

ALLMÄNNMEDICIN

Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin

Nr 1 • 2001

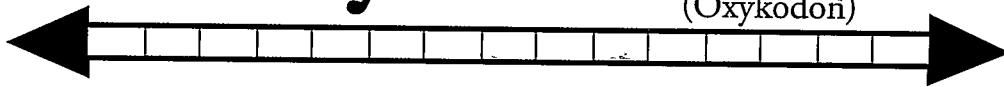
Årgång 22





OxyContin®

(Oxykodon)



- Med bred dokumentation vid svåra smärtor

○ Effektivt ^(1,2,3)

- vid behandling av svåra opioidkänsliga smärtor hos patienter med såväl icke cancerrelaterade som cancerrelaterade och postoperativa smärtor

○ Enkelt ⁽⁴⁾

- startdos 10-20 mg x 2 för opioidnaiva patienter
- utsättning direkt i doser upp till 60 mg/dygn

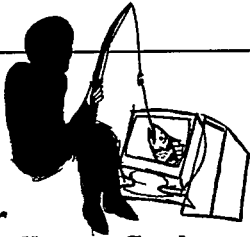
○ Säker långtidsbehandling ⁽⁵⁾

- över ett års behandling utan gradvis ökande doser

Smärtföretaget Mundipharma • Mölndalsvägen 26 • 412 63 Göteborg • Telefon: 031-335 81 20 • Telefax: 031-335 81 29 • www.mundipharma.se

Källor: 1. Watson et al., Neurology 1998;50:1837-1841. 2. Muccio-LoRusso et al., European Journal of Pain 1998;2:239-249. 3. Reuben et al., Anesth Analg 1999;88:1286-91. 4. Fass-01. 5. Roth et al., Arch. of Int. Med. 2000;160:853:60.

Vid långvarig svår opioidkänslig smärta såsom smärta vid cancer. ♦♦ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. ▲ Trafikvarning: Vid behandling med OxyContin® kan reaktionsförmågan nedsättas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t.ex. vid bilkörning. 10, 20, 40 och 80 mg slow-release tablett i förpackningar om 28 och 98 st.



Ur Ordbytesfloden:

Det är inte varje dag som en svensk allmänläkare, ännu mindre en som är med på dessa mailinglistor, får den stora äran att skriva en kommenterande ledartitel i anrika The Lancet.

Den 17 november 2001 fick vår kollega Ulf Lindblad den stora äran att kommentera en originalartikel om utveckling från högt normalblodtryck till hypertoni.

Kan läsas på:
http://www.thelancet.com/journal/vol358/iss9294/full/lan.358.9294_editorial_and_review.18385.1

(Obs! det går inte att klicka sig dit om url-adressen inte står på en rad. Står den på två rader så får du kopiera över adressen till web-läsaren)

Ulf Lindblad disputerade i Malmö 1993 på en avhandling från hypertoniprojektet i Skaraborg. Numera verksam på Skaraborgsinstitutet och även vid institutionen för allmänmedicin i Malmö.

Vi gratulerar!

Anders Hernborg

Bildtips!

Redaktionen tar tacksamt emot bilder till alla texter, även bild på textförfattaren. Skriv vem som är fotograferad och fotografens namn.

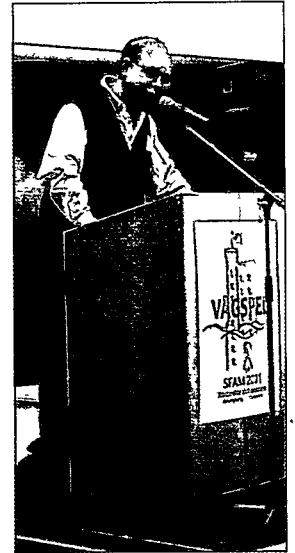
Det går bra med dia-, pappers- och digitala fotografier.

Om du fotograferar med digitalkamera tänk på att ställa in kameran så att den tar med bästa kvalitet, det vill säga högsta möjliga upplösning.

Frågor om bilder besvaras av Diana Reybekiel
 diana@kapitel2.se
 tel 08-32 69 93.

