glasögon som styrt Jarkmans tolkning av data. Hon – liksom många andra forskare – vill så gärna ge råd att de stannar upp på vägen. De fördjupar sig inte i en analys av sina data. Jag tror inte det är särskilt ovanligt att forskare försöker kartlägga patientens värld i detta syfte. Detta förbättringssyfte hos forskaren kan dock bli problematiskt.

Ett exempel på vad Jarkman kallar “kommunikationsproblem”: Föräldrarna konfronteras ständigt med “utomstående instanser”. Det är röster i omgivningen som med bestämdhet definierar vad barnet kan, tänker, känner, hur barnet är, lämpliga rutiner och vad som är bäst för barnet etc. Samtidigt upplever föräldrarna att *just de* vet vad barnet kan, tänker, känner, hur barnet är, lämpliga rutiner – och vad som är bäst för deras barn. Denna “motsättningsuppfattning” framkommer ofta i föräldrascitaten. Med utgångspunkt från de sociala förhållanden som föräldrarna befinner sig i blir “motsättningstänkandet” följdriktigt. Andra vill ständigt bestämma – också. Det handlar, som jag ser det, inte alls om kommunikationsproblem. I stället rör det sig om en följdriktig “auktoritetskonflikt” som jag ser som mycket svår att undkomma i en situation som denna.

Vårdanställda är naturligtvis intresserade av de patientcentrerade forskarnas resultat. De vill lära sig att få bättre

kontakt med patienterna. Jag menar dock att en analys som är obekymrad om att ge praktiska råd faktiskt kan vara till större nytta. Vem har nytta av att veta att man bör vara “lyhörd”? Eller att det finns kommunikationsproblem i största allmänhet? Det dramatiska och motsägelsefulla som kommer fram i intervjuerna urvattnas med sådana slutsatser.

Favoritreferensen -

Jag vill även nämna favoritreferensen i kvalitativa avhandlingar, kanske särskilt inom den medicinska sociologin. Anselm Strauss m.fl. har ju varit verk samma just inom detta fält. Man säger då man refererar till Strauss, precis som Jarkman, att man i sin bearbetning av data följt Strauss eller, som i detta fall, Strauss och Corbin (1990) – *men* att man inte följt deras “grounded theory” tillvägagångssätt till punkt och pricka. Jag vill dock hävda att Jarkman *inte* gjort någon grounded theory analys. Hon har enbart gjort det i så motto att hon inte har haft en färdig teori att utgå ifrån. Men då skulle mången kvalitativ analys i allmänhet kallas “grounded theory”.

Hur har då Jarkman gått tillväga? Hon har använt databehandlingsprogrammet The Ethnograph® för sortering av temata i de utskrivna intervjuerna. Jarkman påpekar mycket riktigt att The Ethnograph® sorterar. Men det är forskaren själv som står för analyser: Jarkman företar först en sortering enligt temata (det biografiska brottet, “föreställningar”, “relationer till omvärlden” samt “strategier”). Dessa temata kombineras sedan med “situationskategorier” som ingick i beskrivningen av en process – från barn till vuxen. Jag menar dock att detta är en helt vedertagen analysmetod av kvalitativa data. Jag hävdar emellertid även att det *inte* är en “grounded theory”-metod.

Vilka krav är då rimliga att ställa för att ett tillvägagångssätt skall kvalificera för att vara “grounded theory”. Ett centralt inslag i “grounded theory” är föränderligheten under bearbetningens gång – omkodning och ständig omorganisering av materialet efter vad analysen under hand visar på. Detta ställer krav. Databehandling och analys måste pågå samtidigt. Forskaren skall följa upp de idéer som hon/han får under hand med observationer. Data skall samlas in under hand för att göra det möjligt med systematiska jämförelser enligt de idéer som materialet under hand ger. Typiskt för tillvägagångssättet är vidare att en första kodning ersätts

av flera mer fokuserade omkodningar. Även om forskaren inte har möjlighet att samla in mer data kräver således tillvägagångssättet omkodningar för att möjliggöra jämförelser inom det redan insamlade materialet.

Jag tycker inte att Jarkmans sätt att bearbeta är fel. Det är ett tämligen normalt tillvägagångssätt vid kvalitativa undersökningar. Detta högst normala tillvägagångssätt behöver dock inte legitimeras med “grounded theory”-epitetet. Särskilt inte som epitetet inte stämmer.

I bakgrunden finns en metodologisk ängslan i många kvalitativa avhandlingar. Har jag varit tillräckligt vetenskaplig? Så sätter man in utsagor som att “jag har följt Strauss grounded theory – fast inte till punkt och pricka.” Eller legitimerar att man slutar att samla in fler intervjuer med att “en tillräcklig teoretisk mättnad för ändamålet har ändå kunnat uppnås.” Vad menas? Vidare kanske man skriver att man inte kunnat använda en intervju “av tekniska skäl” (när det var bandspelaren som inte fungerade). Det rimliga är väl i stället att så tydligt som möjligt återge vad man gjort?

Slutomdöme

Opponentens uppgift är ju bland annat att slå ner på det man ser som svagheter. Men Jarkmans “Ett liv att leva” är trots det ovan sagda en bra avhandling. Visserligen hade jag önskat mer av analys. Avhandlingen har dock många starka sidor. Jarkman är en mycket god intervjuare. Det material hon samlat in är rikt och målande. Hon är också skicklig på att hitta de intressanta utsnitten i intervjuerna. Boken är välskriven ur språklig synpunkt. Den är lättläst och ger trots sitt flyt en ingående bild av den här gruppens liv. Avhandlingen lär läsaren något – man känner att man får veta något nytt. Det tycker jag är ett gott betyg åt en avhandling.

Referens

Strauss A. Corbin J. Basics of Qualitative Research. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

Författarpresentation

Ann-Mari Sellerberg, professor, fakultetsopponent

Sociologiska institutionen
Lunds universitet
Box 144
221 00 Lund

Välkommen till SFAM-DLFs Vårmöte

Allmänmedicinsk vårvintervecka
23–25 april 1998

Jämtlands allmänläkare – i samarbete med Astragruppen – inbjuder alla kollegor till ett spännande program i ett soligt och snösäkert Storlien.

Program

Måndag – Onsdag	Tredagarskurser i Kvalitetsutveckling, Kris- och katastrof, Idrottsmedicin
Onsdag eftermiddag	Riksmöten för studierektorer, allmänläkarkonsulter, SFAMs lokalföreningar m fl
Torsdag – Fredag	SFAM-DLF-möte med Allmänläkarnas arbetsmiljö, Ledarskap, Glesbygds- medicin, Vildmarksmedicin, Läkemedelsreformen, Kvinnors hälsa, Nationella patientregister, SBU-rapporter m m
Lördag förmiddag	DLFs årsmöte
Lördag eftermiddag	Svenskt Mästerskap för allmänläkare i längd- och utförsåkning. Priser till alla deltagare.

Ta med hela familjen på en vårvintervecka med fin skidåkning – både utför och på längden, slädhundskörning, ridning och skoterturer. Familjepris på tåget – som går ända fram – och boendet. Boka hotell och resa redan nu på tel 0647-701 70.

När fjällen är som bäst!

ANMÄLAN

Skickas till: Utvecklingsenheten, Z-gränds Hälsocentral, 831 31 Östersund. Senast 20 mars.
Deltagaravgift: 1.600:- exkl moms, 2000:- inkl moms. Bekräftelse och faktura skickas efter anmälan.

Namn (texta, tack):

Adress:

Postnr:Ort:Telefon:

Jag ämnar delta i (kryssa för):

Kurser: Måndag-Onsdag 20-24 april 2.000:-/kurs

Kris och katastrof Idrottsskador Kvalitetsarbete

SFAM-DLFs möte

Torsdag-Fredag 23–24 april

Välkomstbuffé, onsdag kväll

Torsdagens program

Fredagens program

Bankett, torsdag kväll

Middagsbuffé

Anhörig (300:-) Antal:

Anhörig (100:-) Antal:

Lördagsaktiviteter 25 april

DLFs årsmöte

SM i slalom

SM i längdåkning

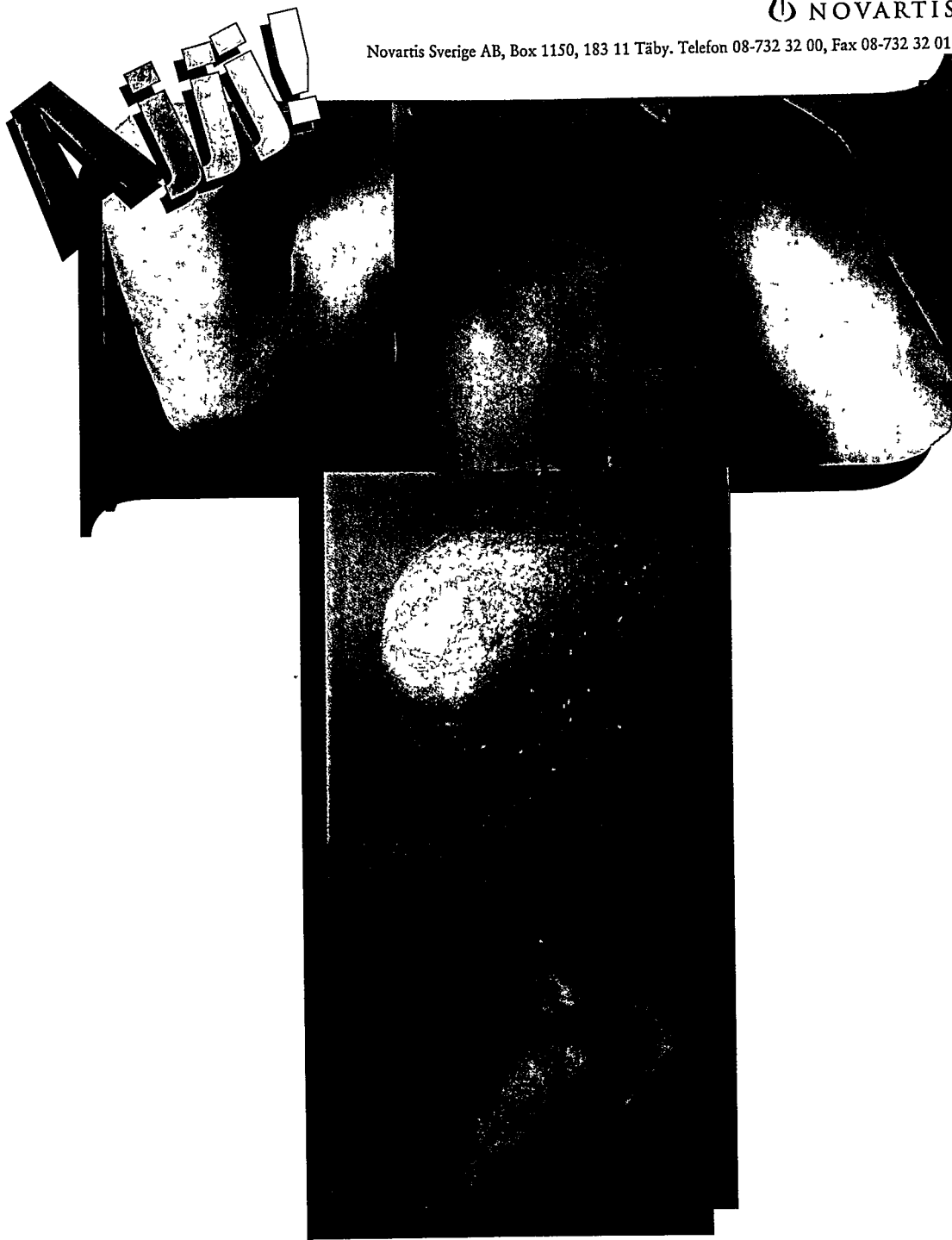
Anhörig, antal:

Anhörig, antal:

Igloo-övernattning (begränsat antal)

 NOVARTIS

Novartis Sverige AB, Box 1150, 183 11 Täby. Telefon 08-732 32 00, Fax 08-732 32 01.



S-VT-05/97-012. Admedia, Gbg.

VOLTAREN®•T

DICLOFENAC

Ett lämpligt val för behandling av akut smärta.

Voltaren T (diclofenac). Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt. Indikationer: Akut smärta av lätt till måttlig intensitet. Tabletter 25 mg. Förpackningar: 30 st och 100 st. 50 mg. Förpackningar: 20 st, 50 st och 100 st.

För produktinformation - se annan plats i tidningen.

”För dyrt att söka sjukvård!”

– inte alltid enbart en fråga om brist på pengar

MATS GRANVIK

Privatekonomins och patientavgifternas betydelse för sjukvårdsutnyttjandet har på senare år kommit att ställas i fokus. ”Larmrapporter” om att det blivit för dyrt med sjukvård har förekommit i massmedia. Att ha avstått från sjukvårdskontakter trots ett upplevt kontaktbehov belyses i denna artikel med data från enkätundersökningar i Dalarna.

Dalfolkets rapportering av hälsotillstånd, levnadsförhållanden och sjukvårdsutnyttjande pekar på att privatekonomi har betydelse för sjukvårdsutnyttjandet. Rapporteringen pekar på att allt fler av kostnadsskäl avstått från att kontakta den ”egna” vårdcentralen eller ”husläkarmottagningen”. Att se ”för dyrt med sjukvård” enbart som en brist på pengar innebär emellertid ett förbiseende av det berättigade inslag av ”cost-benefit”-tänkande som finns hos personer som står inför valet att kontakta sjukvården.

Vård efter behov och på lika villkor?

Möjligheterna att vid sjukdom få hjälp får enligt gällande hälso- och sjukvårdslag inte bestämmas av sociala och ekonomiska omständigheter. Alla i landet som är i behov av vård ska få detta ”på lika villkor”, dvs oavsett betalningsförmåga, ålder, social ställning, bostadsort osv.

Hösten 1996 kunde man från Socialstyrelsen höra att den jämlika svenska sjukvården sannolikt inte är så jämlik längre (1-3). För första gången sedan ”sjukronorsreformen” 1970 verkar det nu som att det i Sverige inte längre ges vård på lika villkor. Ett tecken på en mer ojämlig vård är, enligt Socialstyrelsens studier, att andelen människor som avstått från att söka vård trots att man upplevt ett vårdbehov ökat. Vissa grupper går numera mer sällan till doktorn. Det gäller i synnerhet låginkomsttagare. Neddragningarna inom företagshälsovården anges som en av flera tänkbara förklaringar till denna utveckling.

Adam Wagstaff, ansvarig för EU-projektet ”Equity in the finance and

delivery of health care in Europe”, menar att det finns en tendens för alla EU-länder att individer i olika socialgrupper får olika sjukvård (4). De högre socialgrupperna får en kvalitativt sett bättre vård. Högutbildade och höginkomsttagare skaffar sig mer information än lågutbildade och låginkomsttagare, vilket leder till att människor med lika behov har olika utnyttjande. Någon egentlig rättvisa inom sjukvården finns inte, menar han.

Kärvare privatekonomi

Sparbankernas institut för privatekonomi har gjort beräkningar som visar att hushållens marginaler minskat de senaste åren. Med minskade marginaler blir arbetslöshet och sjukdom mera kännbart. Den på senare år sänkta ersättningen vid sjukdom och arbetslöshet har inneburit att det för många nu blivit dyrt att vara sjuk. Sparkapital blir allt viktigare för att kunna klara oförutsedda händelser som till exempel att råka ut för plötslig sjukdom. Institutets beräkningar visar att ett ”vanligt” hushåll bestående av två vuxna och två barn snabbt kan få problem med att få månadsbudgeten att gå ihop. Det behövs inte mer än att bägge vuxna i familjen samtidigt råkar ut för sjukdom och behöver stanna hemma från arbetet en vecka för att de skall hamna i akuta ekonomiska svårigheter om sparkapital saknas (5).

Att de senaste årens samhällsutveckling, med bland annat markant ökad arbetslöshet och ”rekordstor inkomstspridning” (6), spetsat till det för många samhällsgrupper torde framstå som uppenbart för de flesta. Beräkningar gjorda vid Konsumentverkets hushållsindelning visar att gruppen ensamstående mammor nu inte längre klarar av att leva på en ”skälig levnadsnivå”. Bidragsberoende ensamstående mammor utan arbete har pekats ut som de största förlorarna (7,8).

Höga patientavgifter

Det har visats att personer med dålig ekonomi ofta avstått från att söka vård av kostnadsskäl (9). Det har också visats att höga patientavgifter i Stockholm fått folk att avstå från att söka

sjukvård fast man ansett sig vara i behov av det (10). Allra hårdast har arbetslösa, studerande, utländska medborgare och ensamboende drabbats. Led- och muskelsmärk, infektioner och febertillstånd var de vanligaste åkommorna bland dem som avstod från att kontakta läkare. Från landstingsförbundet kan man höra att allt detta visar på att höga avgifter är tveksamma ur rättvisesynpunkt (11). Det påpekas dock i sammanhanget att det i och för sig är bra att man inte söker för bagatellartade saker som läker ut på någon eller några dagar.

I Blekinge har effekten av höjda avgifter för läkarbesök i primärvården studerats genom att sätta sjukvårdsutnyttjandet bland familjer med minst tre förskolebarn i fokus. Studien visade att ungefär en fjärdedel av dessa familjer blivit tvungna att dra in på mat- och klädkontot etc för att klara sina sjukvårdskostnader (12). Många hade också blivit tvungna att ändra sitt sätt att utnyttja sjukvården. Man väntade längre innan man sökte vid sjukdom, man hoppade över återbesök, man avstod från att köpa ut medicin och man utnyttjade den avgiftsfria barnhälsovården eller telefonrådgivningen mer än tidigare. Studien visade också att även de som inte hade påtagliga ekonomiska svårigheter av kostnads-skäl ändrat sitt sätt att söka sjukvård i en icke obetydlig utsträckning. Man valde t ex ett vårdcentralsbesök istället för ett sjukhusbesök beroende på skillnaden i besöksavgift. (Den senare iakttagelsen pekar inte minst på att differentierade besöksavgifter kan fungera som det styrinstrument som det var tänkt.)

Att det för många hushåll idag blivit dyrt att söka vård är en viktig iakttagelse. Att det inte bara blivit ”dyrt” utan också ”för dyrt” är en ur folkhälsosynpunkt ännu viktigare iakttagelse. Företrädare för Sveriges läkarkår har i massmedia pekat på att vissa patientgrupper avstår från såväl nybesök som återbesök av kostnadsskäl och att detta kan få ödesdigra konsekvenser för hälsan på lite längre sikt (13).

Kostnadsskålet allt vanligare

Den "befolkningsenkät" Landstinget Dalarna genomförde vårvintern 1996 (14), i vilken drygt 9 000 personer i arbetsför ålder medverkade, visade att andelen som under en tremånadersperiod avstått från att kontakta den "egna" vårdcentralen/"husläkarmottagningen" på grund av kostnadsskäl av dem som avstått från kontakt på två år ökat från 8 till 23 procent, vilket är en signifikant ökning. Uttryckt i procent av *befolkningen* innebär det en ökning från en till tre procent. Som jämförelse till den senare siffran kan nämnas att fem procent avstått från kontakt på grund av negativa erfarenheter av tidigare kontakter, dvs på grund av ett missnöje med de undersökningar eller det bemötande man brukar få eller med tillgängligheten på vårdcentralen. Därutöver kan man konstatera att 3-4% avstått därför att "man inte haft tid", därför att man ansett (eller hoppats på) att "problemen kommer att gå över av sig själv" eller därför att man tyckt att "problemen inte varit tillräckligt stora och att andra därför behöver komma till doktorn före". (15)

Problem med psykosociala problem

Det är väl belagt att psykiska, psykosomatiska och somatiska problem ibland kan kopplas till problem i individens livssituation, t ex problem med arbete och ekonomi. Det handlar då om så kallad psykosocial problematik, problematik som befunnits överrepresenterade bland personer som av kostnadsskäl avstått från sjukvårdskontakter (9). I en nyligen genomförd studie bland allmänläkare i Dalarna framkommer att psykosocial problematik är vanligt förekommande och att ekonomiska problem är en av de vanligare problemtyperna, särskilt bland manliga patienter (16). I samma studie framgår också att allmänläkare vanligtvis upplever sig sakna såväl tid som kunskaper för att på ett adekvat sätt kunna hjälpa patienter med psykosociala problem. En ängslig och orolig arbetslös patient med krånglande mage eller en nedstämd patient med ett låglönejobb och en ekonomi körd i botten lär förr eller senare upp-täcka om så är fallet. Har man inte råd med så många läkarbesök frågar man sig nog rätt snart vad en allmänläkare egentligen har att erbjuda och vad man själv får ut för de 130 kronor en konsultation kan kosta enbart i besöksavgift. "Mina problem beror på att min ekonomi är körd i botten och åt detta kan sjukvården ändå inget göra (14)". Varför då gå till en läkare och betala 130

kronor för att få höra läkaren säga "Jag kan inget göra"?

Brist på pengar kan förvisso vara det avgörande skälet till att avstå från att söka vård. "Är man arbetslös och får cirka 1 000 kronor över varje månad har man inte råd med läkarbesök (14)." Att inte se "för dyrt med sjukvård" i ett vidare sammanhang kan emellertid ibland vara att förenkla problematiken för mycket. Några svar på frågan om varför man avstått från en sjukvårdskontakt får åskådliggöra detta och peka på att ett "cost-benefit"-tänkande kan finnas med i bilden på ett avgörande sätt när man står inför valet att kontakta sjukvården:

"Jag sökte hjälp efter stor tvekan för en depression jag kände. Fick tid hos läkare, där vi blev avbrutna av telefon och besök, blev utskickad i korridoren för att vänta, satt 10-15 min, sen gick jag hem. Läkaren tog inte kontakt med mig varken per brev eller telefon, fick reda ut min depparperiod själv."

"Svårt att få läkare att verkligen bry sig, känsla av "snabbt in snabbt ut". Rädd att bli klassad som inbillnings-sjuk, då smärtorna satt i strupen, bröstet och armen. Läkaren jag uppsökte talade om ångest och stress, men jag fick aldrig känslan av att han verkligen ville kolla vad det var utan fann det enkelt att "skylla" på ångest. Han skrev samtidigt ut inflammationsdämpande läkemedel utan att veta om det var en inflammation. Jag fick mera problem men ville inte uppsöka läkare igen på grund av detta."

"Jag tog ej kontakt på grund av brist på pengar och på grund av att det var billigare att kureras sig själv genom vitaminer och dylikt."

"Det är för dyrt och så blir man bara hemskickad med att "det går över om ett par veckor."

1996 års "befolkningsenkät" i Dalarna pekar på att i runda tal var åttonde person som av kostnadsskäl avstått från att kontakta "sin" vårdcentral samtidigt avstått på grund av negativa erfarenheter av den hjälp man tidigare fått. Att ha avstått från en kontakt av kostnadsskäl behöver därmed antagligen långt ifrån alltid betyda att man gått miste om en värdefull vårdinsats.