OMSLAGSFOTO: STELLAN REYBEKIEL

Ledaren: En god grund. Guldläge för allmänmedicin? <i>Jan Stålhammar</i>	271
På jobbet: Den unika vardagen. Familjeläkare i hockeystokiga Foppaland. <i>Anders Lundqvist</i>	274
Årsmötet: "Livlig debatt på fullmäktige om medlemskap i Läkaresällskapet." Debattlystna i Helsingborg. <i>Roland Morgell</i>	280
Förspel. En given succé! <i>Knut Bodin</i>	282
"Närsjukvård – en bedräglig term eller nytänkande." <i>Robert Svartholm</i>	285
Specialistexaminanderna och Årets Handledare. <i>Ylva Johansson</i>	286
Årets Lejon. <i>Meta Wiborgh</i>	287
Varnings signaler i symptombruset. <i>Birgitta Anstey</i>	288
AllmänMedicins Betyg. <i>Roland Morgell</i>	288
Gästkrönika: Min syn på mammografiscreening. Kritik mot svensk forskning kring mammografiscreening. <i>Göran Sjönell</i>	290
Vetenskap: Norsk allmänspecialist hade huvudroll vid största epidemin Allmänspecialistens pussel under höstens stora epidemi av legionella.	294
Reportage/Utland: Utveckling av familjemedicin i Murmansk. <i>Björn Olsson</i>	297
Apoteket: Enalapril i bröstmjölk med flera frågor och svar.	300
Budkaveln: Allmänmedicinens hälsoläge i Östergötland. Med budkavlen i Östergötland. <i>Gunnar Mårdén</i>	303
Vetenskap: Det goda åldrandet – ett salutogenetiskt perspektiv. <i>Hans Hallberg</i>	306
Vetenskap: Kan man lyckas med lokal skaderegistrering? Erfarenheter från Nacka 2000. <i>Ingrid Eckerman</i>	316
Så här gör jag: Bara kul att driva privat? "Täby Centrum-doktorn" om att privatiseras. <i>Anders Nilsson</i>	323
Bokrecension: "STUR – stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet." <i>Robert Svartholm</i> recenserar.	326
Reportage/Utland: Med EGPRW till Gdynia. <i>Eva Marklund</i>	329
Debatt: • Svar till Mogens Hey • Om kränkande reklam	330
Kalendarier	332
SFAM-nytt: Lyft fram de gröna öarna! <i>Meta Wiborgh</i>	332



Per Björgell.
Sidorna 280–288

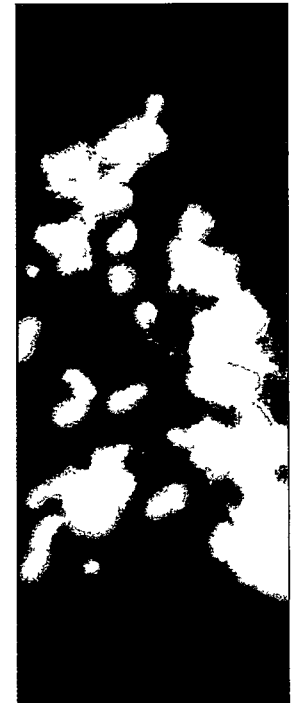
Rättelse!

Redaktionen beklagar att ett fel insmugit sig i Supplement nr 1/01, Primärvårdens utveckling i Sverige, sidan 11, spalt 2: Den särskilda specialistutbildning i allmänmedicin som infördes 1981 var fyra och ett halvt år lång – inget annat!

Apoteket

Sidorna 300–301

Nedan:
Legionellabakterier.
Sidorna 294–295



T v: Göran Sjönell. Sidorna 290–22

NY
GODKÄND
INDIKATION:
Posttraumatiskt
stressyndrom (PTSD)*



Zoloft® är
(sertralín)
effektivt
– även på
lång sikt

En människa som drabbas av sin första depression riskerar att tillbringa en femtedel av sin framtid i depressivt stämningsläge.¹ Tidig behandling och effektivt återfallsförebyggande är därför av stor betydelse.