"För dyrt" – men ej alltid otillfredsställda vårdbehov

Att av kostnadsskäl ha avstått från att kontakta sjukvården (trots ett upplevt kontaktbehov) behöver inte nödvändigtvis betyda att man inte får den hälso och sjukvård man anser sig behöva. Hur det förhåller sig med detta går

också att belysa med hjälp av svaren i Landstinget Dalarnas "befolkningsenkät". De visar att cirka 74 procent av dem som av kostnadsskäl avstått från att kontakta "sin" vårdcentral varit på läkarbesök under den senaste tolv månadersperioden och att 80 procent anser sig ha fått sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda, åtminstone "något så när". Endast 51 (0.6%) av 9 142 deltagare i undersökningen har av kostnadsskäl avstått från att kontakta "sin" vårdcentral och *samtidigt* haft uppfattningen att man inte fått sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda. Detta kan tolkas som att "för dyrt med sjukvård" är ett tämligen litet problem när allt kommer omkring.

"Cost-benefit"-tänkandet måste beaktas!

En sjukvårdskontakt kan uppenbarligen, som framgått tidigare i artikeln, kosta mer än vad den smakar. Bland arbetslösa som av kostnadsskäl avstått från att kontakta "sin" vårdcentral har "hela" 71 procent upplevt "psykosociala" besvär som man själv bedömt ha orsakats av arbetslösheten (17). Att med den medvetenheten om sina problem och dess bakgrund – problem som alltså många allmänläkare/husläkare bedömt svåra att arbeta med (16) – har avstått från en sjukvårdskontakt kan vara en fullt logisk konsekvens av ett alltid motiverat "cost-benefit"-tänkande. "Varför betala 130 kronor för ett läkarbesök, när läkaren ändå inte kan göra något åt min arbetslöshetssituation?" (En uppfattning som kan bygga på erfarenheter från tidigare kontakter.)

I sammanhanget är det också viktigt att beakta att dagligrökarna är kraftigt överrepresenterade i en del grupper som anser att det är "för dyrt med sjukvård", som gruppen "ej förvärvsarbetande ensamstående kvinnor med hemmaboende barn". Andelen dagligrökare uppgår bland dessa till "hela" 49 procent. Därutöver tillkommer 11 procent som röker då och då. Många som av kostnadsskäl avstått från att ta sjukvårdskontakter kan uppenbarligen av-sätta cirka 1 500 kronor under en tremånadersperiod för att tillgodose sina rök-begär istället för att lägga 130 kronor på ett läkarbesök i primärvården. (17)

Ett utbrett "cost-benefit"-tänkandet bland både arbetslösa, ensamstående kvinnor med hemmaboende barn och andra torde innebära att en del av de senaste årens "larmrapporter" i massmedia om att det numera för många blivit "för dyrt" att söka vård varit alltför onyanserade.

Referenser

1. Dagens Medicin. Svensk vård inte jämlik. (Intervju med professor Måns Rosén, Socialstyrelsen). 1996-09-03.
2. Dagens Nyheter. Vården inte längre jämlik. (Intervju med docent Bengt Haglund, Socialstyrelsen). 1996-10-16.
3. Haglund B, Rosén M. Sprickor i välfärdsmuren. Läkartidningen 1996;93:3672-7
4. SPRI. Vård - men på lika villkor? (Intervju med Adam Wagstaff). SPRI Informerar nr 9-10 1995.
5. Höglund L. Hushållen alltmer sårbara. Dagens Nyheter. 1995-02-27.
6. VälfärdsBulletinen (Statistiska Centralbyrån). Rekordstor inkomst-spridning. 1996(3).
7. Konsumentverket. Prognos för hushållens ekonomi under 1996.
8. Socialdepartementet. Ensamförlärdarna - en utsatt grupp? Välfärdsprojektet. Skriftserie Fakta/kunskap. Regeringskansliet 1996(2).
9. Elofsson S, Undén A-L, Krakau I. Patientavgifter - vilka avstår från sjukvård därför att det kostar för mycket? Allmänmedicinska enheten NVSO. Stockholm: Karolinska sjukhuset. Februari, 1994
10. Elofsson S, Undén A-L, Krakau I. Patientavgifter - Ett hinder att söka vård? Allmänmedicinska enheten NVSO. Stockholm: Karolinska sjukhuset. Maj, 1996
11. Sprengel, V. Höga patientavgifter hotar rättvisan. LandstingsVärlden. 1996(18).
12. Ovhed I. När det blir dyrt att gå till doktorn. Blekinge FoU-enhet för socialtjänst och primärvård. Rapport 1996:1.
13. Järhuldt B. Snart har de sjuka inte längre råd att söka vård. Aftonbladet. 1996-02-13.
14. Granvik M. 1996 års befolkningsenkätuppläggning, genomförande och bortfall samt befolkningens synpunkter på undersökningen och folkhälsoproblematiken. Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Oktober, 1996
15. Granvik M. 1996 års befolkningsenkät - resultatredovisning: Uppfattningar om hälso- och sjukvården bland dalfolk i arbetsför ålder. Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Februari 1997
16. Granvik M, Hallberg, H. Allmänläkares uppfattningar om psykosociala problematik mm. Rapport. Landstinget Dalarna och Dalarnas forskningsråd. Landstingsstyrelsens kansli. Falun: september, 1996
17. Granvik M. 1996 års befolkningsenkät - resultatredovisning: Arbetslöshet och ohälsa i Dalarna i ljuset av den ekonomiska krisen i landet. Rapport. Landstinget Dalarna. Landstingsstyrelsens kansli. Augusti, 1997.

Författarpresentation

Mats Granvik, utredare vid landstingsstyrelsens kansli, Landstinget, Falun

DIOVAN®

Novartis

Kapslar 80 mg och 160 mg

Angiotensin II-receptorblockerare
C09CA.

Deklaration. 1 kapsel innehåller: Valsartan 80 aut 160 mg, constit. et color (järnoxid, titandioxid) q.s.

Indikationer. Behandling av hypertoni.

Dosering. Den rekommenderade dosen är 80 mg en gång om dagen. Maximal blodtryckssänkande effekt uppnås efter 4 veckor. Vid otillfredsställande effekt kan dygnsdosen ökas till 160 mg. Tillägg av diuretikum som hydrokloriazid sänker ytterligare blodtrycket. Valsartan kan ges tillsammans med andra blodtryckssänkande medel. Samma dos kan ges till äldre och yngre patienter. Effekt och säkerhet av valsartan har inte dokumenterats på barn.

Valsartan kan ges tillsammans med föda och skall sväljas tillsammans med vätska. Ingen dosjustering är nödvändig för patienter med njurinsufficiens om kreatininclearance överstiger 10 ml/min. För patienter med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion utan gallstas skall dosen av Valsartan inte överstiga 80 mg.

Kontraindikationer. Överkänslighet mot Valsartan eller andra ingående ämnen. Svår leverinsufficiens, biliär cirrhos och gallstas. Svår njurinsufficiens (kreatininclearance <10 ml/min) och patienter som genomgår dialys.

Varningar och försiktighet. Samtidig medicinering med kalium, kaliumsparande diuretika, saltersättningar innehållande kalium eller läkemedel som kan höja kaliumhalterna. Vid allvarliga natrum-förluster och/eller dehydrering bör detta tillstånd korrigeras innan behandlingen påbörjas. Allvarlig kronisk hjärtinsufficiens

då patientens njurfunktion är beroende av renin-angiotensin-aldosteron systemet. Patienter med primär hyperaldosteronism. På grund av den vasodilaterande effekten skall försiktighet iakttas vid aorta- och mitralisstenos, obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati.

Säkerhetsdata saknas på patienter med bilateral njurartärstenos eller unilaterala stenoser vid en kvarvarande njure. Nedsatt njur- och leverfunktion, se under Dosering.

Vid samtidig behandling med valsartan och litium rekommenderas monitorering av litiumkoncentration i serum, eftersom toxicitet och reversibel ökning av litiumkoncentrationen i serum har rapporterats när litiumpreparat och ACE-hämmare givits samtidigt.

Graviditet. Kategori D. Läkemedel som verkar direkt på renin-angiotensin-systemet har vid användning under andra och tredje trimestern förknippats med neonatal morbiditet och mortalitet. Oligohydramnios, liksom hypotension och oliguri/anuri hos nyfödda, har beskrivits. Prematuritet, låg födelsevikt samt fall av defekt skallförbening finns beskrivna. Även om erfarenhet saknas för användning av Diovan under graviditet kan skadliga effekter på fostret ej uteslutas. Under graviditet skall därför Diovan ej ges.

Amning. Grupp IVa. Uppgifter saknas om valsartan passerar över i modersmjölk.

Biverkningar. Redovisade biverkningar är tillsvidare baserade på uppgifter från kliniska studier. De vanligast förekommande är huvudvärk (10%) och yrsel (4%) och de uppträder med samma incidens hos patienter som erhölet placebo.

Vanliga: Allmänna: Huvudvärk, yrsel, (>1/100) trothet.

Laborativvärden: I sällsynta fall kan Valsartan orsaka en sänkning av hemoglobin och hematokrit. Neutropeni har observerats hos patienter

behandlade med valsartan.

Förhöjda värden av serumkreatinin, serumkalium och totalbilirubin har observerats.

Överdoser. Information lämnas av giftinformationscentralen, tel 08-7360384 eller 112.

Farmakodynamik. Valsartan är en oralt aktiv och specifik angiotensin II-receptorblockerare. Den verkar selektivt på receptortypen AT₁, som förmedlar effekterna av angiotensin II. Valsartan utövar ingen agonistisk aktivitet på AT₁-receptorn. Affiniteten till AT₁-receptorn är 20 000 gånger högre än till AT₂-receptorn.

Valsartan hämmar inte ACE (även kallat kininas II) som konverterar angiotensin I till angiotensin II och förmedlar nedbrytningen av bradykinin. Eftersom angiotensin II-receptorblockerare inte har någon effekt på ACE förväntas färre biverkningar uppstå relaterade till bradykinin.

Vid tillförsel av Valsartan till patienter med hypertoni sker reduktion av blodtrycket utan att hjärtfrekvensen påverkas.

Efter oral administrering av engångsdos ses en blodtryckssänkande effekt inom 2 timmar, som är maximal inom 4 till 6 timmar. Effekten kvarstår i 24 timmar.

Vid upprepad administrering uppnås maximal effekt oavsett dos inom 2 till 4 veckor och denna bibehålls vid långtidsbehandling. Vid kombination med hydrokloriazid erhålls ytterligare sänkning av blodtrycket. Plötsligt avbrott i behandlingen medför inte någon rekyloeffekt (reboundfenomen) eller andra oönskade biverkningar.

Farmakokinetik. Valsartan absorberas snabbt efter oral tillförsel, men mängden som absorberas varierar betydligt. Absoluta biotillgängligheten är i medeltal 23%. Valsartan visar multiexponentiell elimination, t_{1/2β} (<1 timme och t_{1/2γ} ca 9 timmar).

Farmakokinetiken för valsartan är linjär. Ingen förändring av farmakokinetiken ses

vid upprepad tillförsel och ackumuleringen är obetydlig vid administrering en gång per dag. Plasmakoncentrationen är lika för män och kvinnor.

Valsartan är högradigt bundet till plasmaprotein (94-97%), huvudsakligen serumalbumin. Distributionsvolymen vid steady-state är liten (17 liter). Plasmaclearance är långsam (ca 2 liter/timme) sett i relation till leverblodflödet (ca 30 liter / timme). Valsartan eliminerar huvudsakligen i oförändrad form via galla och i urinen. Vid normal glomerulusfiltration (120 ml/min) svarar njurclearance för ca 30% av totala plasmaclearance. En hydroxylerad metabolit i låg koncentration har identifierats i plasma (<10% av AUC för Valsartan). Denna metabolit är farmakologiskt inaktiv. Vid oral administrering utsöndras 83% via faeces och 13% via urinen, huvudsakligen i oförändrad form.

Vid administrering tillsammans med föda reduceras AUC av Valsartan med 48%. Detta medför ingen kliniskt signifikant minskning av den terapeutiska effekten. Plasmakoncentrationen är något högre hos äldre patienter jämfört med yngre. Detta har dock ingen klinisk betydelse.

Förpackningar och priser.

Kapslar 80 mg (17,5x6,3 mm, hudfärgad/ljusgrå, märkt CG FZF)
28 st (kalenderförpackning) 213:00
98 st (kalenderförpackning) 656:00

Kapslar 160 mg (19,0x6,9 mm, hudfärgad/mörkgrå, märkt CB GOG)
28 st (kalenderförpackning) 343:50
98 st (kalenderförpackning) 1.039:00

Tillverkare. Novartis.

Informationslämnande företag.

Novartis Sverige AB (fd.Ciba-Geigy AB),
Box 1150, 183 11 TÅBY,
Tel. 08-732 32 00.

Gränsland – höstmöte i Borlänge

KARIN LINDHAGEN

Producentbundet – blir inte det lite tråkigt? Som eccoskor och varm choklad snarare än nätstrumpor och irish coffee? Kommer det inte att saknas, det där lilla extra som vi kan behöva när vi nu kommit iväg på konferens, så som vi har slitit med överfulla mottagningar, telefontider där man knappt hinner lägga ifrån sig luren, femminutersluncher och sega övertidstimmar? Kan det bli lika bra när det är landsting och kommun och försäkringskassa och forskningsråd och Vägverket som sponsrar?

Nog fanns det tillräckligt med guldkanter i Borlänge. Inte saknade jag den vanliga glansiga broschyren med bild av läkemedelsfabrik i sommarsol, när det bland kongresshandlingarna istället fanns två så innehållsrika skrifter som SBU:s rapport om måttligt förhöjt blodtryck och filmregissören Roy Anderssons bok *Lyckad nedfrysning* av herr Moro. Inte saknade jag läkemedelskon-

sulenternas stånd med pennor och beställningskort utanför föreläsningssalarna heller, utan tyckte istället att samtalen mellan kollegorna i pauserna var tätare och intensivare än vanligt. Orsaken till det var förstås ändå framför allt mötets innehåll. Det fanns ett rikt utbud av symposier, arbetsseminarier och föredrag. De handlade om läkemedelsvärdering, vårdprogram, datorjournaler, riskbruk, luktsinnets betydelse, avancerad hemsjukvård, social ohälsa, antidepressiva läkemedel, allmänläkare i psykiatriskt team, döden, fortbildning på Internet, suicidal kommunikation och mycket annat i karakteristiskt allmänmedicinsk blandning. På somliga möten med många parallella sessioner tycker man sig hela tiden ha valt fel och tror man skulle ha hittat något roligare i en annan sal. Här var känslan snarare att det man var med om var spännande och roligt, men att man egentligen

skulle vilja vara med om allt det andra spännande också.

Och festerna var det sannerligen inget fel på. God mat, rolig underhållning, bra musik av många slag. Men framför allt ett surrande i alla hörn från glada, entusiastiska kollegor med en härlig blandning av konkreta, kraftfulla och vilda högt svävande idéer och tankar, med både filosofiskt djup och jordnära verklighetsförankring, just i den skärningspunkt mellan biomedicin och humanvetenskap som mötets tema, gränsland, ville fånga upp.

Det figurerar siffror i debatten om hur stor andel av läkarnas fortbildning som bekostas av läkemedelsindustrin. 90 procent sägs ofta, 60 procent så någon under Borlängemötet. Stämmer det verkligen? I Kronobergs län stod läkemedelsindustrin för 21 procent av fortbildning på arbetstid enligt en enkät initierad av SFAM Kronoberg (1). I Uppsala län visade det sig att utbildning i form av kurser och föreläsningar, rapporterad i husläkarmottagningarnas årliga verksamhetsberättelse, emanerade till mindre än en fjärdedel ur läkemedelsindustrins utbud, till tre fjärdedelar från landstinget och professionen (2). FQ-grupper redovisades separat och tillkom utöver detta. Varifrån kommer då siffran 90 procent? Är det en vandringsmyt? Och i så fall, är det inte dags att vi gör oss av med den och slutar stödja en falsk föreställning om beroendet av industrin för vår fortbildning?

Referenser

1. Alm G, Thorén E, Håkansson A. Fortbildningsenkät till Kronobergs distriktsläkare. *AllmänMedicin* 1996;17:189-90.
2. Lindhagen K. Sammanställning av verksamhetsberättelser för husläkarmottagningar i Uppsala län 1996. Uppsala: Uppsala läns landsting, 1997. (AMC-rapport 1997:1).

Författarpresentation

Karin Lindhagen, distriktsläkare
Kronparkens Närvård
Eva Lagerwalls väg 1
756 43 Uppsala

MILJÖ OCH ALLERGI

Ett symposium för ökad förståelse av den galopperande allergiutvecklingen, anordnat av Svenska Läkare för Miljön, fredagen den 24 april, kl 09-16, van der Nootska palatset, St Paulsgatan 21, Stockholm.

Program

- 0900 Samling, kaffe
0930 **Göran Petersson**
Luftföroreningarnas kemi med betoning på potentiella risker för oönskade biologiska risker.
1045 **Victoria Strand**
Luftföroreningar och allergier. Aktuell forskning med betoning på NxOy och azonets betydelse för astma.
1145 Miljöarbete på en läkemedelsfirma. Information från Glaxo.
1200 Lunch
1315 **Bengt Björkstén**
Den galopperande allergiutvecklingen. Etiologiska aspekter.
1415 **Gösta Alfvén**
Är allergener miljöföroreningsspåverkade äggviteämnen som imiterar parasiter?
1445-1600 Diskussion
Läkaren, miljön och allergi. Var står vi och vad gör vi?

Anmälan genom insättning av 200 kronor (medlem 150 krono) på pg 14 43 65-4 (märk talongen allergidag). Lunch ingår. Kontaktperson Gösta Alfvén tel 08-531 932 00, fax 08-531 932 52. Medlemsavgift 200 kronor (märk talongen medlemsavgift).

SFAM-ST på framfart! Vår kårs framtid

CHRISTOFFER HAKING

Med stor glädje kunde vi konstatera, att vi blivande specialister i allmänmedicin hade fått en möjlighet och äntligen kommit med på ett SFAM-möte. Där träffade vi alla dem som "bestämmer om vår framtid", vi var med i diskussionerna om vår utbildning. Vi visade att vi lärljungar finns och vill vara med och påverka!

Onsdagen den 12 november, den första dagen i Borlänge på Hotell Galaxen - Dalarnas entertaining center - träffades vi tolv undrande, vetgiriga, hoppfulla ST-läkare, för att bland annat presentera SFAM-ST-gruppen. Med Birgitta Löthgren, gruppleddare, i spetsen, hade vi lite allmän "brain storming" om vad vi kan göra i gruppen, vilka mål och visioner vi har, hur vi har det ute i landet med mera.

Birgitta presenterade *Utbildningsboken* för blivande specialister i allmänmedicin. Det är en gedigen pärm som i detalj beskriver vad som bör ingå i

specialistutbildningen. Birgitta hade också med sig en sammanställning över vad årets examinander anser saknas i sin utbildning. Det som de flesta saknade var ledarskapsutbildning.

Kerstin Holmberg från examensutskottet informerade oss om examen och det utbröt en debatt om examens vara eller icke vara. På vissa håll i landet genomgår ingen examen, medan där det finns driftiga och intresserade studierektorer, alltfler genomgår examen. Hur FoU-arbetet med uppsatsskrivandet ska genomföras var det en del frågetecken omkring. Finns det alltid en FoU-handledare? Robert Svartholm, även han från examensutskottet, påpekade att det självklart måste finnas tid avsatt för detta arbete, 4-5 veckor.

Mogens Hey, ordförande i Kompetensutvecklingsrådet, framhöll att examen är en rättighet och inte en skyldighet. Motiven till varför man ska genomgå examen måste vara tydliga och själv-

klara! Bland annat har man då svart på vitt på sin egen kompetens, ett diplom, men det räcker förstås inte, utan man måste gå vidare och göra som exempelvis i Australien, där examinerade får högre lön. Mogens framhöll också tanken att vår utbildning eventuellt så småningom blir helt förlagd på vårdcentral, eftersom sjukhusens specialistklinikerna alltmer skiljer sig från vår allmänläkarvärld.

Därefter följde ytterligare två dagar med ett späckat program med workshops och föredrag och där även ingick en bankett, där vi - 30-talet ST-läkare - blev varmt välkomnade. Allt detta kan sammanfattas med: vi ST-läkare är framtiden inom allmänmedicinen och till nästa vårmöte i Storlien, 23-25 april 1998, ser vi fram emot att ännu fler ST-läkare kommer, eftersom vår tid är nu!

För SFAM-ST

Christoffer Haking

Tankar om vårt första SFAM-möte

CARIN ALGEMARK-BERNDT • GUNILLA ALFREDSSON • GERT PERSSON

Fulla av förväntan åkte vi, tre ST-läkare, till SFAMs höstmöte i Borlänge. Äntligen skulle vi få veta vad som händer på SFAMs omtalade träffar.

På lokalplanet har vi sett att SFAM gör ett gott arbete som för vår del lett till goda fortbildningsmöjligheter, bra handledning, möjlighet till FoU-arbete varje vecka, för att bara nämna några exempel.

Vi anlände till ett regntungt Borlänge redan under onsdagen för att delta i ST-läkarmötet. Tyvärr var uppslutningen inte den bästa, men det var trevligt att få se några av ansiktena i SFAMs ST-grupp och få en inblick i vår verksamhet. På kvällen bjöds på trivsam musikunderhållning och god mat, tillsammans med kollegor från hela landet,

varav de flesta var nya bekantskaper för oss. Lika trevlig var banketten med underhållning och många tal (för många?).

Under två dagar hölls symposier, workshops och fria föredrag hölls under två dagar. Dessa var av varierande kvalitet och innehåll. Kanske gavs lite för mycket tid till siffror och diagram och alltför lite tid till diskussion. Ofta var det först vid diskussionen som något riktigt matnyttigt kom fram.

Som relativt nya SFAMare, saknade vi hård fakta, utan att för den skull mena att ett möte inte alls ska innehålla mjukvaror. Kanske är det vår begränsade erfarenhet som gör att vi vill ha mer medicinska fakta, men vi tror att man aldrig blir fullärd.

Vårt första höstmöte blev således en blandad upplevelse. Det var trevligt att träffa kollegor från andra landsändar och att få en inblick i vad SFAM står för. Några höjdpunkter fanns, exempelvis fredagens workshop samt avslutande symposie om att se människan genom symtomen.

Skulle man genom att koncentrera sina insatser till ett möte/år ytterligare kunna förbättra kvaliteten och uppslutningen? Det tror i alla fall vi. Höstens läkarstämma och ett årligt vårmöte i SFAMs regi borde vara tillräckligt.

Carin Algemark-Berndt

Gunilla Alfredsson

Gert Person

ST-läkare Södra Älvsborg

Sverige, folkhälsan och EU – distriktsläkare på kurs i Köpenhamn

OLLE LYNGSTAM • P OWE PETERSSON

Folkhälsoarbete och primärvård på nationell och internationell nivå var under hösten föremål för diskussion under en tvådagars fortbildningskurs för distriktsläkare som i Provinsiälläkarfondens regi anordnades i Köpenhamn.

Till skillnad från världshälsoorganisationen, WHO, som är en mellanstatlig global organisation är Europaunionen, EU, en överstatlig organisation, för europeiskt samarbete som bland annat verkar för ökad handel, ekonomiskt och socialt framåtskridande.