Zoloft är effektivt både på kort och lång sikt.²⁻⁵ Minst åtta av tio patienter är fria från återfall* vid långtidsbehandling.⁴ Bland patienter med kronisk depression är sju av tio patienter återfallsfria** vid behandling under 1,5 år.⁵ Även Zoloft 50 mg håller depressionen borta.⁴

Behandlingen är enkel. Zoloft 50 mg är effektiv dos, oavsett indikation.

Zoloft®
(sertralín)

- UTBILDNINGAR FRÅN PFIZER CNS: DAISY Depression • DAISY Demens • DAISY Ångest • Prime MD • OCD-skolan
• Utbildningsprogram schizofreni • Psykofarmakologisk utbildning för BUP • Teamutbildning om barn och OCD
• Utbildningsprogram neurogen smärta



*Fri från återfall: CGI-S 1-3. **Fri från återfall: Ingen depression enl. DSM-III-R, CGI-S 1-3, CGI-I 1-2 och en ökning i HAM-D med max 3 p från underhållsbehandlings start. REFERENSER: 1. Kupfer DJ, J Clin Psychiat 1991; 5: 62. 2. Ekselius L, et al. Int Clin Psychopharmacol 1997; 12: 323-31. 3. Åberg-Wistedt A, et al. J Clin Psychopharmacol 2000; 20(6): 645-52. 4. Doogan DP, et al. Br J Psychiat 1992; 160: 217-22. 5. Keller MB, et al. JAMA 1998; 280: 1665-72. 6. Brady K, et al. JAMA 2000; 283: 1837-44. INDIKATIONER: Egentlig depression med melankoli, djupa eller långvariga depressioner utan melankoli. Vid tillfredsställande svar kan Zoloft ges förebyggande mot återfall eller nya episoder med depression. Tvångsyndrom hos vuxna och barn över 6 år. Paniksyndrom med eller utan agorafobi. Posttraumatiskt stressyndrom. FÖRPACKNINGAR: Tabletter 25 mg, 28 st och 98 st, 50 mg (med brytskåra) och 100 mg, 28 st och 98 st (tryckpack), 50x50 mg (endos), 200x50 mg (burk), oral lösning 20 mg/ml, 60 ml (flaska med graderad pipett). För vidare information, se FASS.

En ljusare tillvaro

BOX 501 183 25 TÄBY TEL 08-519 062 00 FAX 08-519 062 12 www.pfizer.se

En god grund

"...primärvårdens funktion är att utgöra befolkningens första handsval och att svara för sammanhang och kontinuitet i det samlade vårdutbudet."

"...målet för ett familjemedicinskt institut ska vara att skapa bättre förutsättningar för landstingens och kommunernas primärvård att utvecklas till en väl fungerande bas i den svenska sjukvården."

Den av svensk allmänmedicin emottagna regeringens propositionen om ett familjemedicinskt institut kom den 1 november (prop. 2001/02:38). För att förverkliga det har man inledningsvis anvisat 20 miljoner kronor per år 2002–2004.

Det är inte utan att det känns som ett guldläge för svensk primärvård och allmänmedicin.

BAKGRUNDEN till propositionen finns i den Nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) som ledde till att regeringen utsåg Göran Sjönell att utreda förutsättningarna för ett familjemedicinskt institut. Den utredningen låg färdig före sommaren och då remissbehandlingen var klar hade 39 svar inkommit, varav två var emot bildandet av institutet – Växjö universitet och Svenska Läkaresällskapet.

Regeringen konstaterar till en början att det behövs en struktur för ett nationellt stöd till utveckling och spridning av kunskaper inom primärvården. Det familjemedicinska institutet, som ska finansieras av landstingen och kommunerna i samverkan är tänkt att vara



motorn i en sådan verksamhet. Institutet ska vara ett torg där alla primärvårdens intressenter möts. Det ska stödja olika instanser för att utveckla och initiera fortbildning, stödja kvalitetsarbete, lägga särskild vikt vid primärvårdens stöd och vård av äldre, se över hur rekryteringen till primärvården kan tryggas och slutligen stödja landsting och kommuner då det gäller information om primärvårdens möjligheter.