Folkhälsofrågor stod till en början inte på dåvarande EGs dagordning, men lyftes fram vid bildandet av EU 1991 och formaliserades i och med Maastricht-fördraget 1993. Här fastställde EU sin folkhälso-deklaration i en särskild paragraf, den så kallade folkhälso-paragrafen 129, vilket innebar att EUs medlemsstater för första gången formellt kunde vidareutveckla samarbetet inom folkhälsoområdet, medan däremot hälso- och sjukvårdens organisation förblev en nationell angelägenhet. Principen är att medlemsstaterna skall samverka kring vissa gemensamma program, där insatser kan ge mer-

värde utöver vad nationella insatser kan medföra.

Precis under kursdagarna i oktober 1997 omformulerades folkhälso-paragrafen 129, det så kallade Amsterdam-avtalet, vilket innebär en radikal förändring till det bättre för folkhälsoarbetet i och med att folkhälsoaspekter nu skall vägas in och beaktas vid alla beslut inom EUs samtliga politikområden!

Första halvåret 2001 blir det Sveriges tur att inneha den viktiga ordförandeposten i EUs ministerråd. I god tid inför detta har därför Socialdepartementet sammanställt ett dokument, "Strategier för Sveriges EG-arbete i frågor som gäller folkhälsa och hälso- och sjukvård", som tar upp de frågor som Sverige särskilt kan tänka sig vilja driva under ordförandetiden. Regeringen har också tillsatt en strategigrupp, under statssekreterare Ulf Westerbergs ledning, som utifrån de prioriteringar som görs i strategidokumentet skall vidareutveckla Sveriges EG-arbete med frågor som gäller folkhälsa.

Kursen "Primärvård och folkhälsoarbete i internationellt perspektiv" i Köpenhamn redovisade aktörer i folkhälsoarbetet och inom primärvården och gav både internationella utblickar och

nationella inblickar i olika aktörers och organisationers arbetsområden och arbetssätt. Dessutom gavs mycket tid till stimulerande, intressanta och värdefulla diskussioner om "visioner och verklighet" men framför allt om arbetet lokalt – "från vision till verklighet"!

Ett mycket givande och uppskattat inslag under kursen var just besöket på WHO:s Europakontor i Köpenhamn. Kollegor från WHO-kontoret redogjorde då bland annat för olika hälsopolitiska reformer och den aktuella, pågående primärvårdsutvecklingen, särskilt i östra Europa. Vid ett besök på Nordiska Ministerrådet i Köpenhamn fick kursen dessutom en orientering om nordiska social- och välfärdssystemen.

Diskussioner under kursdagarna – liksom kurskritiken – gav klara besked om att en uppdatering av aktuella områden inom folkhälsoarbetet och dettas samverkan med primärvården kändes väsentlig och nödvändig. Informationsflödet är stort och ibland lite svåröverskådligt, tiden för den i rutiner hårt ansträngde distriktsläkaren är knapp och det blir allt svårare att ta till sig allt som sker och dessutom – få en inblick i hur och varför det sker!

Man behöver få tillfälle "att lyfta blicken och ladda batterierna" inte minst med tanke på handledaransvaret inom specialistutbildningen i allmänmedicin, som just framhåller att den blivande specialisten skall ha goda kunskaper om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet, både nationellt och internationellt.

Mot den bakgrunden fyllde den här kursen i Provinsiälläkarfondens regi en lika viktig som, trevligt nog, uppskattad uppgift!

Författarpresentation

Olle Lyngstam, kursledare

Husläkaren i Gårda
Rantorget 3
416 64 Göteborg

P Owe Petersson, kursledare

St Mikaelsgatan 2, 3 tr
451 40 Uddevalla

Socialmedicinsk tidskrift 1998;1-2

Tema "Feministiska perspektiv inom medicin och vård"

Socialmedicinsk tidskrift presenterade 1984 ett för medicinsk vetenskap i Sverige nytt forskningsområde: den medicinska kvinnoforskningen: Kvinnohälsa i praktik och forskning. Detta temanummer blev oerhört populärt och efterfrågat. I januari 1998 utkommer vi med ett nytt temanummer som speglar den debatt och diskussion kring kvinnoforskningens utgångspunkter, innehåll och inriktning, som pågått och fört den teoretiska utvecklingen framåt. Många av artiklarna har sin utgångspunkt i pågående forskningsprojekt.

Numret ingår i prenumerationen. Det trycks i begränsad upplaga.

Priset är 42 kronor per ex. Porto tillkommer.

Rabatter: 10 ex – 10%, 15 ex – 15%, 30 ex – 20%, 50 ex – 25%.

Socialmedicinsk tidskrift

Slåttervägen 38

178 37 Ekerö

Fax 08-560 301 21

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), Universitetssjukhuset i Umeå (ELINOR), Lunds lasarett (ELIS), Karolinska sjukhuset (KAROLINE), Regionsjukhuset i Linköping (LILI) 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, be-

svaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive läkemedelsinformationscentral. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline, utvecklad vid Huddinge läkemedelsinformationscentral och tillgänglig som en del av Medline.

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

Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp, skriv eller ring till distriktsläkare Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 08-718 73 75, fax 08-718 73 01.

Muskelstelhet som biverkan (KaroLine)

FRÅGA: En 89-årig kvinna med paranoid sjukdom behandlas sedan två år med Mallorol 20 mg x 3 och sedan ett år med Cipramil (citalopram) 20 mg x 1. Citalopram har under en tid seponerats men är nyligen återinsatt. Sedan fyra veckor har patienten en tilltagande muskelstelhet i båda benen. Den senaste tiden ockå oklar feber. Kan det finnas ett samband mellan läkemedelsbehandlingen och patientens symtom?

SVAR: Tioridazin är ett så kallat lågdosneuroleptikum som tillhör gruppen fentiazinderivat med piperazinkedja. Dess antipsykotiska effekt förmedlas via en blockad av D2-dopaminreceptorn.

Denna blockad utgör också grunden för extrapyramidala biverkningar som när de förkommer motiverar dosminskning. Oönskade motoriska bieffekter (akuta eller tardiva) som parkinsonism, dystonier, akatisier, dyskinesier kan uppträda i samband med behandling samt i sällsynta fall (< 1 %) malignt neuroleptikasyndrom (kan ses vid start av högdosbehandling eller vid doshöjningar och karakteriseras av feber, uttalad muskelstelhet, medvetandepåverkan samt förhöjt S-CK). Tioridazin metaboliseras via cytokrom P2D6 (CYP2D6). Kliniskt betydelsefulla farmakokinetiska interaktioner förekommer nästan alltid på metabolismnivå. Neuroleptika kan höja serumkoncentrationen av vissa antidepressiva och omvänt kan vissa antidepressiva höja koncentrationen av neuroleptika. Det finns fallrapporter där man misstänkt att tillägg av antidepressiva till neuroleptikabehandling bidragit till utvecklande av malignt neuroleptikasyndrom.

Citalopram är en selektiv serotoninåterupptagshämmare (SSRI) som metaboliseras via enzymen CYP2C19 och CYP2D6. I litteraturen finns beskrivet att neuroleptika skulle kunna hämma omsättningen av citalopram. Det finns uppgifter om att samtidig behandling med neuroleptika och citalopram medfört 30 % förhöjning av plasmakoncentrationen av citalopram. Andra författare har observerat en ökning mellan 10 och 20 % av plasmakoncentra-

tionen av desmetylcitalopram vid samtidig behandling med neuroleptika.

I tidigare Druglinefråga tas några fallbeskrivningar upp: ett fall rör en patient som efter ett par månaders samtidig behandling med olika neuroleptika och citalopram utvecklat kraftiga extrapyramidala biverkningar och subfebrilitet. En koncentrationsberoende reaktion från en alltför hög plasmakoncentration av haloperidol alternativt katatont neuroleptikayndrom som orsak till patientens symtom diskuterades.

Ett annat fall rör en patient som behandlats med olika neuroleptika (zuklopentixol, haloperidol samt klorpromazin) och citalopram (i stigande dos sen tre veckor upp till 80 mg/dygn) samt mianserin (Tolvon) sedan några dagar och därefter utvecklat malignt neuroleptikasyndrom alternativt serotonergt syndrom.

Till Läkemedelsverkets biverkningsfunktion finns ett fall rapporterat där en patient samtidigt behandlats med tioridazin och citalopram. Vid dosökning av citalopram utvecklade patienten parkinsonliknande symtom med gångsvårigheter. När doserna av båda läkemedlen reducerades mildrades symtomen.

För citalopram finns fyra fall av muskelstelhet samt tre fall av ökad muskeltonus inrapporterade till LVs biverkningsfunktion. där sambandet bedömts som troligt/möjligt.

Vid neuroleptikabehandling är äldre patienter generellt mer känsliga för biverkningar än yngre. Farmakokinetiken hos äldre kan vara förändrad beroende på minskad elimination och minskad första passageeffekt. Interaktionsproblematik är vanligt. Doser som medför lägre plasmakoncentration rekommenderas, hos äldre rek doser som är 30-50 % lägre än vanliga.

Vid misstanke om farmakokinetiska interaktioner, oväntat många biverkningar i förhållande till ordinerad dos eller vid behandling av särskilda patientkategorier exempelvis äldre kan det vara av värde att bestämma serumkoncentrationen av läkemedlen.

I det aktuella fallet kan symtomen bedömas härröra primärt från tioridazin eller citalopram. en farmakokinetisk interaktion kan inte uteslutas.

Waraninteraktion med antibiotika (ELINOR)

FRÅGA: En patient som behandlas kontinuerligt med Waran (warfarin) ska behandlas med Heracillin (flukloxacillin). Finns det risk för interaktion?

SVAR: Interaktion mellan Heracillin och Waran är klassificerad som C2 i FASS, dvs det är en interaktion som kan leda till ändrad effekt och kan kräva dosanpassning.

Ett flertal rapporter till Läke-medelsverkets biverkningsfunktion ligger till grund för bedömningen. Effekten av warfarin/dikumarol har i dessa fall minskat vid samtidig peroral behandling med flukloxacillin. Mekanismen är oklar. För de två övriga isoxacillinpreparaten som finns i Sverige, kloxacillin och dikloxacillin har motsvarande interaktion med warfarin beskrivits.

I en studie på sju patienter som behandlades med warfarin under en tid gavs oralt dikloxacillin 500 mg x4 i sju dagar. Man fann hos dessa patienter endast en diskret minskning av protrombintiden. Till Läke-medelsverkets biverkningsfunktion finns 11 fall rapporterade där man rapporterat förhöjt PK-värde under kombinationsbehandling med dikloxacillin och warfarin. Även två fall av sänkt PK-värde har rapporterats under kombinationsbehandling av dikloxacillin och warfarin.

Betablockare och psoriasis (ELIS)

FRÅGA: En 45-årig kvinna har under 3–4 år medicinerat med Seloken ZOC (metoprolol) 100 mg dagligen på grund av hypertoni. Ganska nyligen har det slagit upp ett psoriasiskt utslag på hennes armbågar. Stansbiopsi visade också eosinofila inslag och det hela bedöms som läkemedelsbetingat. Den läkare som tidigare haft hand om patienten vill byta Selokén till Tenormin (atenolol) medan frågeställaren vill byta till kalciumantagonist. Är det inte så att atenolol lika väl som metoprolol kan ge psoriasis som biverkan? Finns det någon risk med kalciumantagonister?

SVAR: Det är riktigt att även atenolol kan ge denna biverkan. Förmågan att orsaka psoriasiforma utslag eller utlösa en exacerbation av en äkta psoriasis är av allt att döma gemensam för alla betareceptorblockerare (– en så kallad klasseffekt, min kommentar). Det anses bero på att dessa läkemedel hämmar den adrenalinstimulerade bildningen av cykliskt AMP (cAMP) i cellerna och nivåerna av cAMP är redan abnormt låga i psoriatrisk hud, vilket tros ha en betydelse för uppkomsten av hudförändringarna. Man har även funnit att cAMP-beroende proteinkinaser, som intracellulärt medierar effekten av cAMP, är sänkta och inte binder cAMP på ett normalt sätt. Den defekta cAMP-funktionen verkar inte bara drabba epidermala celler utan även röda blodkroppar och fibroblaster och vara ärftlig.

Kalciumantagonister anses inte ha någon direkt effekt på cAMP-nivåerna och torde därför vara ett gott alternativ för antihypertensiv behandling i detta fall.

Psoriasis försämrad av ACE-hämmare? (ELINOR)

FRÅGA: En 55-årig man fick för sju månader sedan insatt Capoten (kaptopril) och Furosemid. Efter några månader blev han värre än någonsin i sin psoriasis. Patienten står också på atenolol (Tenormin), men den behandlingen har han haft mycket länge.

SVAR: I den medicinska facklitteraturen finns ett tiotal patientfall rapporterade där patienternas psoriasis försämrats eller där psoriasis vulgaris eller palmoplantar pustulos debuterat i samband med behandling med ACE-hämmare. Tillståndet har uppträtt en vecka till fyra månader efter insatt behandling och har i samtliga fall lett till att behandlingen med ACE-hämmare måste avbrytas och följas av lokalbehandling av hudmanifestationerna. Det har skett med gott resultat. Fallen är inte begränsade till någon enskild ACE-hämmare (*klasseffekt igen? min kommentar*).

En kohortstudie från Nya Zeeland med 50 000 patienter har identifierat sex nya fall, det vill säga en incidens av 1,3 fall av pustulosis palmoplantaris och psoriasis per 10 000 patienter med ACE-hämmarbehandling. I de två fall av dessa sex som följdes upp upphörde psoriasisstillståndet kort tid efter utsättning av behandlingen med ACE-hämmare.

Mekanismen för denna biverkan är okänd, men bland annat har föreslagits att den minskade nedbrytningen av bradykinin sekundärt kan ge en proinflammatorisk effekt.

Fallet bör anmälas till närmaste regionala biverkningsenhet – se FASS i slutet av boken!

SFAMs registerdag i Stockholm

MATS PERSSON

SFAM anordnade i slutet på september 1997 en registerdag för att diskutera aktuella frågor kring lokala och nationella dataregister i primärvården. Här presenteras en sammanfattning av diskussionerna.

Idag använder cirka 85 procent av landets vårdcentraler datorjournal. En stor del av dagens patienter hamnar således i lokala register, när de kontaktar primärvården. Förutom dessa lokala register finns ett antal stora centrala sjukdomsregister till exempel dödsorsaksregistret, diabetesregistret, cancerregistret och missbildningsregistret.

Register

Dataregister, det vill säga datorlagrad information angående enskilda identifierbara patienter, ger stora möjligheter till uppföljning, verksamhetsanalys, statistik och kvalitetsarbete. Många är intresserade av, och anser att det ligger i samhällsnyttans intresse, att kunna ta ut statistik från dessa patientregister. Inte minst läkarna själva har intresse av registeranalys.

Samtidigt är alla medvetna om att sjukvårdens register ofta innehåller ytterst känslig information, som på inga villkor får spridas till obehöriga. Sekretess och integritetsskydd är hörnstenar inom hälso- och sjukvården, och blotta misstanken om bristande hantering av dataregister kan få stora negativa konsekvenser.

Det behövs regler och etiska riktlinjer, som på ett säkert sätt garanterar sekretess och integritetsskydd för patienten. Samtidigt behöver vi kunna ta fram viktig information ur våra datasystem, ibland med möjlighet till identifiering på individnivå. En grundregel bör vara att patienten själv har tillgång till samtliga data som berör den egna personen. Läkaren bör ha full tillgång till medicinsk information om sina egna patienter. Data som har direkt betydelse för vården av enskild patient bör vara fullt tillgänglig för behandlande läkare, även om informationen finns i annat system. Data som inte har direkt sam-

band med vård av patienten bör behandlas med försiktighet. Uttag kan i regel göras om det kan garanteras att enskild patient inte kan identifieras. Indirekt identifieringsmöjlighet kan ändå finnas på mindre vårdcentraler och vid sällsynta sjukdomstillstånd. Resultaten måste vara aggregerade (sammanställda) på sådan nivå, till exempel sjukvårdsdistrikt istället för enskild vårdcentral, att indirekt identifiering inte är möjlig.

Lokala kontra centrala register

En allmän regel är att stora register, med känsliga data, långt från patienten, måste handhas med stor restriktivitet. Detta gäller framför allt om data innehåller möjlighet till identifiering av enskild patient eller vårdgivare. Register av god kvalitet kostar pengar att upprätta och underhålla, varför den eventuella nyttan av registret noga måste vägas mot kostnaden.

Ett exempel är diagnossättning på recept, där man tänkt sig en gigantisk insamling av förskrivningsdata av ytterst tveksam kvalitet, till en stor kostnad inte minst för primärvården. Många av frågeställningarna kan dessutom besvaras enklare och bättre med andra metoder, betydligt närmare förskrivarna.

Paneldebatten

Paneldebatten kretsade kring för- och nackdelar med stora centrala register. Diabetesregistret kritiserades från Norrbotten bland annat därför att de indikatorer som används i registret har stora brister och därför att data kring ovanliga komplikationer samlas in på fel vårdnivå. Måns Rosén, chef för Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen, försvarade centrala register genom att framhålla deras samhällsnytta och användning i forskningssammanhang. Registren är kostnadseffektiva, eftersom de endast innehåller data som också är nödvändiga lokalt. Den utomordentligt höga säkerheten hos Socialstyrelsens register framhölls också.

Tolkning av data

Även vårdgivarens integritet måste beaktas. Medicinsk-statistiska data är notoriskt svårtolkade, och grundregeln bör vara att data i första hand tolkas lokalt där omständigheterna är kända. Sammanställningar och jämförelser bör endast göras i aggregerad form, och tolkning bör ske på aktuell aggregationsnivå, vilket till exempel innebär att aggregering på vårdcentralsnivå också ska tolkas på vårdcentralsnivå. Små registerunderlag är ytterst känsliga för enstaka kraftigt avvikande patientfall. Statistiken kan då inte tolkas utan exakt kännedom om det enskilda fallet, en kunskap som i regel ligger mycket nära datakällan. Sammanställning av stora datamängder suddar däremot effektivt ut effekter av enstaka extrema avvikelser.

Den terminologi och de kriterier vi använder oss av varierar från system till system. Menar vi inte samma sak fortplantar sig detta in i registret och försämrar kvaliteten. Följden blir att man endast kan tolka sina egna uppgifter och jämförelser försvåras. Gunnar Nilsson, Centrum för allmänmedicinsk informatik, visade på en modell för att på ett enhetligt sätt benämna patientkontakter. Olle Staf, distriktsläkare från Borgholm, berörde olika möjligheter att standardisera bakgrundsdata som rökning och alkoholkonsumtion.

Verksamhetsredovisning

Behovet av verksamhetsredovisning var ett annat centralt tema. Primärvården måste på ett trovärdigt och övertygande sätt kunna redovisa sitt dagliga arbete, vad satsade resurser används till och vilka resultat som uppnåtts. Den frihet och det förtroende som idag finns för svensk primärvård, kan endast bibehållas om vi på ett övertygande sätt redovisar vår verksamhet för allmänhet, sjukvårdsledning och politiker. Att vissa kvaliteter inte med lätthet kan åskådliggöras med siffror är icke ett argument mot verksamhetsredovisning. Detta underströks av Mats Ribacke från Socialstyrelsen och Kerstin Einevik-Bäckstrand från Sfri. Klarar professio-

nén inte av att redovisa sin verksamhet finns risk för att den ifrågasätts. I nästa steg kan centrala register införas lagstiftningsvägen, för att på så sätt få erforderlig insyn.

Verksamhetsredovisning kan också utgöra underlag för kvalitetsarbete. Lars Källström, revisor, redogjorde för revisionens uppgift att granska resursanvändning och effektivitet. Viktiga kunskaper kan ofta erhållas, men spridning och användning av dessa insikter falerar ofta.

Jämföra och utveckla

Karin Lindhagen, distriktsläkare från Uppsala, uttryckte ambivalens inför medicinska dataregister, liksom många andra talare. Register är i många fall nödvändiga och användbara, såväl lokalt som centralt, men hanteringen är långt ifrån oproblematisk. Många efterlyste etiska överväganden i registerhanteringen, och att man inte får tumma på patientens integritet, även om intressanta datasammanställningar hägrar. Försämrans integritetsskyddet kommer kvaliteten på indata att försämrans.

Kvalitetsarbete och uppföljning av läkarna själva med hjälp av lokala data på vårdcentralnivå presenterades alltifrån Pajala i norr till Skåne i söder. I praktiken har större sammanställningar av till exempel läkemedelsförskrivning vid olika diagnoser inte varit möjliga tidigare, på grund av den stora manuella arbetsinsats som skulle krävas. En mängd olika kvalitetsprojekt redovisades under dagen, där "egna data" granskats och jämförts med andra angående diabetesvård, kontinuitet, remisser, läkemedelsförskrivning, labbkostnader m m.

Den samstämmiga uppfattningen är dock att dagens journaldatasystem inte kan producera tillräckligt flexibla rapporter för att kunna användas på ett kvalificerat sätt. Carl-Gunnar Hallgren från Umeå visade dock ett egentillverkat rapportsystem för BMS-datorjournal. Där kan den enskilde läkaren, genom att välja ett antal alternativ, tillverka kvalificerade rapporter. Egna data kan analyseras i detalj och jämföras med ett genomsnitt av samtliga läkare på vårdcentralen. När den enskilde läkaren själv utan speciell datakunskap, kan producera kvalificerade kvalitetsrapporter över sin egen medicinska verksamhet, kommer intresset för strukturerad inmatning att öka. Kvalitetsrapporter som klart visar vad som faktiskt gjorts, kan i sig utgöra ett starkt incitament till förändring av mindre ändamålsenliga beteenden, enligt Carl-Gunnar Hallgren.

Kerstin Einevik-Bäckstrand efterlyste bättre kvalitetsindikatorer utvecklade i primärvården, med sikte inte endast på det lätt mätbara. Även faktiskt förändringsarbete för att råda bot på upptäckta kvalitetsbrister efterlystes av Kerstin, liksom ett brett och konsekvent kvalitetstänkande i primärvården.

Dataanvändning

Lars Berg, utvecklingsenheten i Tibro, redogjorde för en enkät till landets vårdcentraler som visade, att ICD9-PV användes av 44 % av vårdcentralerna medan primärvårdsversionen av ICD10 KSH97P användes av 16 %. Stora ICD9 användes av 9 % och stora ICD10 av 6 %. Svar saknas eller avsaknad av diagnosregistrering i 17 %. Statistikuttag avseende diagnos hade 52 % av

System	% av vårdcentraler i Sverige
Profdoc	29
BMS	14
Medidoc	11
Swedestar	7
Biosis	6
Medex	3
VAS	2
Infodoc	2
Vania	2
Övriga (ca 20 st)	9
Summa	85

Tabell I. Datajournalssystemanvändning på vårdcentraler, Sverige. Enkät 1997

vårdcentralerna prövat på. Ledande journaltillverkare idag framgår av Tabell I.