INFÖR ALLT DETTA känner man sig nästan lika rusig som efter Alma Ata-mötet på 70-talet då WHO lovade "hälsa åt alla år 2000". Vem vill säga emot?

Men inte ens detta förslag bör tas med acklamation, och här följer en kommentar till delar av förslaget. Också i framgången behövs en kritisk granskning.

Den första fråga som inställer sig är om familjeinstitutet kan gå i land med

den väldiga uppgift det tilldelats, inom de ekonomiska ramar som föreslagits. Hela problematiken kring rekryteringen av personal och arbetsmiljöfrågor är exempel på det. Det förefaller som om institutet riskerar att bli en gisslan i ett större facklig spel. Dels i kampen för att attrahera framtidens bristvara, de nya doktorerna, gentemot andra specialiteter, dels i den ekonomiska kraftmätningen med arbetsgivaren.

Huvudansvaret för den långsiktiga försörjningen av personal till primärvården måste vara arbetsgivarens, inte det familjemedicinska institutets.

Betydligt större framgång tror jag att institutet kan komma att få som samlande instans för kunskapsutbyte i frågor om utveckling av primärvårdens innehåll, utformning med mera vilket utgår från alla de personalgrupper som finns i primärvården.

VIKTIGAST ÄR FORTBILDNINGEN.

Den är viktig för alla yrkeskategorier inom primärvården, men särskilt angelägen för läkarna, eftersom de har det avgörande inflytandet både då det gäller utvecklingens inriktning och kostnadsgenereringen. Eftersom varje allmänläkare genom sin penna initierar kostnader för läkemedelsförskrivning, medicinsk service (inklusive labb och röntgen med mera) och sjukskrivningar för mellan fem och tio miljoner, har de både som grupp och som individer den överlägset största betydelsen för kostnadsutvecklingen i primärvården. Felutbildade allmänläkare är dyra för samhället – bortsett från att de är dåliga för patienterna. Att skapa förutsättningar för en rationell medicinsk praxis, där gamla metoder utmönstras och nya metoder efter evidensbaserad prövning tas i bruk, måste vara ett övergripande mål för fortbildningen. Det säkerställs sannolikt bäst genom att allmänläkarnas fortbildning

>> hålls så fri från kommersiella partsintressen som möjligt. Att skapa förutsättningar för det bör vara en huvuduppgift för det familjemedicinska institutet.

Propositionen talar om att utveckla ett mer strukturerat och sammanhållet system för fortbildningen. Mycket talar för att det är här huvuddelen av krutet bör användas, så att vi får till stånd ett rikt utbud av utbildningsaktiviteter och kurser, jämförbart med förhållandena i Norge och Danmark – och som skulle kunna ligga till grund för en recertifieringsmodell. Att vi ska vara garanterat utbildade doktorer är kanske ett rimligt framtida krav från våra patienter?

EN ANNAN ANGELÄGEN uppgift, som propositionen understryker, är behovet av teamgemensam kunskapsutveckling. Även det går att förena med ett kursutbud som skulle kunna ligga till grund för recertifiering även för distriktssköterskor. Kanske teamgemensamma kurser skulle kunna ge extra meritpoäng?

Propositionen säger att institutet ska stödja utvecklingen av kvalitet och metoder inom primärvården. Kvalitetsfrågor är svåra att definiera inom allmänmedicinen. Hur standardiserar man ett utfall av en verksamhet, vars kanske viktigaste uppgift just är att individualisera insatsen till den det berör?

INSTITUTETS ROLL här kommer att vara svår att skilja från annan allmänmedicinsk forskning, som dock lämnats

utanför propositionen. Samtidigt konstaterar man att en påfallande liten del av forskningen fokuserar på den öppna vårdens förutsättningar att fungera effektivt och att det finns brister beträffande patientorienterad, klinisk och behandlingsinriktad forskning. Inte minst då det gäller att belysa hur praxis förändras och ny teknologi införs i primärvården, det så kallade science-praxis gap.