Engelska erfarenheter

Nick Booth, allmänläkare i Newcastle, redogjorde för erfarenheter av lokala och centrala dataregister i England. Cirka 90 % av engelska allmänläkarmottagningar använder datorjournal. Motsvarande siffra i Sverige är cirka 85 %. I England används i huvudsak två terminologier: OXMIS eller Read, vilket underlättar datainsamling och jämförelser. Endast data insamlade för kliniskt bruk ansågs ha hög tillförlitlighet. Uttag av data sker vanligen via ett frågespråk kallat MIQuest, som är lättanvänt och som kan förstås och kontrolleras av läkare med måttlig datakunskap. Detta frågespråk använder 2/3 av datorjournalssystemen. Nick ansåg att medicinska data är svårtolkade och att både vårdgivare och patienter behöver ett integritetsskydd.

Sammanfattning

Distriktsläkaren har, även i fråga om dataregister, att i första hand se till sina patienters intressen. Detta måste vara ledstjärnan varje gång vi tar ställning till datauttag från våra register. Nyttan av ett register måste alltid vägas mot patientsekretess, integritet och arbetsinsats. Lokala data tolkas och handhas lokalt och varje överföring av information till stora centrala register med bibehållen patientidentifikation måste bedömas restriktivt men med öppet sinne.

För SFAM.dok

Mats Persson, distriktsläkare, medlem i SFAM.dok

Vargvägen 23
906 42 Umeå

Tel 090-785 81 58 eller 090-12 87 47

Forum Balticum

Karlskrona 16-18 september 1998

En forskningsmetodologisk workshop för primärvård och allmänmedicin

Kopiera eller faxa Din anmälan

Deltagaravgift: 2000 kronor (kraftigt subventionerat och inkl lunch o middag x 3)

Jag anmäler mig härmed **preliminärt** som intresserad av att delta i

Forum Balticum 16-18 september 1998 och emotser ytterligare information:

Namn:

Arbetsplats:

Adress:

Postnr: Ort:

Tel: Fax:

SVAR till: Ingvar Ovhed, Blekinge FoU-enhet,
Erik Dahlbergsv. 30, 374 37 Karlshamn
Fax: 0454 - 19201 eller 0455 - 15401

Låt inte en förkyld näsa snuva dig på livets alla dofter.



Vi har tagit bort konserveringsmedlet i nya Otrivin nässpray. Det känns naturligare så. Lite skonsammare men fortfarande lika effektiv och befriande mot näsor som inte har tid och lust att vara förkylda i onödan. Finns för vuxna och barn. Följ anvisningen i förpackningen. Kom ihåg att du inte ska använda receptfri medicin mot snuva med nästäppa längre tid än 10 dagar. Ta kontakt med din läkare om nästäppan håller i sig längre.



Nya Otrivin utan konserveringsmedel. Befriar täppta näsor snabbt. NOVARTIS Tel. 08-732 32 00

Dina astmapatienter kan må ännu bättre!

Och här finns beviset:

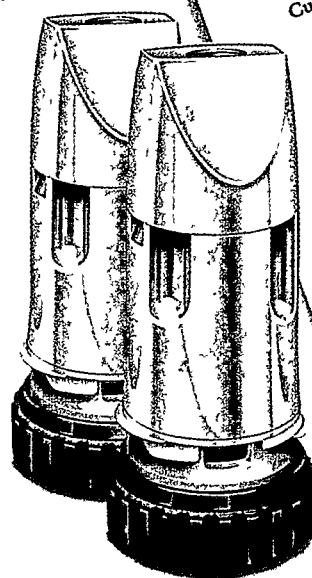
Nyligen publicerades i *The New England Journal of Medicine* en internationell multicenterstudie på patienter med såväl milda som svåra exacerbationer ¹⁾.

Den bekräftar vad många länge anat: Att det, med tillägg av långverkande β_2 -agonist, finns möjlighet för dina patienter att må ännu bättre, oavsett på vilken dos inhalationssteroid de står.

I studien, som pågick under ett år, ingick 852 patienter med kronisk astma. Där kunde man se att antalet (såväl milda som svåra) exacerbationer minskade med upp till 60% hos patienter som inhalerade 400 μ g Pulmicort® Turbuhaler® (budesonid) och 9 μ g Oxis® Turbuhaler® (formoterol) två gånger om dagen.

PULMICORT® & OXIS®
Tillsammans gör de bästa nyttan

Pulmicort Turbuhaler finns i styrkorna 100, 200 resp 400 μ g budesonid/dos. Oxis Turbuhaler finns i styrkorna 4,5 resp 9 μ g formoterol/dos.



NEJM 337(20) 1405-1484 (1997) NOVEMBER 13

The
New England
Journal of Medicine

Established in 1812 as THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
VOLUME 337
NOVEMBER 13, 1997

1) ORIGINAL ARTICLES

Effect of Inhaled Formoterol and Budesonide on Exacerbations of Asthma R.A. PAUWELS AND OTHERS	1405
A Comparison of Low-Dose Inhaled Budesonide plus Theophylline for Moderate Asthma D.J. EVANS AND OTHERS	1412
Pathophysiology of Premature Skin Aging Induced by Ultraviolet Light G.J. FISHER AND OTHERS	1419
Brief Report: Propranolol Therapy for Ectopic β -Adrenergic Receptors in Adrenal Cushing's Syndrome A. LACROIX, J. TREMBLAY, G. ROUSSEAU, M. BOUVIER, AND P. HAMET	1425
IMAGES IN CLINICAL MEDICINE Cutaneous Melanoma Metastases M. PECHERSTORFER	1431
SPECIAL ARTICLE Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code E. SHUSTER	1437
REVIEW ARTICLE Mechanisms of Disease: Pernicious Anemia B.-H. TOH, J.R. VAN DRIEL, AND OTHERS	1443
CASE RECORDS MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL A 65-Year-Old Woman with a Lung Mass and Pulmonary Nodules L.J. FALLING AND OTHERS	1449

Primärvårdens gröna öar

–intryck från primärvårdens FoU-enheters årsmöte i Stockholm
23–24 oktober 1997

JAN STÅLHAMMAR

Behovet av "gröna öar"

När tvärsäkra sanningar drar som löpel-dar genom primärvården och det medicinska samfundet bara förmår att fokusera en sak i taget, just nu är det kvalitetssäkring, är det viktigt att ta ett steg tillbaka och reflektera. Ett tillfälle gavs 23–24 oktober då representanter för 24 av landets FoU-enheter i primärvården, "primärvårdens gröna öar" enligt Ingvar Krakaus inledningsanförande, möttes för att diskutera hur man bäst läser av vad som sker i vår egen praktik, återtar tolkningsföreträdet, och inte blir beroende av vad andra, indirekt, tycker sig se i den. FoU-enheterna sågs som naturliga fästpunkter i praktiken, som kan fungera som megafoner och ge legitimitet för FoU-arbetet primärvården.

Mötet avhölls i en särpräglad miljö i det gamla kronohäktet på Långholmen, en av Stockholms många vackra gröna öar, och övernattningen skedde i omgjorda isoleringsceller som vette inåt mot ljusgårdar i flera våningar som förde tankarna till San Quentin och utåt mot en rastgård indelad i tårbitsformade sektioner. Minnen från en annan, men kanske inte säkert mindre human, kriminalvård än vår egen.

För en praktikbaserad medicin

Ett vanligt fel som görs är att kritiskt översätta resultat från vetenskapliga studier till klinisk praktik. De förhoppningar som knyts till Evidence Based Medicine, SBU och vårdprogram som lösningar på den kliniska kvalitetssäkringen är exempel på detta. Men, som Lena Karlberg påpekade, vid det randomiserade kliniska försöket, strävar man efter att eliminera störningsfaktorer som ovillkorligen finns med i behandlingen av den enskilde patienten i den kliniska situationen, varför det som är bra för patientens sjukdom inte nödvändigtvis är bra för patienten. Som ett alternativ till detta utanförstående betraktande, eller som Ingvar Krakau senare sammanfattade i *Läkartidningen*

45/97, de "randomiserade och kontrollerade studiernas provskott i vardagsvårdens (övnings)-fält", pekar han på den möjlighet till avläsning av allmänmedicinens praktik som datorjournalen i framtiden kan komma att utgöra, under förutsättning att man kan lägga in standardiserade protokoll och att datorjournalen i högre grad än hittills utvecklas till ett användbart verktyg för sådan datainhämtning. Han lanserade uttrycket "praktikbaserad medicin", som ett inte mindre vetenskapligt, men ett annat sätt, att nå säker kunskap.

Balanspunkten mellan konst och erfarenhet

Det finns en pågående trend att understryka sambandet mellan medicin och humaniora. Inte minst allmänmedicinens konkreta förankring i människors livsvillkor gör att man aldrig kan bortse från att mötet mellan vårdgivare och patient är den punkt där allt viktigt sker. Men att denna punkt är omätbar. Detta som en reaktion mot ett under lång tid dominerande hälsoekonomiska synsätt på sjukvårdens mål och medel, där ett ensidigt naturvetenskapligt och ekonomiskt/administrativt synsätt haft svårt att integrera sjukvårdens kärna, att *bota, lindra och trösta*, i sin begreppsapparat.

Allmänmedicinen som praktiskt utövat läkekonst betonades således och en viktig målsättning för allmänläkarens fortbildning är att hitta balanspunkten mellan konst och erfarenhet. FQ-grupperna, vars ständigt pågående samtal om kliniska problem, ansågs vara lämpliga fora för att komma fram till denna insikt.

Innebörden av praktisk visdom

"Vilka är de vanligaste problemen i en människas liv? och "Hur löser vi de problemen?" Med utgångspunkt från Aristoteles två frågor om innebörden av praktisk visdom har Ingela Josefsson, arbetslivsforskare vid Södertörns högskola, i ett projekt kring allmänläkarens

arbetsvillkor, omformulerat frågorna till: "*Vilka är de vanligaste problemen i allmänläkarens arbete och på vilket sätt löser vi dem?*"

Ingela Josefsson har gjort sig känd för sina studier om s k tyst kunskap inom arbetslivet, och hennes föreläsning "*Humaniora närmare primärvården*" utgick från det basala, det som varje människa måste ta ställning till, och visade att detta också var det avgörande för hur läkaren lyckades i sin uppgift, snarare än den kognitiva förmågan.

Det första man måste ta ställning till är, enligt Aristoteles, sin dödsfruktan. För att stå emot den behövs ett väl utvecklat sinne för *mod*. Därnäst måste man vara aktsam om den kropp man har, dvs visa *måttfullhet* i sin livsföring. Det tredje gäller att klokt fördela knappa resurser, dvs ha känsla för *rättvisa*. Därefter gäller det att kunna skydda de som är svaga, dvs att visa *mildhet*. Slutligen måste man kunna ingå i ett socialt sammanhang, vilket Aristoteles i brist på annat ord kallade *vänskaplighet*. Mycket litet av detta går att mäta.

Tyst kunskap

För att illustrera vad tyst kunskap är gavs exempel på hur man under 70-talet med hjälp av datorer försökte skapa expertsystem för beslutsfattande, s k artificiell intelligens. Bland annat bedömdes medicinska flödesschemata vara lämpliga för ändamålet. Man utbildade särskilda "kunskapsingenjörer" som "dränerade" experter på professionell kunskap. Försöken misslyckades emellertid, då man kom underfund med att flödesschemat för den professionella kunskapen, det som gick att beskriva, bara var en liten del av kompetensen. Tillämpningen däremot av samma kunskap var unikt och byggde på en individuell prövning som undandrog sig en systematisk beskrivning, var en s k *tyst kunskap*. Det fanns alltså en skillnad mellan mekaniska doktorer och mänskliga läkare.

Den mänskliga läkarens kompetens bygger på två slags kunskap: *påståendekunskap och förtrogenhetskunskap*. Den förra får man genom högre utbildning och innebär träning i förmågan att kategorisera och se likheter. Den senare får man i arbetslivet och innebär förmågan att se olikheter, det unika. Det är det som brukar kallas "klinisk blick" eller "intuition". Filosofen Hans Larsson (1862–1944) karakteriserade intuition som en "syntes mellan tanke och känsla".

En konsekvens av detta är att fortbildning för den som redan är inne i sin yrkesbana, i stor utsträckning bygger på reflektion och fördjupning av en redan befintlig kunskap.

Den situation då yrkesskickligheten sätts på sin spets är i mötet med patienten. Då ska kunskap, uppmärksamhet, urskillningsförmåga, känslomässig begåvning och fantasi förmås att samverka.

Att förklara eller att förstå?

Som komplettering till föreläsningen rekommenderade Lena Karlberg "Lidandets natur och medicinens mål" av Eric Cassell och Carl-Magnus Stolts "Kaos och kunskap", som båda är uttryck för den humanistiska trenden inom medicinen. En karakterisering av vad som skiljer läkarvetenskap från läkekonst framgår ur vidstående ruta (efter C-M Stolt):

I en kommentar från Hans Hallberg, Dalarnas forskningsråd, pekade han på att de båda synsätten motsvarades av två skilda ansatser till kvalitetshöjande åtgärder inom primärvården, *vårdpro-*

grammet eller att utveckla *konsultationsförmågan*, dvs läkekonsten, förmågan att gå in i en dialog med patienten och bekräfta henne, ytterst en utveckling av läkaren som instrument.

Sjukvårdens tredje våg

Göran Alsterlind, från Pharmacia-Upjohn, beskrev sig som "omvärldspanare" en konsult med uppgift att fungera som översättare mellan sjukvårdens tre språk: teknikernas, administratörernas och (om-)vårdens språk, som representerade var sitt synsätt. Alsterlind menade, att de tre språken motsvaras av tre dominerande vågor inom sjukvården efter andra världskriget. En första våg fram till ungefär 1970 dominerades av teknikernas språk och hade läkarna och de storskaliga sjukhusen i fokus. Från ungefär 1970 och till nu har administratörernas språk haft tolkningsföreträde och fokuserat på kostnads- och betalningsfrågor. Nu ser man ett mer vårdinriktat, personrelaterat och humanistiskt språk växa fram, som svarar emot en tredje våg med kulmen omkring 2010, som betonar kommande generationers höga anspråk på service och vård. Sett som en transaktionsanalys, kommer ett patriarkaliskt mönster av ordergivning från överordnad till underlydande att ersättas av en ömsesidig vuxenrelation, med ett konsultativt innehåll. Trots en delvis fängslande presentation var eftersmaken fadd. Återigen hade någon definierat "sjukvården" åt oss, spekulativt och konturlöst som en Rorschachfläck, så att var och en skulle kunna lägga in sin egen bild av hur det var. En luftpastej.

Det framtida arbetet

Den andra dagen ägnades åt FoU-enheternas roll och arbetssätt. En nationell grupp under ledning av Astrid Björgell och Bertil Marklund presenterade ett förslag till verksamhetsbeskrivning, som nu går ut på remiss.

Forskningshandledning och fortbildning ansågs vara strategiskt viktiga insatser, förutom egen forskning. Exempel på lyckade satsningar gavs från Gävleborg och Dalarna, där alla ST-läkare går en kurs på 10 poäng i forskningsmetodik inklusive ett examensarbete. I Kronobergs län har 25-30 procent av alla "äldre" distriktsläkare genomgått en 20 poängskurs i forskningsmetodik inklusive ett projektarbete på 10 poäng. Det har medfört att man har fått igång en lokal tradition med FoU-arbeten inom primärvården, och sporrade av framgången har man även givit ST-läkare möjlighet att genomgå samma utbildning.

Professor Kurt Svärdsudd, institutionen för allmänmedicin vid Uppsala universitet, avrundade mötet med att peka på hur institutionerna kan fungera som kursgivare och handledare till FoU-enheterna i landet, och underströk att samarbetet även är viktigt för institutionerna, eftersom det ger ett viktigt inflöde av idéer från fältet till forskningens "Eiffeltorn", som felsägningen, under stor munterhet, löd. Ett mycket uppskattat inslag under mötet var det särskilda program som erbjöds FoU-enheternas sekreterare. Under ledning av skådespelerskan Jannika Strååt diskuterade man följande ämnen: "Tala inför grupp", "Öka självförtroendet" och "Konsten att säga nej". Kanske inte är så dumma ämnen för primärvården som helhet att reflektera över inför nästa årsmöte hösten 1998 i Falkenberg?

Författarpresentation

Jan Stålhammar

Allmänmedicinskt Centrum
Eriksbergs vårdcentral
752 43 Uppsala

Läkarvetenskap

naturvetenskapligt synsätt
kvantitativt, mätbart
objektiv analys
kontextfritt
logik
experiment
söker förklaring

Läkekonst

humanistiskt synsätt
kvalitativt, omätbart
subjektiv syntes
kontextbundet
alogik
tolkning (hermeneutisk)
söker förståelse

PRODUKTINFORMATION VOLTAREN®/VOLTAREN™

Antiflogistikum med analgetisk och antipyretisk effekt.

Voltaren® (diclofenac-natrium)
Voltaren™ (diclofenac-kalium)

Enterotabletter 25mg och 50mg, suppositorier 25mg 50mg och 100mg samt injektionsvätska 25mg/ml. Tabletter 25mg och 50mg.
Indikationer: Reumatoid artrit, Juvenil reumatoid artrit, Artror, Mb, Bechtereu. Dysmenorré utan organisk orsak. Akuta gallstens- och uretärstensanfall (injektionsvätska). Postoperativ smärta och akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet (injektionsvätska och suppositorier). Akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet.

Dosering: Individuell. Vuxna: Beroende på indikation 50-150mg dagligen. Injektionsvätska: 1-2 ampuller (75-150mg) per dag, högst 2 dagar i följd.

Kontraindikationer: Ulcus pepticum. Inflammatoriska gastrointestinala sjukdomar, tillstånd med ökad blödningsbenägenhet.

Levercirros. Hepatisk porfyri. Svår hjärtsvikt och njursjukdom (glomerulusfiltration <30ml/min). Överkänslighet mot diclofenac. På grund av korsreaktion skall preparatet ej ges till patienter, speciellt astmatiker, som fått symptom på astma, nnt 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. Berorende på prostaglandinernas betydelse för att upprätthålla renalt blodflöde, är speciell försiktighet indicerad när diclofenac används vid nedsatt hjärt-, lever- eller njurfunktion. Detta gäller även vid behandling med nefrotoxiska läkemedel 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. Graviditet: Kategori C. Se speciellt avsnitt i FASS märkt Igl.

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, ALÄT). Mindre vanliga: Gastrointestinal blödning, ulcus pepticum, leverfunktionsstörningar inklusive hepatit med eller utan icterus, överkänslighetsreaktioner. Sällsynta: Syn och känselstörningar, erytema multiforme, Steven Johnson's syndrom, Lyell's syndrom, erythrodermi, purpura, blodyskraser.

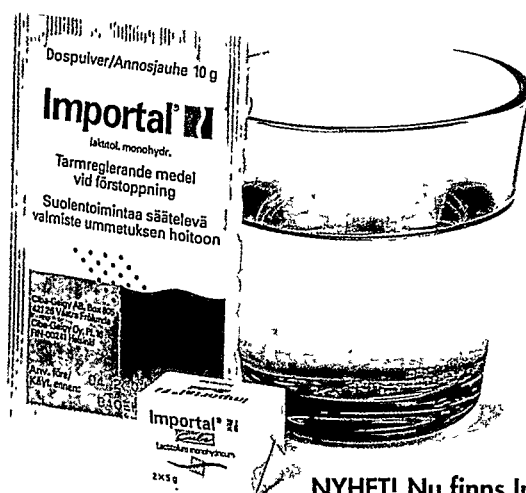
Förpackningar: Voltaren: Enterotabletter 25mg, 30 och 100st. Enterotabletter 50mg, 20, 50 och 100st. Suppositorier 25mg, 10st, 50mg, 10 och 50st. Suppositorier 100mg, 5 och 50st. Injektionsvätska 25mg/ml. Ampuller 5x3ml och 50x3ml. Voltaren T: Tabletter 25mg, 30 och 100st. Tabletter 50mg, 20, 50 och 100st. För ytterligare information: se FASS. Novartis Sverige AB, Box 1150, 103 11 Täby, Telefon 08-732 32 00, Fax 08-732 32 01.



GAMLA TIDERS BOTEMEDEL MOT FÖRSTOPPNING KUNDE VARA RÄTT OSMAKLIGA.

”Tag ett dödben från kyrkogården. Fyll det med den dödes avföring och var noga med att torka av benet efteråt. Bege dig till ett strömmande vatten och kasta i benet. Då slår du loss förstoppningen.”

Gammal magisk kur mot förstoppning.



NYHET! Nu finns Importal även som tuggtablett.

NU FÖR TIDEN ÄR DET NÄSTAN HELT FRITT FRÅN SMAK.

Importal (*laktitol*) är ett osmotiskt verkande laxativ som häver förstoppningen snabbt och effektivt genom att det på ett naturligt sätt reglerar vattenbalansen i colon.

Importal finns numera både som dospulver och tuggtablett. Båda är lätta att ta och löser sig snabbt i mat eller dryck utan att påverka varken smak eller konsistens. Nya Importal Cube kan också tuggas eller sugas på.

Så när din patient söker hjälp för förstoppning har du goda skäl att rekommendera Importal.

Importal®
laktitol
Den enkla lösningen

Vid förstoppning administreras Importal vid ett tillfälle per dygn. Importal levereras som dospulver i förpackningar om 10, 20, 50 eller 800 påsar à 10 gram. Importal Cube finns i förpackning om 10 kuber/doser. Ring gärna Novartis Consumer Health, 08-732 32 00, för mer information.

Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?

CARL EDVARD RUDEBECK

Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? I allmänmedicinsk specialistexamen utgår examinatorerna naturligtvis från att svaret på frågan är ja, men hur välgrundat är egentligen deras svar? För att allmänmedicinsk kompetens ska kunna bedömas och jämföras måste fyra villkor vara uppfyllda:

1. Allmänmedicinsk kompetens kan definieras.
2. Områden för bedömning och jämförelser kan identifieras.
3. Kravnivåer kan göras explicita.
4. Processen för granskning och bedömning är tillförlitlig.

I denna den första artikeln av två diskuteras den allmänmedicinska specialistkompetensen. I en kommande artikel kommer de återstående tre villkoren att undersökas. Artiklarna utgår från ett föredrag i samband med allmänmedicinsk specialistexamen i Norrköping hösten 1996.

Examen – ett viktigt kraftfält i svensk allmänmedicin

270 svenska allmänläkare har genomgått SFAMs specialistexamen sedan den första gången genomfördes 1989. I examen får enskilda allmänläkare en bedömning av sin kompetens samtidigt som allmänläkarutbildningen utsätts för en kritisk och reflekterande prövning. Yrkesidentiteten stärks (1). Examen har i en fortlöpande utveckling blivit tydligare både i fråga om mål och genomförande och den innehåller ansatser till en allsidig och pragmatisk definition av det allmänmedicinska yrkeskunnandet (2). Den krets av kollegor som sedan starten för åtta år sedan engagerats som examinander, examinatorer eller handledare, börjar bli ganska vid. Allt sammantaget kan den allmänmedicinska specialistexamen med fog betraktas som ett av svensk allmänmedicins viktigaste kraftfält. Det är därför naturligt att den börjar få återverkningar också i fortbildningen. Frågan i det sammanhanget är, hur erfarenheterna

och kunnandet i "examensrörelsen" skulle kunna komma det stora flertalet allmänläkare tillgodo (3). Att pröva sin kompetens, grundligt, och i en kollegial strävan att göra sig själv och svensk allmänmedicin ännu bättre, är inte det vad många egentligen vill?

Blev det bara ett diplom?

Samtidigt finns tröghet och problem i examensprocessen. Andelen examinerade av hela kåren, och av årskullen nya allmänläkarspecialister, är liten. I ett snävt fackligt perspektiv är examen kontroversiell, eftersom många nyblivna läkare är tentamenströtta och examen också skulle kunna tänkas vändas emot den läkare som inte blir godkänd. Från landstingens sida har man inte nappat genom att ge examinerade kollegor lönepåslag (1). Någon mer upplyft, eller upplyst, position i SFAM har inte heller intresseföreningen för de examinerade allmänläkarna. Enda synbara tecknet på genomgången examen är därför ännu så länge diplom, som oftast hamnar i byrålådan (1). Detta är i längden naturligtvis otillfredsställande. En kvalitetsgaranterad allmänläkare borde vara guld värd i dagens sjukvårdspolitiska situation.

Kompetensområdet och primärvårdens nya roll

Att göra den allmänmedicinska kompetensen tydlig är viktigt inte bara för att fastställa professionens interna kvalifikationskrav. Tydligheten behövs också för att definiera ett överblickbart och effektivt kompetensområde. Detta har alltid varit något av en ödesfråga för en allmänläkarkår som kämpat för sina ideal och sin plats i sjukhusens förlovade land. Under de senaste åren har frågan tillspetsats, fast denna gång från andra hållet. Allmänläkarna har fått många vänner, som knyter stora förhoppningar till primärvårdens möjligheter att ta sig an de stora grupper av patienter som remitteras ut från en krympande sjukhussektor. Men vänskapen och respekten är inte förbehållslös. Alltför ofta betraktas allmänmedicinen mer som en förlängning av klinikorganisationen än som en självständig specialitet. Stor aktivitet ägnas åt att arbeta fram vårdkedjeöverenskommel-

ser och vårdprogram för olika diagnoser i syfte att nå en högre grad av samordning mellan sjukhus- och primärvård. Allmänläkarna ställs inför förväntningar och erbjudanden om att skaffa sig fördjupade kunskaper om, bland andra sjukdomar, diabetes, hjärtsvikt, stroke, demens, astma och allergi, depressioner, frakturuppföljning, infektionssjukdomar, smärtbehandling, palliativ vård, östrogenbehandling och ledsjukdomar. Fördjupad kompetens krävs sedan tidigare av de allmänläkare som arbetar med barnhälsovård, och ännu mer fördjupad av de som är engagerade i mödrhälsovården. Fördjupning på bredden, så lyder den samlade beställningen. Med en blick 20 år bakåt i tiden ser man att kravet är långt ifrån nytt. Skillnaden är, att den specialiserade vårdens debattörer på den tiden drog den rimliga slutsatsen att breddfördjupning var omöjlig, vilket ledde dem att hävda att den breda allmänläkaren inte alls hade någon plats i den svenska sjukvården (4). Rätt men begripligt, eftersom specialiseringen då fortfarande var den viktigaste utvecklingskraften. Dagens krävande vänlighet är mer försåtlig. Med braskande och opinionsknipande motiveringar lanseras nya behandlingar och skärpta utredningsrutiner. Allmänläkarna kan lockas in i en situation, där vårdkedjorna fjättrar dem. På välbekant sätt kommer de i så fall mer ägna sig åt att lära sig, och utöva, externa kunskaper än att utveckla de egna, samtidigt som de förlorar den faktiska kontrollen över sin yrkesutövning. Slitage och förtvivlan hotar. Vi ser redan tillräckligt av detta.

Allmänläkare, spräng dina vårdkedjor!

Allmänmedicinen vacklar. Några kollegor väljer att profilera sin kompetens för att hävda sig gentemot sjukhusspecialisterna. De finner kanske lätnad i en krävande yrkesroll, men förlorar samtidigt i allmänmedicinskt kunnande. Som allmän strategi vore profileringen förödande. Situationen är riskabel, men den är också löftesrik. Det finns bara en väg och den handlar om att stärka allmänmedicinen som profession. Bara med självständiga och kraftfulla prioriteringar inom det väldiga utbudet av arbetsuppgifter och kunskaper

per kan allmänläkarna ta sitt medicinska ledningsansvar i primärvården. De tre nivåerna – patienten, primärvården och sjukhusen kan då etablera ett dynamiskt samarbete som förenar det bästa av vetenskapligt och tekniskt kunnande med en lyhördhet för patientens förmåga och individuella behov. Vårdkedjorna kommer i det läget att rassla hämmande och föråldrat och enda skälet att ha dem skulle därför vara att spränga dem!

Examen har stannat halvvägs

I specialistexamen har allmänläkarna troligen sin bästa möjlighet att definiera sin kompetens för sig själva, och för omvärlden. Hela den omfattande processen, allt engagemang och den samlade och växande erfarenheten i examen handlar ju om just detta. Och det allra viktigaste; den står stadigt i den allmänmedicinska praktiken. Men fortfarande är examen mer ett löfte än ett fullfjädrat instrument. Problem finns i själva examensprocessen. Som examinator och ansvarig för momentet "Den praktiska kompetensen" var mitt intryck att den kompetensnivå som examen garanterade var "grundläggande sjukdomsmedicinsk duglighet" utan egentlig betoning på mera uttalat allmänmedicinska kvalifikationer. Detta står i ganska bjärt kontrast till examens ambitioner och till en ökande beredskap hos examinаторerna att verkligen bedöma det allmänmedicinska expertkunnandet. Säkert har mer nyanserade reaktioner kommit från examinanderna till del i kommentarer till medsittningssessioner och videoband, men om själva specialiteten bara är en subkultur i den offentliga examen blir detta naturligtvis bekymmersamt i längden. Examen blir överkvalificerad i förhållande till sitt resultat, eftersom det skulle gå att identifiera de kollegor som är direkt olämpliga som allmänläkare med betydligt enklare medel redan under själva specialiseringsutbildningen. Samtidigt blir den underkvalificerad i förhållande till bedömningsuppgiften, eftersom examinаторerna aldrig jämför nivåer av praktisk kompetens i själva examen. Examen är ännu i alltför hög grad en sak mellan examinator och examinand. Den kommer därför av sig halvvägs. Den är vitaliserande men knappast normerande. Ännu har den inte, med idéer och handling i tydlig samklang, talat om för oss vad som kännetecknar en sjuksärdeles duktig allmänläkare, vad som kännetecknar en som är tillräckligt bra men kan bli betydligt bättre, och vad som vanligen utmärker den som fortfarande behöver

bli bättre för att uppnå specialistkompetens. Några frågor behöver redas ut för att examinаторerna så småningom ska kunna skriva sådant klarspråk i sina omdömen om examinanderna.

Vem är examen till för?

Examen kan bli den process som så småningom ger tydlighet åt det allmänmedicinska yrkeskunnandet. Den handlar därför om mycket mer än att säkerställa kompetensen hos enskilda doktorer. Ändå kan den i själva genomförandet bara ha just detta mål i sikte. Huvudpersoner är examinanden och patienten. Examinanden ska veta vad hon eller han går för och patienten ska garanteras en duktig allmänläkare. Det är ett enkelt förhållande som kan vara nog så svårt att uppnå. Därför behövs koncentrationen. Lyckas uppsåtet kommer de goda bieffekterna av sig själva. Till exempel så värderas utbildningen naturligtvis bäst i examinandens kompetens, men då är ju förutsättningen att man verkligen kan och vågar bedöma denna kompetens.

Om i stället fokus förskjuts till att examen ska stärka allmänmedicinens position inför svårflörtade uppdragsgivare och finansiärer, finns risker att den blir tillrättalagd och uttunnad. En politiskt intressant examen, och en professionellt skarpögd, är inte riktigt samma sak. En examinators uppgift är därför att tjurigt, och näst intill kompromisslöst, försvara allmänmedicinens värden.

Fyra villkor för att mäta allmänmedicinsk kompetens

För att allmänmedicinsk kompetens ska kunna bedömas och jämföras i en examen måste fyra villkor vara uppfyllda:

1. *Allmänmedicinsk kompetens kan definieras.*
2. *Områden för bedömning och jämförelser kan identifieras.*
3. *Kravnivåer kan göras explicita.*
4. *Processen för granskning och bedömning är tillförlitlig.*

Med utgångspunkt i den svenska examen kommer jag att i det följande diskutera dessa villkor. I denna första artikel undersöks den allmänmedicinska kompetensen. I en andra artikel kommer de återstående tre villkoren att granskas och båda artiklarna sedan sammanfattas i ett svar på frågan: Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?

Den allmänmedicinska specialistkompetensen

I examen bedömer vi allmänmedicinsk kompetens, men det är knappast troligt att alla examinаторer skulle ge liktydiga svar på frågan vad denna kompetens egentligen är. Allmänt råder uppfattningen att det är svårt att beskriva allmänmedicinens centrala kompetensområde. Redan här är vi alltså på gungfly och detta fortfarande efter åtta år av givande utvecklingsarbete. Att det ändå råder en relativ harmoni och optimism bland examinаторerna kan förklaras på två sätt. Antingen är många olika bedömningsgrunder i svang utan att skillnaderna görs tydliga och medvetna eller så är det tvärtom, det vill säga att examinаторerna bedömer utifrån gemensamma, kanske delvis intuitiva kriterier, som de emellertid benämner olika. Oberoende av vilket förhållande är, är vi skyldiga både oss själva och examinanderna tydligare besked. Vad är det man ska kunna demonstrera i skrivningen, under praktikdagen och i examensuppsatsen?

I formell mening har naturligtvis allmänmedicinsk specialistkompetens en entydig definition som den kompetens man uppnår efter att på ett godkänt sätt fullgjort specialistutbildningen. Men verkligheten lyder inte alltid formalia för verkligheten i fallet allmänmedicin är, att allmänläkarens kompetens, i varje praktisk situation, kan uppfattas på två olika sätt. Här finns orsaken till osäkerheten. Antingen kan allmänläkaren betraktas som en generalist - en biomedicinskt mångkunnig och praktiskt sinnad doktor i primärvården - eller som en expert på ett individorienterat arbetssätt inom medicinen. Dessa två dimensioner i den allmänmedicinska specialistkompetensen samverkar naturligtvis i det dagliga arbetet, men det blir ändå svårt att åstadkomma en stringent examen om de inte, var och en, ges en egen bedömning. De kan nämligen inte mätas med samma måttstock. Trots dessa oklarheter har vår examen kommit ett gott stycke på väg. De flesta rubrikerna i de olika examensmomenten kan föras tillbaka på antingen generalist - eller individkompetensen.

Allmänläkarens expertkompetens är individperspektivet liksom de kirurgiska teknikerna är kirurgens. Med expertkompetens menas här det kunnande inom den kliniska praktiken, där den kunniga allmänläkaren i förhållande till andra specialister, är expert. För att nå ett verkligt djup i kunnandet krävs ständig träning i vardagen, både i handling

och tanke. För att få den tillräckliga träningen behövs en viss betoning eller avgränsning. Att avgränsa ett allmänmedicinskt expertområde kan tyckas orimligt, men här är det i så fall språket som lurar oss. Det är inte konstigare än att bestämma ett specialistutbildningsprogram för allmänläkare. Eller för att uttrycka det ändå klarare: Utan avgränsningar finns inga specialiteter, ej heller allmänmedicinen.

Det är med sin expertkompetens allmänläkaren verkligen kan tillföra patienterna något som inte tillförs i tillräcklig utsträckning på andra håll, och som höjer - eller kan höja - den samlade effektiviteten i sjukvården (5). Av detta följer att kraven på kompetens inom expertområdet måste sättas höga och att bedömningen av den kompetensen måste ägnas särskild omsorg i examensvärderingen. Det sistnämnda kravet tillgodoses idag, medan det första, de höga kraven, försummas.

De två dimensionerna i allmänmedicinen

Låt oss se närmare på vad generalist- och expertkompetenserna i allmänmedicinen innehåller och innebär.

Generalistkompetensen

Bredd – Allmänläkaren behöver tillräckliga kunskaper och färdigheter vad gäller prevention, diagnostik och behandling inom många områden, med högre krav för vanliga sjukdomar och tillstånd. Förutsättningen för att klara detta är inte bara att läkaren kan *tillräckligt mycket* i enskildheterna, utan också *tillräckligt litet*. Det sista är inte mindre svårt, eftersom det handlar om en form av kunnande som knappast alls lärs ut i medicinsk utbildning. Minneskapaciteten är begränsad och den måste därför på ett genomtänkt sätt fördelas över hela bredden. I praktiskt avseende blir säkerhet och kvalitet en viktig avgränsning. Moment som kräver stor träning för att utföras bra och säkert, och där den allmänmedicinska vardagen bara ger ett begränsat erfarenhetsunderlag, ligger utanför generalistkompetensen. Naturligtvis drar inte alla allmänläkare sina gränser på precis samma sätt, men det som är intressant i examen är ett tänkt och nödvändigt genomsnittskunnande. I breddkunskaperna ingår också att läkaren har fungerande passiva kunskaper, det vill säga på okomplicerat sätt får fatt i den kunskap och expertis som patienten behöver, men som inte är direkt tillgänglig i konsultationen.

Beredskap för det oväntade – Allmänläkaren behöver vara utrustad med en känsla för vad som avviker från det vanliga och förväntade utan att alltid ha en klar diagnostisk etikett. I detta ligger också förmågan att primärt bedöma och handlägga tillstånd som i förlängningen, med större eller mindre brådska, kräver annan expertis. Detta är något av en paradox, eftersom det delvis handlar om situationer som man inte behärskar. Allt kan inte förutses och tränas.

Beslutsförmåga – Att kunna fatta beslut på underlag av varierande grad av ofullständighet är en kompetens i sig. Beslutsförmågan i allmänmedicinen är dokumenterat hög.

Förmåga att se samband, sammanhang och utvägar – Fortfarande inom en biomedicinsk referensram är det viktigt att kunna binda samman olika tillstånd, och olika behandlingsstrategier, till en begriplig helhet. Hit hör också förmågan att kunna strukturera och se det mest väsentliga i sammansatt medicinsk problematik.

Anpassning till primärvårdens epidemiologiska förutsättningar – Sannolikheter och undersökningars prediktiva värden bestäms av de epidemiologiska förutsättningarna. I primärvården är det vanligen den låga prevalensen, och därmed ofta de låga prediktiva värdena, som gäller.

Samarbets- och ledarkompetens – Allmänläkaren ska ha förmågan att se och utveckla arbetslagets samlade förebyggande, diagnostiska, behandlande och omvårdande potential. Vidare ska hon eller han kunna skapa öppna kanaler för ett probleminriktat och smidigt samarbete med sjukhuskliniker, försäkringskassa, socialtjänst, arbetsförmedling och eventuella andra instanser i lokalsamhället. Inte mindre viktigt är att allmänläkaren i sin utbildning utvecklar en beredskap och förmåga att ta ekonomiskt och administrativt ansvar för den egna kompetensen och verksamheten. Det som försummas här kan svårligen tas igen genom att nya hierarkiska nivåer byggs in i primärvården.

Det dominerande kunskapsperspektivet i generalistkompetensen är biomedicinen, epidemiologiskt filtrerad för primärvårdens förutsättningar. Kunskaperna görs verksamma i allmänläkarens förmåga till överblick, syntes, improvisation, beslut och ledarskap. Möjligen finns anledning att peka på själva tillämpningsförmågan som en mer specifik del i generalistkompetensen än

kunskaperna själva. Kraften hos en sådan metakompetens är dock svår att bedöma, troligen är den ganska liten. När det problembaserade lärandet introducerades i den medicinska utbildningen på 70-talet, trodde man att ett vetenskapligt förhållningssätt, på ett påtagligt och övergripande sätt, stärkte den kliniska kompetensen. Som modell för det vetenskapliga tänkandet stod den hypotetiskt-deduktiva metoden. I studier av medicinsk problemlösning har det emellertid visat sig, att den metoden bara i mycket liten utsträckning bidrar till effektivitet och precision (6–8). Det viktigaste är att läkaren är förtrogen med själva problemområdet. Specialistargumentet är naturligtvis inte gripet ur luften. Emellertid finns också indicier på att förmågan att strukturera, och samtidigt behålla en öppenhet för nya fakta och tolkningar, är viktiga förutsättningar för att kliniska bedömningar och beslut ska bli bra (8–10). Det kan finnas anledning, att i en fortsatt utveckling av examen mer metodiskt försöka ringa in dessa, sannolikt utslagsgivande, delar av en medicinsk metakompetens.

Expertkompetensen – individperspektivet

Kroppsempati – Kroppsempati är läkarens samlade förmåga att sätta sig in i patientens kroppsupplevelse (11). Den symtomkännedom som utgår från sjukdomskunskaperna utgör bara ett snävt och nyansfattigt spektrum i förhållande till alla de upplevelser patienterna presenterar i mottagningsrummet. Kroppsempatin ligger i sitt fokus före den specifika diagnosen och den skiljer inte på kropp och människa, eller sjukdom och människa. För att diagnostiska bedömningar ska bli vederhäftiga i det stora antal situationer där inte tydliga sjukdomstecken föreligger, behöver läkaren få en bra uppfattning om vad patienten verkligen upplever. Inlevelsen är också viktig för att läkaren ska förstå vad en viss sjukdom betyder för en viss patient och för att ett aktivt igenkännande av illabefinnande utan kroppslig sjukdom ska bli möjligt. Det finns sällan skäl att driva uteslutningsdiagnostiken långt i allmänmedicinen, en kunskap som naturligtvis bör vara giltig också i examen.

Patientcentrering – individpedagogik – Patientcentreringen är en till kliniken anpassad samtalskonst, där läkaren målmedvetet ger patienten möjligheter att formulera sina idéer, förväntningar, känslor och farhågor (12–14). Patienten blir delaktig, vilket banar väg för sam-

förstånd i handling och för en bärig patient-läkarrelation. I patientcentreringen ligger också ett pedagogiskt förhållningssätt, som respekterar och förstärker patientens egen förmåga (15,16), och som gör att information och budskap hittar vägen till varje enskild patient.

Människan i sitt sammanhang – Patienten är i hög grad sina relationer och omständigheter. I konsultationen är hon i den meningen toppen av sitt eget isberg. Familjeperspektivet betonar denna sociala realitet (17). Uppkomsten, innebörden och följderna av symptom och sjukdomar blir begripliga ofta först när de nära och viktiga relationerna går att urskilja, eller när det framgår att de mer eller mindre saknas. Socioekonomiska förhållanden i vidare mening är också mycket viktiga (18). En del i den patientcenterade kliniska metoden är också att "vara realistisk" (12). Läkaren bör se med viss distans på sina egna möjligheter och sin egen betydelse och med respekt på de förhållanden som samtidigt formar och begränsar människors tillvaro. Förutfattad optimism är lika illa som att utgå från att inga möjligheter finns.

Närvaro – Närvaron är dialogens väsen i djupare mening – svår – men inte omöjlig, för examinatorn att förnimma. Närvaron innebär en delaktighet från läkarens sida bortom alla metoder, men som metoderna kan hjälpa till att frammana. Yrkesskickligheten har nått en hög nivå, där den förverkligas som spontanitet. Spontaniteten bejakar inte godtycke utan leder i stället läkaren in på en innehållsrik kommunikation med patienten och till avvägda bedömningar. Spontaniteten handlar också om en naturlig växling mellan å ena sidan förbehållslöst lyssnande och undersökande, och å andra sidan, reflektion och ansvarstagande.

Individperspektivet är inte exklusivt allmänläkarens - det är viktigt för alla kliniskt verksamma läkare - men det är allmänläkarens naturliga betoning. Därmed blir det också allmänläkarens möjliga expertkompetens. Betoningen på individen, på hennes upplevelse och sammanhang före den specifika diagnosen, och på närvaron i den kliniska dialogen, som omfattar både samtal och undersökning, gör avgränsningen av expertområdet möjlig. Upplevelseperspektivet är giltigt i varje konsultation, medan enskilda, specifika diagnoser är giltiga endast till varierande procentandelar. I upplevelseperspektivets ständi-

ga upprepning har allmänläkaren chansen, om viljan finns, att få den omfattande träning som krävs för att utveckla ett expertkunnande. Individualiseringen blir förgrunden och konsten i arbetet. Här, i enskildheterna, måste därför examen utveckla sin största känslighet och uppriktighet.

Förhållandet mellan generalistkompetens och expertkompetens

Bredden i generalistkompetensen ger förutsättningarna för djupet i expertkompetensen. Att i det dagliga arbetet möta människor av båda könen, i alla åldrar och med alla slags hälsoproblem och sjukdomar kan ge en djup förtrogenhet med det allmängiltiga. Expertkompetensen utvecklas dock inte automatiskt. Det finns ganska många allmänläkare som hävdar att deras kunnande är begränsat till generalistkompetensen som den beskrivits här och det är troligen också den vanliga uppfattningen om allmänmedicin bland sjukhusläkare och allmänhet. Många allmänläkare underskattar nog också sin individkompetens genom att ta den för given. Ett förnekande eller förringande av individkompetensens betydelse gör det naturligtvis svårt att utveckla den till fullkomning. Om allmänläkaren i sann mening blir en expert, är därför mer viljeberoende än lagbundet. Frågan är hur länge professionen kan låta detta vara den enskilda läkarens avgörande. Examinatorerna måste i alla händelser ta ställning till om framtidens examinanden på förhand ska veta för vilket yrke de egentligen prövas.

Expertkompetensen ger effektivitet och tyngdpunkt

Att erkänna allmänmedicinens möjliga expertområde har några omedelbara fördelar.

För det första kommer kvaliteten i arbetet att bli högre, när allmänläkarna uppmärksam och metodiskt sätter individperspektivet i fokus för sin yrkesutövning. Fler patienter blir förstådda i såväl personlig som diagnostisk mening och deras egen förmåga underskattas inte slentrianmässigt. Utredningar blir mer distinkta och behandlingar mer riktade. Att detta inte bara är prat visar den viktiga studien från King's College Hospital i London, där allmänläkare genom att göra färre undersökningar och skriva färre remisser genererade bara drygt hälften hälften så höga kostnader som sjukhusspecialister. Inga skillnader kunde iakttagas i tillfrisknande eller patienttillfredsställelse (19). Forskningen om effekterna av ett

patientcenterat arbetssätt pekar dessutom på snabbare lindring av symptom och oro (20).