Även om institutet inte har fått mandat att ta sig an de här uppgifterna, tror jag att det är angeläget att man ändå i samarbete med universitet, högskolor och regionala FoU-centra över landet, försöker få ett samlat grepp av utvärderingsforskningen.

Intressant bland remissvaren är Per Axel Svalanders förslag att tillskapa en professur om "Den öppna vårdens organisation", arbetsformer och verkningmekanismer med hemvist vid det familjemedicinska institutet. Det är angeläget att granska effekterna av det senaste decenniets och framtidens organisatoriska lappkast inom sjukvården, och inte bara låta, de många gånger dyrköpta, erfarenheterna rinna ut som skrift i sanden. Här finns en gedigen, internationell erfarenhet att bygga på, bland annat sammanfattad i Lars Borgquists och Sven Engströms utmärkta *Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården* (SoS-rapport 1999:19).

VÅRDEN AV DE ÄLDRE kommer i framtiden att vara en dominerande del av primärvårdens uppgift. Propositionen har helt riktigt funnit att utvecklingen av äldrevården, särskilt samverkan mellan landstingens och kommunernas äldrevård kommer att vara en tung organisatorisk utmaning både till sitt innehåll och sitt omfång. Man skulle kanske kunna tillägga, att primärvårdens trovärdighet som sjukvårdsarena står och faller med hur man går iland

med den uppgiften.

I propositionens beskrivning av den nuvarande situationen anas en självkritik över hur ÄDEL-reformen slagit, där man konstaterar att det medicinska omhändertagandet av äldre inom den kommunala primärvården och den medicinska kvalitén i de äldres läkemedelsanvändning inte håller måttet. Här framstår behovet att skapa ett bra teamarbete mellan i första hand läkare och distriktssköterskor som särskilt angeläget.

Vi kanske vågar hoppas på att få en lika bra situation som före husläkarreformen, då man tvångsseparerades på en del håll?

SAMMANFATTNINGSVIS innehåller propositionen många goda intentioner – men bredden i viljeinriktningen kanske som konsekvens gör att kraften i engagemanget i enskilda förslag försvagas.

En strategisk satsning på fortbildning i form av ett rikt kursutbud för både allmänläkare och distriktssköterskor, som skulle kunna ligga till grund för ett recertifieringssystem, torde vara den enskilt viktigaste uppgiften för institutet. Här har man bland annat fördelen att bygga vidare på de erfarenheter som finns inom SFAM:s kompetensutvecklingsråd (KUR), gärna i samarbete med Riksföreningen för distriktssköterskor.

Det här var en uppfattning om hur propositionen kan läsas och hur det familjemedicinska institutet kan användas. Välkommen in i spalterna, kära läsare, och tala om hur du vill att institutet ska se ut och hur de 20 miljonerna per år ska användas!