För det andra blir det lättare att prioritera i mångfalden av kunskaper och arbetsuppgifter inom generalistområdet, om man som allmänläkare erfar en tydlig tyngdpunkt i den egna kompetensen. Det blir uppenbart att generalistkunnandet, för att samtidigt vara effektivt och möjligt att överblicka, måste vara begränsat till kunskaper med stor användbarhet och hög verkningsgrad och säkerhet. Att som allmänläkare ta på sig en ny uppgift, och med den ansvaret att inhämta och vidmakthålla de nödvändiga kunskaperna och färdigheterna, måste vägas mot risken att få biomedicinsk slagsida, något som går ut över expertkompetensen. Den risken är ju mycket aktuell idag. Det är lätt att i sjukvårdens strukturomvandling skönja krafter som verkar för en samtidig vidgning och yttre styrning av allmänläkarnas arbete. Allmänläkarna måste själva kontinuerligt definiera sin specialitet och då blir det nödvändigt att ibland säga nej. Samtidigt finns det områden som många allmänläkare idag inte får beträda, men som till sitt medicinska innehåll naturligt ligger inom generalistkompetensen. Barn- och mödrhälsovården är de tydligaste exemplen och här har det allmänmedicinska individ- och familjekunnandet dessutom påtagligt viktiga tillämpningar.

Hur bred generalistkompetens?

Hur brett måste breddkunnandet vara för att allmänläkaren ska bli allmänläkare och inte bara en vandrande syntes av ett antal delspecialiteter? Exakt svar finns naturligtvis inte på frågan men den är ändå väsentlig. Vissa har lätt att se och utveckla sin förtrogenhet med individperspektivet, medan andra har svårare att överge ett biomedicinskt reflexbeteende. Troligen behöver bredden vara stor för de allra flesta och strävan måste vara att den ska vara så stor som möjligt. Det gör att fler allmänläkare verkligen blir allmänmedicinska experter och dessutom är bredden i sig en förutsättning för att primärvården ska bli en effektiv första linje i sjukvården (21). Att tränga in kvalificerade allmänläkare i ett smalt åtagande är en misshushållning som dock, tyvärr, inte är ovanlig.

Vilka krav ska ställas i examen?

Det är just i kravnivån i examen som det blir tydligt att allmänmedicinsk specialistkompetens är en samverkan mellan

två dominerande delkompetenser – generalist- och individkompetens. Malin André kallar de två kompetenserna "allmänläkarens två händer" (22). Inom generalistdelen kan allmänläkaren sällan hävda expertkunnande i förhållande till sjukhusspecialisterna, eftersom träningen, och den teoretiska kunskapen, inom de enskilda momenten är mindre. Det är ju själva idén med specialiseringen. I stället blir normen "tillräckliga kunskaper och färdigheter". Praktiskt innebär detta, att allmänläkaren bör handlägga alla de problem där mervärdet av specialistkunnandet är inget eller obetydligt. Den stora vinsten är inte framför allt omfördelningen i sig utan att allmänläkaren dessutom erbjuder sin individkompetens, som vidgar perspektivet, stärker patientens egen förmåga och därmed också motverkar medikalisering. Att sedan allmänläkarna ser vissa typer av medicinska problem, som till exempel vanliga luftvägsinfektioner, så ofta att de i praktiken är experterna, är ju ingen nackdel.

Inom individkompetensen, som är den kunniga allmänläkarens expertkompetens, ska examenskraven självklart ställas högt. Besöksorsaken ska bli klarlagd. Examinanden ska med lyhördhet närma sig patientens symtombeskrivning i både samtal och undersökning. Känslor och funderingar ska komma till uttryck. Patientens egen förmåga ska betraktas som en viktig tillgång och samförstånd eftersträvas som en grund för behandling eller andra åtgärder. När examinanden inte lyckas nå fram till förståelse och samförstånd, ska inte detta slätas över eller ligga kvar som en outtalad oklarhet. Den väl genomförda konsultationen ska inte vara en lycklig tilldragelse att jubla över utan något examinatorn självklart väntar sig av en välutbildad allmänläkare, precis som man förväntar sig att kirurger opererar med låg komplikationsfrekvens. Hyllningarna får vänta till examensbanketten.

Examen som normgivare

Allmänläkarna utvecklar inte sin yrkeskicklighet genom att tävla med sjukhusspecialisterna på deras hemmabank, men det räcker heller inte att självbelåtet jämföra sin konsultationskonst med medicine studerandes anamnestagande. I examen kan däremot normen för vad som är god allmänmedicin sättas om generalist- och individkompetenserna görs tydliga, och med dem de två kravnivåerna. Förverkligad i många patient-läkarmöten i primärvården, och i klagörande prioriteringar inom verk-

samhetsområdet, kan i så fall en sådan välförankrad norm komma att ge allmänmedicinen en central och respekterad position i den svenska sjukvården. Hur det allmänmedicinska kunnandet i mer konkret mening också ska kunna "mätas" kommer att belysas i den kommande artikeln.

Ett stort tack till Ulf Måwe för värdefulla kommentarer och klarlägganden.

Referenser

- Ryding C. Examen styrker yrkesidentiteten. *AllmänMedicin* 1995;16:157-8.
- SFAM-examen 1997. Stencil, kan rekvireras från SFAM, Fortbildningssektariatet, Box 738, 101 35 Stockholm fax 08-4408886
- Westman G, Hey M, Larsson S, Måwe U. SFAM vill vidareutveckla allmänmedicinsk examen. *Läkartidningen* 1996;93:332-3
- Gyllensvärd A, Krause U, Nilsson SE, Nilsson C-A, Rundkrantz H. Låt allmänläkarna slippa hamna i B-laget. *Läkartidningen* 1978;75:4654-7.
- Kunniga allmänläkare sänker sjukvårdskostnaderna. Stockholm: SFAM, 1996.
- McGuire CH. Medical Problem-solving. A critique of the literature. *J Med Educ* 1985;60:587-95.
- Groen GJ, Patel VL. Medical problem-solving: Some questionable assumptions. *Med Educ* 1985;19:95-100.
- Mandin H, Jones A, Woloschuk W, Harasym P. Helping students learn to think like experts when solving clinical problems. *Acad Med* 1997;72:173-9.
- Ramsden P, Whelan G, Cooper D. Some phenomena of medical student's diagnostic problem-solving. *Med Educ* 1989;23:108-17.
- Kuyvenhoven MN, Spreeuwenberg C, Touw-Otten FWMM. Diagnostic styles of general practitioners confronted with ambiguous symptoms. *Scand J Prim Health Care*. 1989;7:438.
- Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empathy. *Scan J Prim Health Care* 1992, Suppl.
- Stewart M, Belle Brown J et al. Patient-centred medicine. London: Sage Publications, 1995.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to teaching and learning. London: Oxford University Press, 1984.

- Måwe U. Rehabilitering av smärtpatienter. Allmänmedicinsk konsultationschecklista – en systematisering av 13 års erfarenheter av smärtpatienter. I: Bengtsson C (red). Smärta i öppenvård. Malmö: Leo Läkemedel, 1987.
- Stott NCH. Primary health care. Bridging the gap between theory and practice. Heidelberg: Springer Verlag, 1983.
- Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. *Fam Pract* 1995;4:423-9.
- Huygen FJ. Family medicine. The medical life history of families. New York: Brunner Mazell, 1982.
- Sundquist J, Bajekal M, Johansson SE. The UPA (underprivileged area) score and mortality in Swedish municipalities. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:203-9.
- Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ* 1996;312:1340-4.
- Henbest R, Fehrsen G. Patient-centredness: Is it applicable outside the west? Its measurement on effect and outcome. *Fam Pract* 1992;9311-7.
- Sjönell G. Så kan vården bli bättre och billigare. Primärvårdsstyrd sjukvård bra för Sverige. *Läkartidningen* 1997;94:1574-81.
- André M. Om kvalitetsutveckling i allmänläkarens arbete. I: Rudebeck CE (red). Grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling i allmänmedicinen. Stockholm: SPRI, 1996.

Författarpresentation

Carl Edvard Rudebeck, med dr, husläkare

Kvartersakuten Matteus
Surbrunnsgatan 66
113 27 Stockholm

•••••
• SFAM-nål finns att köpa för •
• 10 kronor. •
• Kontakta Heléne Swärd på •
• SFAMs kansli, tel 08-440 46 10, •
• fax 08-440 88 86. •
•••••



VID
ÖVERRASKANDE
HALSBRÄNNA

Visste du att patienter med halsbränna föredrar Zantac Brus före tablett, om de själva får välja¹⁾. Inte för den goda smakens skull utan för att halsbrännan försvinner snabbare. Men patienter som står på långtidsbehandling för refluxesofagit har väl inget behov av en snabb symtomlindring? Jo, ibland faktiskt. Det är visat att hälften av de patienter som långtidsmedicinerar, oavsett diagnos, inte följer rekommendationen²⁾. Så även de som långtidsmedicinerar har antagligen halsbränna då och då. Rimligen finns det en vinst med Zantac Brus även för dessa patienter.

- en snabb lösning **Zantac Brus**
(ranitidin HCl)

GlaxoWellcome Box 263, 431 23 Mölndal. Telefon 031-67 09 00.

Zantac™ (ranitidin HCl) är en H₂-receptorblockerare och finns som Zantac Brus 150 mg (6st*, 12 st*, 30st, 60 st och 90st.) Tabletter i styrka 150 mg (20 st, 60 st, 90 st och 50x1 st) samt 300 mg (10 st och 30 st). Zantac mixtur 15mg/ml (300 ml). Zantac injektionsvätska 25 mg/ml (5x2 ml). För vidare information se FASS-text. *Tillhandahålles receptfritt för behandling av halsbränna och sura uppstötningar. Referenser: (1) Hellike P, Elm M et al. Scand J Gastroenterol 1996; Vol 31 (Suppl 217):46. (2) Wright EC. The Lancet 1993; 342: 909-13.

“Pågatåget 1985–1995“

– en studie i primär prevention med medelålders män

BO NORDBÄCK

För mannen görs idag inga allmänna eller riktade hälsokontroller eller screeningsinsatser vad gäller typiskt manliga sjukdomar, även om man ibland diskuterar screening efter prostatacancer. För kvinnan är det bättre ställt. Hon kallas långt upp i åren till regelbundna smear- och mammo-grafikontroller.

Under 1980-talet började många vårdcentraler, efter mönster från Habo vårdcentral i Skaraborgs landsting, med hälsobedömningar av både män och kvinnor från 40-årsålder med syftet att var och en skulle få se sin egen så kallade “hälsoprofil“. Sedan skulle man, om intresse fanns för den egna hälsan, kunna göra sådana livsstilsförändringar som på sikt skulle gynna den kroppsliga hälsan och framför allt då den hjärt-kärlmässiga. I Landstinget Dalarna har av olika skäl intresset för primär prevention varit obefintligt under många år. Man är därför hänvisad helt till sig själv om man som läkare vill bedriva ett förebyggande hälsoarbete!

Hjärtinfarkt och typ 2 diabetes – två sjukdomar avhängiga klasstillhörighet och livsstil

Hjärtinfarkt är än idag en sjukdom där männen är klart överrepresenterade och den drabbar redan i tidig medelålder. Rent statistiskt är det så att av 100 svenska män i 40-årsåldern kommer bara 80 av dessa att leva fram till sin pension vid 65 år! Tio av dessa 20 män dör i akut hjärtinfarkt eller plötslig hjärtdöd. Tre av fyra som dör i hjärt-kärlsjukdom mellan 45–54 års ålder är män!

Hjärtinfarkten, som på 1960- och 1970-talen var en så kallad “direktörs-sjukdom“ är idag istället en sjukdom som förekommer hos män med låg utbildning, låg lön och med arbete som ger dålig stimulans. I denna grupp möter vi idag också allt fler av våra överviktiga. De utvecklar ofta ett så kallat metabolt syndrom med dyslipidemi och hyperglukemi som tecken på metabola störningar samt hjärtinfarkt och typ 2 diabetes som följsjukdomar. Under

mina många år som distriktsläkare har jag sett ytterst få vältränade, icke-rökande personer, som insjuknat i förtid i hjärtinfarkt och typ 2 diabetes. De som ändå gjort detta har då ofta varit behäftade med en stark ärftlig risk för hjärt-kärlsjukdom eller diabetes. Sannolikt har de ändå tack vare en för kroppen hälsosam livsstil kunnat skjuta insjuknandet i dessa sjukdomar framåt i tiden!?

“Pågatåget“ – en frisk satsning

Sambandet mellan kost/motion/rökning/alkohol och hälsa har alltid intresserat mig och därför drog jag 1985 igång “Pågatåget“ som ett projekt i primär prevention för tio medelålders män (ålder 37–48 år) från min hemby Sunnansjö. Gemensamt för deltagarna var att de hade en eller flera riskfaktorer för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom, bland annat förtida död i hjärt-kärlsjukdom hos nära släktingar, rökning, högt kolesterolvärde, fysisk inaktivitet samt övervikt med eller utan bälftma. En av deltagarna hade redan vid starten en genomgången hjärtinfarkt. Övriga var hjärt-kärlfriska. För alla deltagarna skulle 1985 bli en satsning på primär prevention. Från början hade jag inte tänkt att “Pågatåget“ skulle “rulla“ mer än något år, men åren gick och “Pågatåget“ är nu inne på sitt tolfte år med mig som “stins“.

“Pågatåget – unik tack vare sin längd

Som primär preventionsstudie är “Pågatåget“ sannolikt ganska unik vad gäller observationstiden tio år. Jag tror att det är viktigt att också en mer långvarig studie som denna presenteras eftersom nästan alla projekt och studier av liknande slag bryts och rapporteras efter ett par år. Ju längre tid en studie får pågå desto säkrare kan man naturligtvis uttala sig vid en utvärdering. Jag har också haft förmånen att använda mig av en liten grupp deltagare som tursamt nog för mig varit bofasta under dessa år. Detta har varit en förutsättning för studiens genomförande.

De två stora målen – gå ner i vikt och få bättre kondition

Målet för deltagarna i “Pågatåget“ formulerades av dem själva vid starten 1985. De ville gå ner i vikt och få bättre kondition. Jag gav dem allmänna och välkända råd om en alternativ livsföring med inslag av motion i form av regelbundna promenader under 45–60 minuter tre till fyra gånger i veckan, samt övergång till en kost där fettintaget minskades i utbyte mot mer fibrer och omfördelning av kolhydrater från “snabba“ till “långsamma“ sådana. Alkohol borde man begränsa, liksom rökning som man helst skulle sluta med. Vi bestämde vid vår premiärträff 1985 att jag skulle träffa de tio deltagarna en gång i månaden det närmaste året och vid dessa träffar skulle alla vägas. Dessutom skulle prov tas på blodfetter och den fysiska konditionen bedömas på testcykel varje kvartal.

Medelvikten var hög när “Pågatåget“ startade

Deltagarna fick skatta sin viktökning efter sin militärtjänstgöring vid 18-årsålder fram till 1985. Två av deltagarna hade samma vikt, fyra hade gått upp med 9–12 kilo, två hade ökat 15–19 kilo och två med 25 respektive 35 kilo. Den sammanlagda uppskattade viktuppgången var 135 kilo! Startvikten varierade mellan 80–117 kilo för nio av deltagarna och kroppsmassemättet (BMI=vikt i kg/längd x längd i m) mellan 25–33. Den tionde deltagaren, som hade haft hjärtinfarkt vid 37 års ålder kom från en familj med hyperkolesterolemi. Han vägde 70 kilo och hade BMI 23. Ingen av deltagarna hade någon släkting med känd diabetes 1985.

Högintensiv motion – vikt och kolesterol går ner

Från starten i “Pågatåget“ hösten 1985 till sommaren 1986 drevs pågatågarna av en hejdlös motionsmotivation. Mitt förslag om promenader förkastades givetvis. Det blev i stället jogging och längdskidåkning under vintern för hela slanten. Resultatet blev en succé. Totalvikten (899 kilo) minskade med 70 kilo under de första nio månaderna.

Samtidigt med det rejäla viktraset under de första nio månaderna sjönk också totalkolesterolet för hela gruppen, från 5,8 mmol/l till 5,1 mmol/l. Säkert berodde detta också på att deltagarna hade lagt om kostvanorna radikalt. Även konditionen förbättrades både subjektivt och objektivt via testcykeln. Man mådde efter detta första år allmänt bättre, orkade mera på sitt arbete och var mindre ofta sjuk eller sjukskrivnen än före starten med "Pågatåget". Den deltagare som rökte vid starten hade slutat och övergått till snus.

Återfall i gamla vanor – ett vanligt fenomen

Vi såg alltså att denna satsning på en ny livsstil verkligen gav resultat. Ett hopp närdes att de nya vanorna skulle kunna vidmakthållas och att beteendeförändringarna hade slagit rot. Men säg den glädje som är beständig. "Pågatåget" började i samband med sommarsemesteren 1986 att tappa farten. Några av deltagarna drabbades av återfall och föll tillbaka i gamla vanor. Framför allt var det motionsinslaget som föll bort från veckoschemat. Vikten för hela "Pågatåget" började därför sakta men säkert att öka igen trots att jag fortsatte med månadsträffarna fram till och med sommaren 1988. Då låg deltagarnas gemensamma vikt fortfarande 40 kilo under startvikten 1985. Efter sommaren 1988 träffade jag "Pågatåget" en gång per år och då strategiskt före sommarsemesteren som hade visat sig vara en betydande riskfaktor för viktuppgång. Den stora gemensamma viktökningen kom under sjätte året då man gick upp 22 kilo och var tillbaka på startvikten från 1985. Efter det tionde året hade vikten gått upp ytterligare och låg på 199 kilo, 20 kilo över startvikten (Fi-

gur). Med tilltagande viktuppgång följde också försämrad kondition, verifierad med hjälp av testcykeln.

Viktmässigt en "flopp" – men metabolt en framgång

Om man ser till den gemensamma vikten efter dessa tio år i "Pågatåget" så kanske någon vill se detta friskvårdsprojekt som ett misslyckande. Det är väl inte utan att jag ibland också känt så och velat dra en skammens slöja över alltsammans! Men några av pågatågarna har samtidigt också sagt att hade man inte fortsatt att vara med i "Pågatåget" så hade säkert vikten varit ännu högre än idag.

Jag har dessvärre under dessa tio år inte haft någon likvärdig kontrollgrupp, där jag inte intervererat, att jämföra "Pågatåget" med. Sannolikt hade dock deltagarnas antal varit för litet i dessa två grupper för att man skulle kunna dra några slutsatser av en sådan jämförelse. Givetvis hade det varit spännande att se om en kontrollgrupp, liksom "Pågatåget" hade levt i tio år utan angina pectoris eller akut hjärtinfarkt och utan tecken på typ 2 diabetes. Ej heller har någon i "Pågatåget" under dessa tio år behövt blodtryckssänkande medicin.

Metabolt har "Pågatåget" varit en framgång med ett b-glukosvärde i genomsnitt på 4,4 mmol/l vid starten 1985 och 4,0 mmol/l 1995. Triglyceridnivåerna anses spegla våra livsstilsvanor. I "Pågatåget" har triglyceriderna ganska väl följt viktutvecklingen vilket också totalkolesterolvärdet har gjort. LDL-kolesterolet har varit lättare att påverka med kost och motion än vad som varit fallet med HDL-kolesterol. Denna variabel har legat kvar på samma nivå genom åren, oberoende av om värdet var högt eller lågt vid starten.

LDL/HDL-kvoten 1995 varierade mellan 1,3–4,5. Den person som hade genomgått en hjärtinfarkt innan "Pågatågets"-starten har under uppföljningsår elva behandlats för angina pectoris och även fått läkemedel mot dyslipidemi.

Vad har "Pågatåget" betytt för deltagarna?

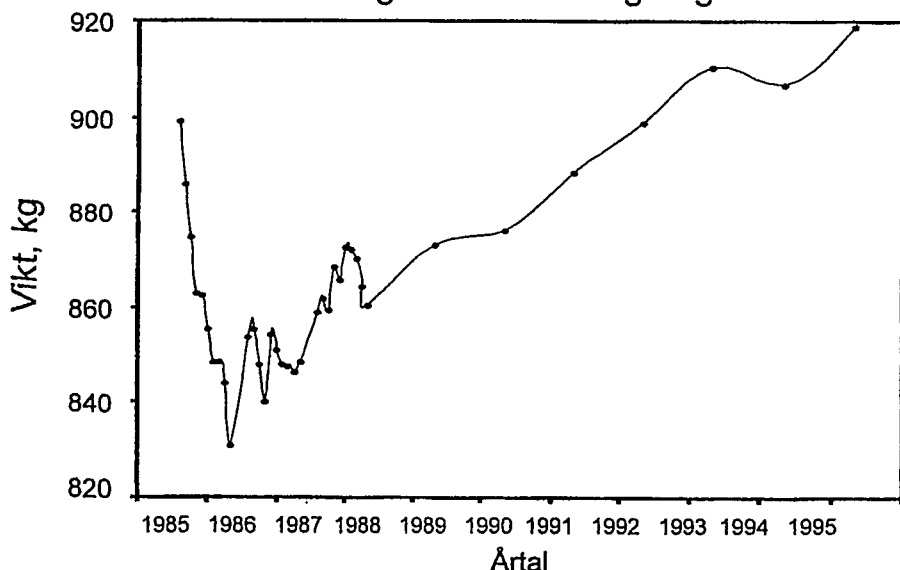
Det är ovanligt att mer personliga data om den enskilde individen i en longitudinell studie redovisas, även om han/hon i högsta grad bidragit med sin egen person till att denna studie kunnat genomföras. Att samtidigt med en kvantitativ studie också fånga kvalitativa data borde vara något som passar primärvården och små vårdcentraler, som oftast har ett litet antal deltagare, till exempel i en studie som denna. Till min hjälp för en kvalitativ utvärdering av "Pågatåget" efter tio år, har jag haft en från projektet fristående person, Britt-Marie Beronius, som gjort djupintervjuer med alla deltagare. För i stort sett alla har deltagandet haft en stor betydelse och initierat och underlättat en övergång till en förändrad livsstil. Man har speciellt uppskattat de regelbundna årliga hälsokontrollerna, vilka för de flesta inneburit deras enda regelbundna kontakt med hälso- och sjukvården. Ingen av deltagarna är ansluten till någon form av företagshälsovård. Utvärderaren menar att av många skäl har "friskvårdsarbetet" för flera av deltagarna blivit bortträngt av olika händelser i livet. I "Pågatåget" har man fått hjälp att lyfta fram och ge plats för friskvården, vilket de flesta deltagarna upplever som positivt.

Flera deltagare har efter utvärderingen föreslagit tätare kontakt med mig än enbart vid årskontrollerna. Som skäl för detta har man anfört att det sannolikt är lättare att bevara en hög ambitionsnivå genom t ex halvårsbesök istället. Det är möjligt att man har rätt i detta och jag kommer att villfara deras önskan om halvårsbesök. Det skall då givetvis bli intressant att se om detta är ett sätt att få vissa av de tyngre deltagarna i "Pågatåget" att gå ner i vikt igen.

Har "Pågatåget" förhindrat sjukdom och död?

Att "Pågatåget" haft och fortfarande har en stor psykologisk betydelse för deltagarna är alltså helt klart. En annan viktig fråga att besvara är naturligtvis om projektet haft en hälsomässig betydelse för deltagarna. Har någon eller några genom sitt deltagande "räddats" undan förtida insjuknande eller död i hjärt-kärlsjukdom? Jag tror själv detta, men frågan är lika svår att besvara som

Den sammanlagda vikten i "Pågatåget"



den är för en röntgenläkare att ge svar på vad mammografiupptäckta små tumörer betyder för en annars frisk kvinna eller för en gynekolog att svara på vad ett cytologprov svarar med lätta cellförändringar betyder för kvinnan ifråga. Dessa undersökningar görs ändå utan prut och debatt, men att låta införa primär prevention för män, liknande

“Pågatåget“, på doktors arbetstid eller få tid och pengar avsatta för dylik verksamhet på våra vårdcentraler är betydligt svårare.

Mina belackare påpekar att hjärtinfarktincidensen ändå har minskat de senaste 15 åren i västvärlden utan insatser (?) från hälso- och sjukvården. Jag brukar då hävda att vissa individer, som

jag kallar “högriskare“, ändå finns in på oss hela tiden även om de sällan konsulterar oss för sina livsstilsproblem. Dessa “högriskare“ är framför allt män och de tar sällan åt sig hälsobudskapen via media, bekanta eller hälso- och sjukvården. För dessa män kan “Pågatåget“ och liknande projekt sannolikt också ha en hälsomässig betydelse. Sedan kan man ju undra om det alltid måste vara en läkare som måste leda ett dylikt friskvårdsprojekt. Kanske går det lika bra med en friskvårdsintresserad undersköterska, men som i så fall har “back up“ av en preventivt intresserad vårdcentral.

Forum Balticum

Karlskrona 16-18 september 1998
En forskningsmetodologisk workshop
för primärvård och allmänmedicin

Enkelt koncept – otvungen samvaro i en liten internationell grupp, där Ditt eget och kollegornas projektidéer diskuteras utan prestigetänkande. Var inte rädd för att anmäla Dig!

En föreläsningdag – Vi bygger 1998 ut vår workshop med ytterligare en dag och totalt har vi således sex föreläsningar som Du ser av programmet. Var och en av de fem grupperna kommer att innehålla tre handledare varav en från England. I varje grupp ingår sedan sju till åtta kollegor från Sverige och tre till fyra från England, Polen, Finland, Danmark, Ryssland, Estland, Lettland och/eller Litauen.

Våra handledare

England: Prof Godfrey Fowler, dr Martin Lawrence, Martin Dawes och Robert Walton från Oxford samt Frances Griffiths från Newcastle

Finland: Doc Mårten Kvist, Åbo

Sverige: Prof Birgitta Hovellius och Lennart Råstam

Doc Anders Håkansson, Bjarne Hansen, Giggi Udén

Dr med vet Barbro Sjöbeck

Med dr Johan Berglund, Sigvard Mølstad, Christer Petersson, Margareta Troein.

Det är Dina idéer som räknas!

Du redovisar inte tidigare resultat, vilket gör samvaron mer avspänd än vad som är det vanliga. I stället gäller det för Dig att ställa frågor och få råd och tips från mycket erfarna handledare. Temat är idéer och diskussioner kring den metodik Du vill använda i **det arbete Du just håller på med eller vill starta upp**. Du arbetar i en liten grupp – 15 kollegor med tre handledare – en engelsk och två nordiska.

Program

Forum Balticum 16-18th sept 1998

Lectures

Wednesday 16th

Preventive Work in Primary Care. *Prof Godfrey Fowler, Oxford*
Qualitative Research Methodology. *Dr Frances Griffiths, Newcastle*
Evidence Based Medicine. *Dr Martin Dawes, Oxford*

Thursday 17th

Evidence Based Public Health. *Prof Lennart Råstam*

Seminars starting

Friday 18th

Implementation of Guidelines in Clin Pract. *Dr M Lawrence, Oxford*

On-going seminars

Baltic Region – an Endemic Area for Borreliosis. *Dr Johan Berglund*

Glöm ej våra friskfaktorer

Till sist ytterligare en reflexion. Det talas oftast bara om riskfaktorer när det gäller hjärt-kärlsjukdomar. Jag lyssnade för många år sedan på ett föredrag av Gösta Tibblin, som nämnde att vi alla faktiskt också har med oss en eller flera *friskfaktorer*. Sådana kan utgöras av en god relation inom familjen, ett stimulerande jobb, en god ekonomi, en skön boendemiljö, en positiv fritid och goda vänner. Allt detta kanske är viktigare för oss och vår hälsa, än risken som ett högt blodtryck, ett förhöjt kolesterolvärde, några cigaretter dagligen, ett stillasittande liv eller en grogg extra medför. I “Pågatåget“ finns det gott om friskfaktorer, det vet jag, men det är ändå inte fel som medelålders man att också “jobba“ med sina riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, särskilt om det finns flera av dem. Det kan räcka med små förändringar av dessa för att ens liv efter 50 skall bli lättare att leva. Som en extra bonus torde vi samtidigt få ett minskat beroende av läkemedel och hemtjänstinsatser.

Författarpresentation

Bo Nordbäck, distriktsläkare

Grangärde vårdcentral
770 12 Sunnansjö

Perenn allergisk rinit? Lindriga besvär?



Börja med
Rhinocort® Aqua.

Rhinocort Aqua 32 och 64 µg gör det enklare att individuellt anpassa dosen för patienter med allergisk rinit.

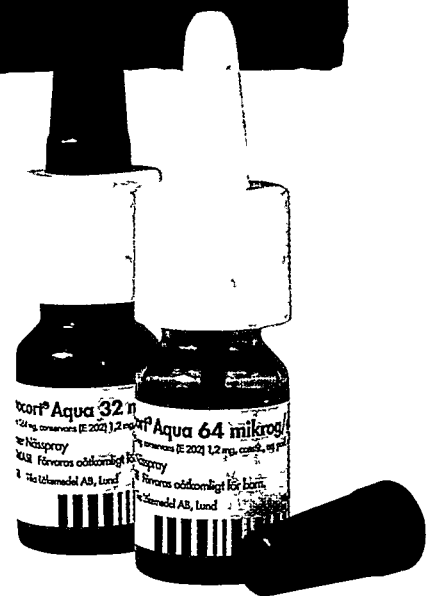
Enligt FASS skall initialdosen vara 256 µg per dygn. Kliniska studier visar att redan en dygnsdos på 64 µg (=32 µg i varje näsborre) kan vara tillräcklig för en del patienter^{1,2}.

Rhinocort Aqua 32 µg är utvecklad på grundval av denna kliniska erfarenhet.

Därför kan du nu ge varje enskild patient fullgod lindring utan att dosera mer än nödvändigt.

¹ Meltzer E, et al: *Clinical and Anti-inflammatory Effects of Intranasal Budesonide (Rhinocort) Aqueous Spray in Adults and Children with Perennial Allergic Rhinitis.* AAAA-I, Febr 21-26 1997

² Chervinsky P, et al: *Dose-related Efficacy and Tolerability of Intranasal Budesonide (Rhinocort) Aqueous spray in Adults and Children with Seasonal Allergic Rhinitis.* AAAA-I, Febr 21-26-1997



NYHET

Rhinocort Aqua
32 & 64 µg.

Rhinocort® Aqua

Redan i låga doser

Sociala faktorerers betydelse för ohälsa, med fokus på hjärtkärlsjukdom

– en forskningsöversikt

PETER NILSSON

Det finns väbelagda epidemiologiska samband mellan låg social klass och en ökad risk för kardiovaskulär morbiditet och mortalitet. Aktuell forskning försöker att inte bara beskriva dessa samband utan även att kartlägga möjliga mekanismer. Såväl sociala belastningsfaktorer som skyddsfaktorer måste kunna mediera sina effekter via biologiska processer för att det skall kunna bli ett utfall i den somatiska hälsan. I Malmö pågår för närvarande stora befolkningsstudier med över 30 000 hälsoundersökta personer som syftar till att studera interaktioner mellan individers sociala bakgrund, livsstil samt biologiska variabler i förhållande till hjärtkärlsjukdom. Resultaten kan komma att ligga till grund för olika hälsopolitiska åtgärder.

Sociala, ekonomiska och etniska bakgrundsfaktorer har visat sig spela stor roll för utbredningen av ohälsa, däribland olika kardiovaskulära sjukdomstillstånd i studerade befolkningar runt om i världen (1–10). I Sverige har man framför allt genom de senaste tio årens olika nationella folkhälsorapporter kunnat påvisa stora sociala hälsoklyftor i befolkningen vad gäller sjuklighet, vårdkonsumtion samt dödlighet i de stora folksjukdomarna, bland annat hjärtkärlsjukdom. Allmänt sett så föreligger det mer utbredd ohälsa inom lägre sociala grupper än i högre. Mest uttalat är dock detta i sociala grupper som står utanför ordinarie arbetsmarknad, till exempel bland långtidsarbetslösa, sjukpensionärer eller utslagna personer på grund av missbruk eller sociala handikapp. Traditionella riskfaktorer för hjärtinfarkt som rökning, hyperlipidemi och hypertoni anses kunna förklara en del, men inte allt, av sambandet mellan till exempel låg socialklass och risken att insjukna i hjärtinfarkt (11).

Migration, klass och ohälsa

Bland invandrargrupper har man i andra länder kunnat se en ökad förekomst av diabetes och hjärtkärlsjukdom i samband med migration från länder med begränsade resurser till västeuropeiska länder med andra livsmönster och konsumtionsvanor (12). I Sverige är dock dessa förhållanden vad gäller specifika sjukdomar endast i ringa grad studerade. Ett exempel är diabetes bland invandrare där en kartläggning nyligen är publicerad, vilken visat på samband mellan låg socialklass och dålig metabol kontroll (13). För många invandrargrupper samverkar således etnisk bakgrund med sociala belastningsfaktorer för en ökad sårbarhet i olika sjukdomstillstånd (14,15). Varje social eller etnisk bakgrundsfaktor måste dock mediera sitt inflytande på morbiditet och mortalitet via biologiska processer, som i sin tur betingas av samspelet mellan genetisk bakgrund samt livsstil, faktorer i arbetsliv och boende. Socioekonomiska faktorer spelar en stor roll för människors sätt att leva. Sammantaget kan alla dessa bakgrundsvariabler påverka risken för bland annat hjärtkärlsjukdom.

Påskyndat biologiskt åldrande

Hur medieras då inflytandet av social bakgrund på sjuklighet och livslängd? Ett påskyndat biologiskt åldrande hos predisponerade individer kan vara en biomedicinsk förklaringsmodell för samband mellan social bakgrund och sjuklighet (16–20). Tidig menopaus är ett uttryck för ett sådant påskyndat biologiskt åldrande där man vet att rökvanor är en stark prediktor liksom låg socialklass mätt med yrke och utbildningsnivå (21). Nyligen har man i Köpenhamn kunnat påvisa att såväl sociala som biologiska faktorer predikterar tidig menopaus i en grupp danska kvinnor följda mellan 40 till 51 års ålder (22). Vad har då detta för konsekvenser? Flera epidemiologiska studier har kunnat visa att tidig menopaus ökar risken för hjärtkärlsjukdom (23), varför detta är ett viktigt fenomen att studera

som ett uttryck för hur sociala faktorer kan påverka den "biologiska klockan".

Socialmedicinsk epidemiologi i Malmö

Malmö erbjuder ett definierat geografiskt område där en lokal epidemiologisk tradition ger goda förutsättningar för närmare analys av samspelet mellan social och etnisk bakgrund samt utfall i form av ohälsa. Detta har redan beskrivits översiktligt inom deskriptiv epidemiologi i flera arbeten som utgått från Institutionen för samhällsmedicin, Malmö, bland annat i en lång serie vetenskapliga rapporter om hur Malmö är en segregerad stad i socialt, etniskt och medicinskt hänseende (24). Tidigare publicerade undersökningar har dock inte kunnat belysa samvariation på *individnivå* mellan sociala och etniska bakgrundsfaktorer med biologiska variabler av intresse för hjärtkärlsjukdom, och ej heller kunnat korrelera dessa bakgrundsfaktorer till utfall i form av incidenta fall i hjärt-kärlsjukdom samt totalmortalitet i grupper som genomgått olika medicinska screeningundersökningar inom sjukvården i Malmö. Ett undantag utgör dock studien 1914-års män där individbaserade samband mellan social bakgrund, sociala nätverk samt medicinska variabler varit möjliga att studera (25,26).

Socialklass och metabol rubbning

Det så kallade "metabola syndromet" är en beteckning på en kardiovaskulärt riskfaktorsamling inkluderande högt blodtryck, glukosintolerans/diabetes, lipidrubbning samt ett flertal metabola och trombogena mekanismer (27). En gemensam faktor synes vara en underliggande insulinresistens med åtföljande hyperinsulinemi. Eftersom fetma, och framför allt bukfetma, uppvisar nära samband med insulinresistens och de beskrivna riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom är det av betydande intresse att studera hur metabola syndromet och fetma förhåller sig till sociala och etniska bakgrundsfaktorer (28). Hittillsvarande forskning har påvisat samband mellan låg socialklass och fetma,

framför allt hos lågutbildade kvinnor (29-31). Utveckling av bukfetma har också hänförs till påverkan via psykosociala belastningsfaktorer till följd av metabola och neuroendokrina mekanismer (32). Studier av fetmautveckling bland män (33) och kvinnor (34) i Sverige har publicerats under senare år, där fetma-grad även visats samvariera med social klassbakgrund.

Det finns därför hållpunkter för att social och etnisk bakgrund hos en individ kan påverka utvecklingen av (buk)fetma, insulinresistens och metabolt syndrom/diabetes. Ett uttryck för detta är den socialt snedfördelade ansamlingen av kardiovaskulära riskfaktorer hos diabetiker (20,35,36). Andra viktiga markörer för ökad kardiovaskulär risk, som reducerad kroppslängd (37-39) och nedsatt lungfunktion (40-42), uppvisar också epidemiologiskt samband med låg social klassbakgrund och kan därmed tänkas utgöra biomedicinska länkar i utvecklingen av socialklass-associerad morbiditet och mortalitet.

Fetala faktorer av betydelse

Tidig påverkan av den fetala utvecklingen, resulterande i intrauterin tillväxthämning, kan prediktera utvecklingen av ohälsa och metabolt syndrom i medelåldern, enligt Barker-hypotesen (43). Det är därför möjligt att alla tre avvikelserna (buk)fetma, dålig lungfunktion och kortvuxenhet kan uppstå som ett resultat av en interaktion mellan genetisk predisposition, fetal påverkan, social barndomsmiljö och livsstil i vuxen ålder. Låg socialklass kan påverka dessa faktorer, till exempel intrauterin tillväxthämning via rökning, dålig nutrition och psykosocial stress. Huruvida social selektion kan spela en roll för graviditetsförhållanden, kroppsmått och födelsevikt är ännu ofullständigt utrett.

Hur mäta socialklass i studier

Social stratifiering för användande i epidemiologiska sammanhang kan tillgå på olika sätt, vilket ingående belysts i den välkända studien av 1913-års män i Göteborg (44). Mycket talar för att utbildningstidens längd är den viktigaste faktorn för social stratifiering i de nordiska länderna. Utbildningstidens längd korrelerar på ett övertygande sätt bl.a. med riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom enligt svenska studier [45]. Social stratifiering kan också utgå från *inkomst* eller *yrke*, sammanfattade i *SEI*-variabeln (Socio-Ekonomisk Indelning). Svårigheten med dessa senare

mått är dock att bägge variablerna kan variera påtagligt under livsförloppet, medan utbildningstidens längd är en mera konstant variabel efter 30 års ålder. Faktorer i yrkeslivet har satts i samband med risk för hjärtkärlsjukdom, inte minst i Karasek-Theorells modell av anspända arbeten som en oberoende riskfaktor (46,47). Civilstånd är, vid sidan om yrkestillhörighet, ytterligare en social variabel som interagerar med socialklass medförande risk för ohälsa. Tillgängliga data visar att till exempel andelen ensamstående män är högre i låg socialklass än i hög, och att denna grupp löper en ökad risk för ohälsa. Vad gäller kvinnor så är däremot andelen ensamstående lika stor i alla sociala klasser. Dessa förhållanden hänger ihop med sociala determinanter för par- och familjebildning.

Skyddsfaktorer mot social ohälsa

Slutligen kan det också vara så att sociala och biologiska skyddsfaktorer (salutogenes) kan mildra inflytandet av negativa belastningsfaktorer med verkan på hjärtkärlsystemet. Goda sociala nätverk och ett gott materiellt eller emotionellt socialt stöd är faktorer som sålunda kan modifiera negativ påverkan av kända biologiska riskfaktorer (48,49). Detta betyder att sociala nätverk antingen kan fungera som rent buffrande skyddsmekanismer, eller uppvisa positiva egen effekter för att skydda mot hjärtkärlsjukdom hos predisponerade individer. Högre status i en grupphierarki är förknippat med högre HDL-kolesterol och lägre nivåer av fibrinogen och stresshormon (50). Således kan en rad biologiska faktorer mediera effekterna av såväl sociala skyddsfaktorer som belastningsfaktorer (51).

Planerade studier i Malmö om klassohälsa

Malmö kommun kan genom sin sociala och etniska sammansättning utgöra en mycket lämplig arena för forskning inom kardiovaskulär epidemiologi med socialmedicinsk och samhällsmedicinsk infallsvinkel. Tidigare befolkningsstudier ger oss nu en möjlighet att samköra data från 33.000 undersökta Malmö-bor (52) med uppgifter från Folk- och Bostadsräkningen (FoB). Detta analysarbete pågår för närvarande vid Klinisk forskningsenhet medicin, Avdelningen för förebyggande medicin, Universitetssjukhuset MAS, i Malmö. Professor Göran Berglund är ansvarig för studierna, men det är allmänläkare som lägger upp förslag till

analyserna. Genom att man kan studera hur sociala och etniska bakgrundsfaktorer samvarierar med riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom kan ny kunskap vinnas om dessa sjukdomars epidemiologi. Denna kunskap skapar sedan förutsättningar för riktade åtgärder och prevention. Malmö kommun har valt att antaga temat "Folkhälsa" för sin verksamhet under 1998. Detta kommer förhoppningsvis att innebära stöd åt olika insatser för att befrämja folkhälsan och motverka sociala hälsoklyftor.

Referenser

1. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature. *Circulation* 1993;88:1973-98.
2. Holme I, Hegeland A, Hjermer I et al. Socio-economic status as a coronary risk factor. The Oslo Study. *Acta Med Scand* 1982;205(suppl 660):147-51.
4. Rosengren A, Wedel H, Wilhelmsen L. Coronary heart disease and mortality in middle-aged men from different occupational classes in Sweden. *BMJ* 1988;297:1497-1500.
10. Nilsson P, Möller L, Östergren P-O. Social class and cardiovascular disease - an update. *Scand J Soc Med* 1995;23:3-8.
13. Hjelm K, Isacson Å, Apelqvist J, Sundqvist J, Nyberg P. Foreign- and Swedish-born diabetic patients - a population-based study on prevalence, glycaemic control and social position. *Scand J Soc Med* 1996;24:243-52.
16. Nilsson P. Premature ageing - the link between psychosocial risk factors and disease? *Med Hypotheses* 1996;47:39-42.
18. Nilsson P, Möller L, Solstad K. Adverse effects of psychosocial stress on gonadal function and insulin levels in middle-aged males. *J Internal Med* 1995;237:479-86.
25. Hansson B, Isacson S-O, Janzon L, Lindell S-E. Social network and social support influence mortality in elderly men. *Am J Epidemiol* 1989;130:100-10.
32. Björntorp P. Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease? *J Internal Med* 1991;230:195-201.
43. Barker DJP, Hales CN, Fall CHD, Osmond C, Phipps K, Clark PMS. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetologia* 1993;36:62-7.

46. Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the U.S. HES and HANES. *Am J Public Health* 1988;78:910-8.
49. Östergren P-O. Psychosocial resources and health. With special reference to social network, social support and cardiovascular disease. Thesis. University of Lund. Malmö, 1991.
50. Brunner EJ, Marmot MG, White IR, O'Brien JR, Etherington MD, Slavin BM et al. Gender and employment grade differences in blood cholesterol, apolipoproteins and haemostatic factors in the Whitehall II study. *Atherosclerosis* 1993;102:195-207.
51. Brunner E. Stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997;314:1472-6.
52. Trell E. Community-based preventive medical department for individual risk factor assessment and intervention in an urban population. *Prev Med* 1983;2:97-402.

Fullständig referenslista kan beställas från författaren

Författarpresentation

Peter Nilsson, docent

Klinisk forskningsenhet medicin
Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö

Existential anatomy – a seminar on body experience and clinical communication

Sigtuna 11-12 juni 1998

Mötet mellan läkare och patient betonas alltmer i allmänmedicinens praktik, reflektion och forskning. Hittills har mest uppmärksamhet riktats mot kommunikationens former, där patientcentreringen erbjuder en metod för läkaren att aktivt underlätta för patienten att formulera förväntningar, idéer, känslor och farhågor. Utan en sådan metod kantraras samtalet alltför lätt över i en utfrågning enligt biomedicinska principer. Att så är fallet visar en omfattande empirisk dokumentation. Ett flertal studier har också visat på goda effekter av ett patientcentrerat arbetssätt.

Kommunikationens innehåll är naturligtvis inte mindre viktigt än formerna. Symtompresentationen förmedlar en individuell erfarenhet av förändrad kroppsupplevelse. Kroppsupplevelsen är i sin tur en del i människans existentiell grund, vilket ger sjukdomsupplevelser och symtompresentationer deras mening. Människan kan aldrig erfa den egna kroppen som ett friliggande ting. Sjukdomskunskaper ger ett begränsat och nyansfattigt språk i förhållande till symtompresentationernas innebörder. Läkarens förståelseberedskap måste vidgas till att omfatta den egna livs- och kroppserfarenheten för att tolkningen av symtompresentationen ska komma nära patientens upplevelse. Vi kallar den tolkningsförmågan "kroppsempati". Ställd inför tusentals symtompresentationer under loppet av sin yrkesgörning, kan läkaren utveckla kroppsempati till att bli en viktig del i kompetensen. Mellanmänsklig förståelse och diagnostisk skärpa går hand i hand. Annat vore ju också konstigt, eftersom det är människor och inte sjukdomar som är patienter.

Seminariets innehåll

I förberedda föreläsningar, fria föredrag, grupparbeten med praktiska inslag kring kommunikation av kroppsoch sjukdomsupplevelser samt med övningar för upplevelse av det egna kroppsjaget kommer temat att belysas. Aktuell forskning kring läkares kroppskänedom och dess betydelse i klinisk kommunikation och kliniska bedömningar kommer att presenteras. I seminarieformen strävas efter en förening av teori och praktik. Relevansen av det kroppsligt-existenciella perspektivet i daglig praxis kommer särskilt att diskuteras.

Delar av seminariets innehåll kommer också att presenteras i ett symposium och en workshop vid den allmänmedicinska världskongressen i Dublin efterföljande vecka.

Medverkande

Kjell Flodgren, leg psykolog, rörelseterapeut, Taiji Quan-lärare.

Iona Heath, GP från London, Vice Chairman i The Royal College of General Practitioners, författare till boken "The Mystery of General Practice" där hon diskuterar allmänmedicinens viktiga kunskaps- och etiska frågor.