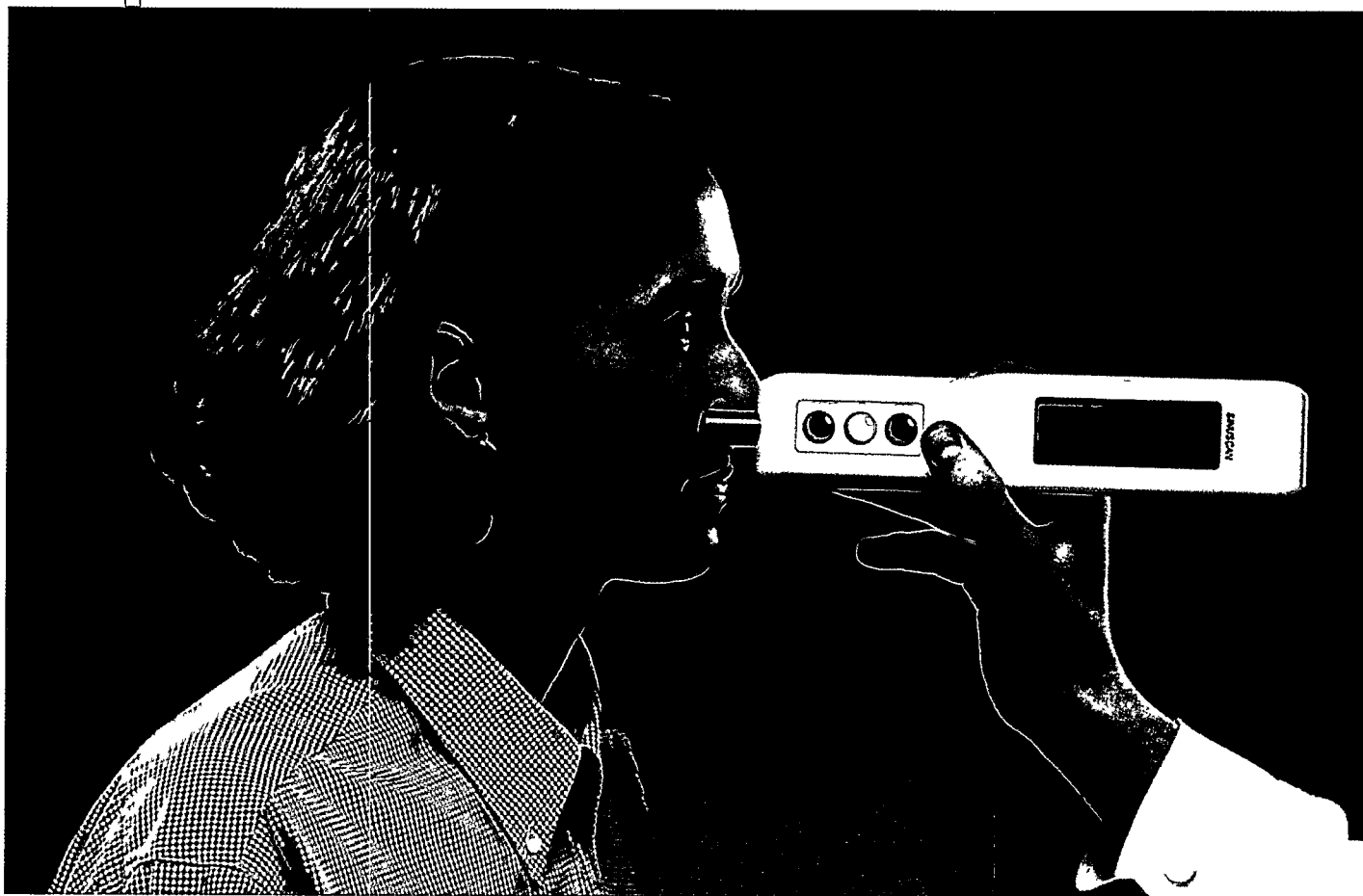
Jan Stålhammar

jan.stalhammar@pubcare.uu.se



Minska onödig antibiotikaförskrivning

Med sinuscan 102 är det möjligt.



Pris: 11 900:- ex moms

- Diagnos av sinuit kan fastställas utan dröjsmål.
- Ofarlig, snabb och smärtfri diagnostik.
- Lämpad för alla åldrar från 3 år och uppåt.
- Leder till minskat röntgenutnyttjande.

Referens: Savolainen, S et al: An ultrasound Device in the diagnosis of acute maxillary Sinusitis, Acta Otolaryngol (Stockh) 1997 Suppl 529: 148-152.

Tuomo Puhakka et al: Validity of Ultrasonography in Diagnosis of Acute Maxillary Sinusitis, Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 126:1482-1486.



För ytterligare information kontakta
Allytec AB, Vegagatan 15, 113 29 Stockholm
Tel 08-31 00 46, fax 08-33 88 10, E-post b.e@allytec.se
Hemsida www.allytec.se

Den unika vardagen

Han har sin mottagning i samma hus som ett hotell och stortrivs med tillvaron som doktor i Foppaland.

Anders Lundqvist berättar om sitt jobb som allmänläkare i Örnsköldsvik.