S. Kay Toombs, ass professor i filosofi vid Baylor University, Waco, USA, uppskattad plenumföreläsare vid WONCA-kongressen i Stockholm 1996 och författare till boken "The Meaning of Illness", där hon beskriver upplevelsen av kronisk, invalidiserande sjukdom i ett dubbelt perspektiv som själv drabbad och filosof.

Carl Edvard Rudebeck, med dr, husläkare, författare till avhandlingen "General Practice and the Dialogue of General Practice – on Symptoms, Symptom Presentations, and Bodily Emphaty.

Cecilia Ryding, leg sjukgymnast och husläkare, bedriver tillsammans med

Carl Edvard Rudebeck forskning om läkares kroppskänedom och dess roll för tolkning av symtompresentationer.

Målgrupp

Inbjudan riktas i första hand till allmänläkare och allmänmedicinska forskare i Norden. Personer med annan yrkesbakgrund är naturligtvis välkomna i mån av plats.

Fria föredrag under rubriken "Klinisk kommunikation"

Deltagare inbjuds insända abstrakt för fria föredrag. Utrymme planeras för totalt sex föredrag med 20 minuter för vart och ett, varav 5 minuter avsätts för diskussion. Ämnena behöver ej exakt ansluta till seminarietemat utan kan beröra andra aspekter av klinisk kommunikation. Abstrakt ska omfatta högst en A4-sida med 12 punkters text och 1,5 radavstånd och vara möjligt att fotokopiera.

Språk: Huvudspråk är engelska med "skandinaviska" som stödsspråk. Stor vikt kommer att läggas vid att reda ut de språkliga svårigheter som kan tänkas uppstå. I enskilda grupparbeten kan "skandinaviska" bli aktuellt.

Plats för seminariet: Sigtunastiftelsen, Sigtuna. Ca 10 km från Arlanda.

Antal deltagare: 26

Kostnader: Vid betalning före 1998-02-15 – 2.000 kronor, därefter 2.300:–

Internatkonstnader: 1.600 kronor. Senaste tidpunkt för insändande av abstrakt: 30 mars 1998.

Anmälningsblankett kan rekvideras från SFAM, att.: Barbara Dürr, Box 738, 113 35 Stockholm. tel +46 8 4404612, fax 46 8 4408886

För ytterligare information: Kontakta Carl Edvard Rudebeck, tel 08-4404613 eller Cecilia Ryding 08-7291132.



”Lovar du att säga
sanningen, hela
sanningen och
inget annat än
sanningen?”

Författarregister 1997

Artiklar publicerade i AllmänMedicin 1997, sorterade efter första författare.

Artiklar med "serach words" är indexerade i Swemed. Swemed är en medicinsk litteraturlösningsdatabas, som produceras vid medicinska Informationscentralen (MIC) på Karolinska institutet.

Övriga artiklar hänvisas endast till nummer och sida(or) i tidskriften.

Andersson D. Vilka(s) visioner vill vi verkliggöra? (3):112. *Från redaktionen.*

Andersson D. "Kunskap, kultur och kul" i R eykjavik. (4):173-4. *Kurser & Konferenser.*

Andersson D, Carlström I. Nedslag i primärvården. Kvalitet och säkerhet granskad av Socialstyrelsen. AllmänMedicin 1997;18(3):117-9. SEARCH WORDS: Utvärderingsstudier; Primärvård, Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård.

Andersson S. Följsamhet eller självkontroll? Om compliance-problemet. AllmänMedicin 1997;18(1):41-3. SEARCH WORDS: Läkemedel; Terapiföljsamhet; Patientinformation; Läkare-patientrelationer; Egenvård.

Andersson S. Damasio A. Descartes error. Emotion, reason and the human brain. (2):106-7. *Recensioner.*

André M. Om FQ-arbete och kritiska händelser – rapport från mellansvenskt seminarium för FQ-gruppledare. (1):22-4.

Andre M. Bidrar FQ-grupperna till en bättre vård? AllmänMedicin 1997;18(5):126-8. SEARCH WORDS: Vidareutbildning, Läkare; Allmänmedicin; Allmänläkare; Primärvård.

Anonymous. Specialistutbildning i allmänmedicin. AllmänMedicin 1997;18(suppl):1-20. SEARCH WORDS: Studieplan; Vidareutbildning, läkare; Allmänmedicin; Sverige.

Arborelius E. Patientcentrering i inledningen på konsultationen. AllmänMedicin 1997;18(2):102-6. SEARCH WORDS: Medkänsla; Anamnesupptagning; Läkare-patientrelationer; Allmänläkare; Primärvård; Remiss och konsultation.

Beckman A. Vad vi tror att vi gör och vad vi egentligen gör. AllmänMedicin 1997;18(4):189-90. SEARCH WORDS: Vårdcentraler; Allmänmedicin; Allmänläkare; Primärvård; Remiss och konsultation.

Beckman A, Lindén B, Hagstedt B. Ortopedi i primärvården. (6):285. *Recensioner.*

Bengtsson P, Rasmussen F. Bidrar avgiftsfritt återbesök till minskad antibiotikaförskrivning? AllmänMedicin 1997;18(5):215-6. SEARCH WORDS: Antibiotika; Barn; Förskolebarn; Läke-medelsanvändning; Patientavgifter; Läkemedelsförskrivning; Remiss och konsultation; Luftvägsinfektioner; Retrospektiva studier.

Berg L, Staf O, Brorsson A, Hegle T, Henningsson S, Malmberg B-G, Persson M, Widäng K. Utdataprojektet "Utile Dulci". (6):260-1.

Björkelund C. Att mäta mötet – om kvalitativa metoder i allmänmedicin. (2):56. *Från redaktionen.*

Björkelund C, Persson L-G. Lifestyle oriented prevention programmes within primary health care in Skaraborg, Sweden, with special reference to cardiovascular risk factors. (4):166. *Doktorsavhandlingar från primärvården.*

Björkelund C, Strender L-E. Allmänmedicin behöver en allmänmedicinsk databas! (5):212.

Björkelund C. Allmänläkare är specialister på handledning! (6):252. *Från redaktionen.*

Bogentoft S, Nilsson JLG. LB - help in cost-benefit drug prescription. AllmänMedicin 1997;18(4): 177-8. SEARCH WORDS: Kataloger, drug; Kostnadsbesparingar; Kostnadsnyttoanalys; Läkemedelskostnader; Läkemedelsförskrivning.

Bolander P, Rydbeck P. Telefonen – viktigt arbetsinstrument i primärvård. (6):274.

Brandström H, Nilsson P. Kvalitetssystem för kranskärslsjukdom. – Tidsträngd primärvård behöver kvalitetssäkringsstöd. AllmänMedicin 1997;18(5):133-4. SEARCH WORDS: Hjärt- och kärlsjukdomar; Primärvård; Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård; Tidsfaktorer.

Brorsson A, Tibblin G. Landet Lagom. (2):108. *Recensioner.*

Brun J, Fabian C, Lorentzson S, Nerbrand C. Friande dom för Allmänmedicinskt Forum. (6):257.

Burenhult E, Björgell P, Björgell A. Jourläkarboken. (5):244. *Recensioner.*

Carlsson B, Ejlertsson G. Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik. (1):49. *Recensioner.*

Drejare A. Blod tunnare än vatten – en studie av antikoagulantibehandling i glesbygd.

AllmänMedicin 1997;18(2):90-4. SEARCH WORDS: Äldre; Blodförtunningsmedel; Uppföljningsstudier; Primärvård; Prospektiva studier; Landsbygdsbefolkning; Warfarin.

Eckerman I. Miljöfrågor - angår de allmänmedicinare? (1):14-5. *Debat.*

Ekedahl A. Återlämnade inhalationsläkemedel på apotek. AllmänMedicin 1997;18(1):45-6. SEARCH WORDS: Läkemedelstillförsel genom inandning; Aerosoler; Läke-medelsanvändning; Läkemedel; Sprayapparater; Apotek.

Ekedahl S, Larsen J, Ulvatne T. Första diplomeringskursen för studierektorer i allmänmedicin. (1):13-4.

Eliasson G. Skriv en rad till allmänläkarkonsulten! (6):281-2.

Eliasson G, Herrström P. Rapport från FoU-möte i Helsingborg 14-15 november 1996. (2):65.

Eliasson G, Johansson E. Remisser från sjukhuset till primärvård. Kunskaperna finns men informationen kan bli bättre. AllmänMedicin 1997;18(5):143-5. SEARCH WORDS: Uppföljningsstudier; Sjukhus; Yrkesrelationer; Kunskap, attityder, vanor; Primärvård; Remiss och konsultation.

Gaasvik Blomqvist L. Mag-Tarmåret 1998. (6):268-70. *Apoteksbolaget.*

Gundersen A, Håkansson A, Hallberg L, Holm G, Lindholm N, Werkö L. Internmedicin. (6):285-6. *Recensioner.*

- Hagberg B, Grahn B, Håkansson A.** Diagnoser och åtgärder i distriktssjukgymnastens vardag. *AllmänMedicin* 1997;18(2):75-8. SEARCH WORDS: Åldersfaktorer; Ryggsmärta; Distriktssjukvård; Diagnos; Invaliditetsbedömning; Muskuloskeletal sjukdomar; Sjukgymnastik; Primärvård; Enkät; Remiss och konsultation; Könsfaktorer.
- Hagnestad L, Larsson M.** Obstruktiv lungsjukdom i svensk och kanadensisk primärvård. *AllmänMedicin* 1997;18(4):186-7. SEARCH WORDS: Kanada; Allmänmedicin; Allmänläkare; Lungsjukdomar obstruktiva; Läkarpraxis, klinisk; Primärvård; Enkät; Sverige.
- Hagström B.** Att forska är primärt. (5):235.
- Hansson A.** Hjärt-Kärlåret 1997. (3):131-2. *Apoteksbolaget*.
- Hasselström J.** Kan Läkemedelsverkets workshops bli bättre? - exemplet epilepsi. (4):198-9.
- Hedberg C, Hey M, Johansson Y, Borgström H.** Rapport från Mentorskonferens i London. (4):179-80.
- Hellström O.** Bidrag till en allmänmedicinsk teori. *AllmänMedicin* 1997;18(4):168-9. SEARCH WORDS: Kommunikation; Allmänmedicin; Medelålder; Läkare-patientrelationer.
- Henriksson K, Hurlen P, Nordhagen R.** Folkehelse i förändring. (5):248. *Recensioner*.
- Hensjö LO.** Diagnos på recept. *AllmänMedicin* 1997;18(2):67-9. SEARCH WORDS: Diagnos; Läkemedelsförskrivning; Register; Sverige.
- Hensjö LO.** Reform på recept - äntligen! (5):204-5. *Från redaktionen*.
- Håkansson A.** Apropå året som gått. 1997(1):4-5. *Från redaktionen*
- Håkansson A.** EGPRW historik och framtid. *AllmänMedicin* 1997;18(2):62-3. SEARCH WORDS: Kongresser; Europa; Allmänmedicin.
- Håkansson A.** Informera mera! (4):156. *Från redaktionen*.
- Jonsson T, Dossey L.** Läkande ord. (2):108. *Recensioner*.
- Karlsson A-K, Spåls M.** Så vill vi ha't - var ska vi ta't? (2):83.
- Kjeldmand D.** Nationellt Balintmöte i september 1997. (6):266. *Kurser & Konferenser*.
- Källkvist A.** Varför SFAM? (1):6-7.
- Källkvist A.** Framåt i Europa! (2):58. *Nytt från SFAM*.
- Lenhoff K, Ek J.** Barnesykdommer. (6):285. *Recensioner*.
- Linne Björk A, Liedholm H.** Patienter behandlade med SSRI-preparat i primärvården i Malmö. En observationsstudie från två vårdcentraler. *AllmänMedicin* 1997;18(4):192-3. SEARCH WORDS: Vuxna; Äldre; Vårdcentraler; Läkemedelsanvändning; Medelålder; Läkemedelsförskrivning; Primärvård; Serotoninupptagshammare; Sverige.
- Lynöe N.** Om nyspråkliga dimridåer. (4):170-1.
- Malmberg B-G, Widäng K, Wallin SB, Berg L, Brorsson A.** Begreppsmodellering - en nödvändighet även för den medicinska professionen. *AllmänMedicin* 1997;18(4):158-60. SEARCH WORDS: Begreppsmodellering; Medicin; Terminologi.
- Mattsson B, Getz L, Westin S.** Håndbok for specialistutbildningen i allmenmedicin. (6):288. *Recensioner*.
- Nielsen V, Bauer A.** Signering av Addoschema: bristande rutiner. *AllmänMedicin* 1997;18(5):149-50. SEARCH WORDS: Beredningsformer; Läkemedel; Journaler; Läkemedelshanteringsystem; Allmänläkare; Kliniska riktlinjer; Läkemedelsförskrivning.
- Nilsson B, Dellson P.** Klinisk blick - reflektioner kring läkekonsten. (3):152. *Recensioner*.
- Nilsson B.** Den praktiska kompetensen. Inlägg vid SFAM-DLFs vårmöte i Malmö. (4):185.
- Nilsson B.** Sorg och existentiella frågor framträdande i kontakten med kurator inom primärvården. *AllmänMedicin* 1997;18(5):237-40. SEARCH WORDS: Vuxna; Äldre; Sorgarbete; Rådgivning; Handikappade; Existentialism; Sorg; Medelålder; Primärvård; Socialt arbete; Socioekonomiska faktorer.
- Nilsson K, Holm U.** Det räcker inte att vara snäll. (1):48. *Recensioner*.
- Nilsson P, Hellénus ML.** Nya rön om rökavvänjning i primärvård - en litteraturgenomgång. *AllmänMedicin* 1997;18(2):94-8. SEARCH WORDS: Hälsoupplysning; Primärvård; Litteraturoversikt; Rökavvänjning.
- Nordström A, Winberg J, Persson S.** Hur ser distriktssköterskorna på sina möjligheter att arbeta förebyggande i alkoholfrågor? (6):271-3.
- Olsson B.** Nationella diabetesregistret - kvalitetsutveckling eller statistikleverans? *AllmänMedicin* 1997;18(1):5-6. SEARCH WORDS: Sekretess; Databaser, fakta; Diabetes; Kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvård; Register; Statistik; Sverige.
- Olsson B.** Receptregistret. (2):57. *Från styrelsen*.
- Olsson B.** Fyra kärnfrågor för allmänmedicinen. (6):253. *Från styrelsen*.
- Olsson P.** Nordisk workshop om fördelar och nackdelar. (1):20.
- Olsson P, Malterud K.** Kvalitative metoder i medicinsk forskning. En innføring. (4):199-200. *Recensioner*.
- Palmborg M.** ... och doktorn kom. En kvinnlig provinsialläkare bladdrar i minnenas bok. *AllmänMedicin* 1997;18(suppl):1-44. SEARCH WORDS: Allmänmedicin; Medicinhistoria; 1900-tal; Läkare, kvinnliga; Sverige.
- Pedersen H.** Fortbildningspärm för distriktsläkare. *AllmänMedicin* 1997;18(2):84-5. SEARCH WORDS: Kataloger; Vidareutbildning, läkare; Allmänläkare; Primärvård.
- Pedersen H, Bäckström Andersson M, Kjeldmand D.** Konsultationen - hela vårdcentralens angelägenhet. (5):243.
- Persson BE.** Några humanistiska perspektiv på hälsa och hälsoforskning. Rapport från den 3:e Nordiska konferansen om humanistisk helseforskning, Oslo 9-11 maj 1996. *AllmänMedicin* 1997;18(1):18-9. SEARCH WORDS: Kongresser; Hälsa; Humanism, Norge; Forskning.
- Persson S, Nordström A, Winberg J, Mattsson B.** Alkoholpreventivt arbete i primärvården - några erfarenheter från Umeå. *AllmänMedicin* 1997;18(5):219-22. SEARCH WORDS: Alkoholkonsumtion; Alkoholism; Hälsoupplysning; Primärvård; Socialt stöd; Socialt arbete; Sverige.
- Petersson C.** "Allt verkligt liv är möte" - om konsultationens poesi. *AllmänMedicin* 1997;18(1):36-8. SEARCH WORDS: Humanism; Personliga relationer; Läkare-patientrelationer; Poesi; Remiss och konsultation.
- Petersson C.** Prevention i Prag - en sommarkongress mellan kaos och ordning. (5):210-1. *Kurser & Konferenser*.

Rastad J. ATLAS – Traumakurs för allmänläkare.

AllmänMedicin 1997;18:195–6.

SEARCH WORDS: Allmänmedicin; Livsuppehållande vård; Allmänläkare; Återupplivning; Traumatologi.

Ribacke M. Vad tycker patienterna om primärvården? Sameuropeisk metodutveckling för ökat patientinflytande.

AllmänMedicin 1997;18(5):137–40.

SEARCH WORDS: Attityd till hälsa; Europa; Metoder; Patienttillfredsställelse; Primärvård; Enkät.

Råstam L. Troein M. High blood cholesterol. Physician and patient perspectives.

AllmänMedicin 1997;18(1):31–3.

SEARCH WORDS: Kolesterol; Kommunikation; Avhandlingar, akademiska; Hyperkolesterolemi; Kunskap, attityder, vanor; Läkare-patientrelationer.

Scherstén B. Berglund J. Epidemiology and clinical manifestations of lyme borreliosis. AllmänMedicin 1997;18(3):122–4.

SEARCH WORDS: Borrelia burgdorferi; Avhandlingar, akademiska; Lymes sjukdom; Sverige; Fästingar.

Staf O, SFAM.dok. SFAM.dok jobbar vidare. Plan för verksamhetsåret 1997–98. (6):259. *Nytt från SFAM.*

Swartling PG, Håkansson A. Primärvårdens utveckling fram mot år 2010.

AllmänMedicin 1997;18(suppl):1–15.

SEARCH WORDS: Primärvård; Sverige.

Svidén L. Utbildning för lärare i allmänmedicin. (2):64.

Thulesius H. Olsson H. Tumörsjukdomar. (3):152. *Recensioner.*

Tibblin G. Falk M. Doktor Uggla på Skogsakuten och andra medicinska historier. (2):107. *Recensioner.*

Trell E. Allmänmedicinen år 2010. Inlägg vid SFAM-DLFs vårmöte i Malmö. (4):182-3.

Troein M. Kan Malmö högskola bidra till de svenska allmänläkarnas professionella utveckling. (5):231–2.

Troein M. Sachs L. Sjukdom som ordning. (5):247. *Recensioner.*

Wessling A. Psykofarmaka – mer än antidepressiva.

AllmänMedicin 1997;18(1):27–8.

SEARCH WORDS: Vuxna; Äldre; Antidepressiva medel; Läkemedelsanvändning; Medelålder; Läkemedelsförskrivning; Psykofarmaka; Serotoninupptagshämmare.

Wessling A. Läkemedelsförsäljningen 1996 – helt i hamstringens tecken.

AllmänMedicin 1997;18(2):81–2.

SEARCH WORDS: Åldersfaktorer; Läkemedelskostnader; Läkemedelsanvändning; Sverige.

Widäng K, Berg L, Brorsson A, Hegle T, Henningson S, Malmberg BG, Persson M, Staf O. Att sätta diagnos och koda denna.

AllmänMedicin 1997;18(2):71–2.

SEARCH WORDS: Ungdomar; Vuxna; Vårdcentraler; Barn; Diagnos; Medelålder; Allmänläkare; Vårdkvalitet.

Widäng K, Malmberg B-G, Wallin S-B, Berg L, Brorsson A, Hegle T, Henningson S, Persson M, Staf O. Begreppsmodellering – en nödvändighet även för den medicinska professionen – del 2. (6):263-4.

Windling A, Nordgaard E. ASTMA – ett dolt hälsoproblem hos ungdomar. (6):277–8.

Wändell PE. Röntgenremisser på en vårdcentral – jämförelse mellan 1991 och 1996.

AllmänMedicin 1997;18(5):227–31. SEARCH WORDS: Ungdomar; Vuxna; Äldre; Vårdcentraler; Barn; Allmänmedicin; Medelålder; Läkarpaxis, klinisk; Röntgenundersökning; Remiss och konsultation.

International Travel Scholarships The Katharina Von Kuenssberg Award & John J Ferguson International Travel Scholarship

The Royal College of General Practitioners invites applications for international scholarships to enable general practitioners from the UK to travel overseas to study aspects of health care relevant to this country's needs, to assist doctors from their own country's needs, or to help countries develop their own systems of primary care.

The following awards will also be made:

Katharina Von Kuenssberg Award

The Katharina Von Kuenssberg Award is awarded each year for the most outstanding international travel scholarship application submitted.

John J Ferguson International Travel Scholarship

John J Ferguson International Travel Scholarship is awarded each year for the outstanding scholarship application from a doctor undertaking study in relation to the Middle or Far East.

The value of each scholarship can range from £100 to £1,000.

Closing dates

International Travel Scholarships/Katharina Von Kuenssberg Award Friday 16 January 1998 (for projects from 1 March 1998-1 March 1999)

International Travel Scholarships/John J Ferguson International Travel Scholarship Friday 14 August 1998 (for projects from 1 Oct 1998 – 1 Oct 1999).

If you would like further details or an application form, please contact:

Mrs Mayuri Patel

Clerk to the International Travel Scholarships
Royal College of General Practitioners
14 Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU

Tel +44 171 581 3232 Ext 233

Fax +44 171 589 3145

Website: <http://www.rcgp.org.uk>

e-mail: mpatel@rcgp.org.uk

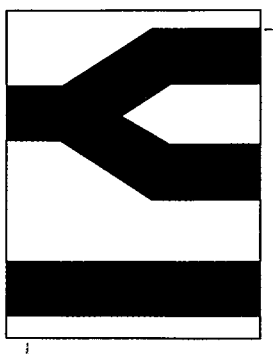


Lundbeck är ett stiftelseägt läkemedelsföretag. Hela verksamhetsvinsten investeras kontinuerligt i fortsatt forskning. Några aktieägarintressen existerar inte i Lundbeck. Däremot står vetenskapliga och humanitära värden högt i kurs. Detta är en av förklaringarna till att Lundbeck är ett världsledande företag inom CNS-området.

Vår forskning har resulterat i en lång rad originalläkemedel. Det senaste exemplet är Cipramil. Önskar du information om våra preparat är du alltid välkommen att kontakta oss på Lundbeck.

Research
for a
better
life!

Lundbeck
CNS-företaget



NEUROLEPTIKA

Buroni[®]
Cisordinol[®]
Cisordinol Acutard[®]
Cisordinol Depot[®]
Fluanxol[®]
Fluanxol Depot[®]
Truxal[®]



ANTIDEPRESSIVA

Cipramil[®]
Saroten[®]
Sensaval[®]
Tymelyt[®]



Cocillana-etyfin har effektivt dämpat hosta i över 40 år.

▲ MIXTUR: 150, 500, 1000ML. 1 ML INNEHÅLLER: 2,5 MG ETYLMORFIN, 7,8 MG SENEGA, 8,8 MG COCILLANA.



Pharmacia & Upjohn

Pharmacia & Upjohn Sverige AB
112 87 Stockholm. Telefon 08-695 80 00