Vår allmänläkarvardag är en salig blandning av allt möjligt, och varje dag är unik på sitt sätt. Jag är allmänläkare i hockeytokiga Foppaland, kanske mera känt som Örnsköldsvik för denna läsekrets. Något färre än 1 900 invånare har mig som fast läkare, varav drygt hälften bor i stadskärnan och resten kommer från omgivande landsbygd.

Jag arbetar delar av min tid som studierektor och fortbildningssamordnare, och då täcker ST och/eller AT-läkare upp för mig. I ungefär tio år har jag funnits på samma ställe i centrum, nämligen vårdcentralen Viken som är inrymt i samma hus som ett hotell. Följ med mig en dag i mitt allmänläkarliv.

Uppvärmning

Vi startar i Själevad då klockan hunnit bli halv åtta en frostkall morgon sent i oktober. Det ser ut att bli en gnistrande fin höstdag, men färgprakten kommer snart att vara ett minne blott. Har glömt att koppla in motorvärmaren i natt, men låter mig inte bekomma så värst av denna lilla blunder. Infinner mig på arbetet en kvart senare, stämpelar in och hälsar på vår ST-läkare som verkar ha det slitsamt just nu med uppsatsen som ska filas på, om och om igen, samtidigt som en hel del annat pockar på hans uppmärksamhet. En driftig man med sinne för allmänne-

dicinskt ledarskap, men nu verkar det ha blivit lite för många bollar i luften samtidigt. Kroppsspråket är inte att ta miste på: "Det kör ihop sig ibland!"

Så är det minsann! Orden kan inte alltid ge uttryck för vad vi känner. Hoppas att jag lyckats förmedla något mått av empati innan jag hastar vidare.

På väg till mitt rum tänker jag att vi måste ta vara på våra ansvarskännande yngre kollegor bättre, och kanske efterlysa ett större engagemang för gruppen hos en del andra. Vi är emellertid långt från de tre musketörernas "En för alla – alla för en!".

Finner postfacket fullt med färdigskrivna brev till patienter, cirkulerande PM, och en del reklam. I datorn väntar bedömningslistan, olika signeringslistor, internmeddelanden, e-post, på min uppmärksamhet under tjugo minuter. Jag hinner undan det mesta innan det är dags för kvarten med kollegorna. Vi är tre distriktsläkare, en ST, en AT och en medicine studerande termin 10 – fem män och en kvinna.

En med mig jämnårig kollega ondgör sig över den dåliga kapaciteten hos vår server som gjort att vår tidboks-funktion blivit långsammare än på andra vårdcentraler under senare tid. Det kan bli fråga om trettio sekunders väntetid efter vissa kommandon. Skandalöst muttrar vi unisont och knyter händerna i fickan på sedvanligt allmänläkarmanér. IT-bubblan kanske inte bara handlar om uppgång och fall på börsen.

En ond cirkel

Klockan är halv nio och jag träffar min första patient. 52-årig kvinna, särbo med en mångårig svår ångestproblematik och ett läkemedelsberoende.

Hon söker på grund av muskelvärk och övervikt. Lyckades för tio år sedan sluta med bensodiazepiner och upplevde en klar ångestlindring med hjälp av ett SSRI-preparat istället. Under många år mädde hon hyfsat bra och verkade leva ett gott liv med jobb, sambo och hund. Senaste året har hon drabbats av bröstcancer, behandlats med både cellgifter och strålning, och dessvärre har ångesten slagit ut i full blom på nytt.

Hon flyttade från sin likaledes ångestberidne sambo eftersom hon hade fullt upp med sin egen problematik. Hunden är kvar och ger henne motion, men trots detta har hon fått allt större bekymmer med sin övervikt. Vi uppnår ett slags samförstånd om ett sätt att komma ur den onda cirkeln hon befinner sig i. Hon har lyckats förändra sina vanor tidigare och vi tar fasta på det som var viktiga framgångsfaktorer den gången. Hon är positiv till att göra ett nytt försök. Vi utreder hennes muskelvärk med en del labbprover, och kommer överens om ett snart återbesök för fortsatt planering.

En passant

Nästa patient är en ny bekantskap för mig. En sympatisk 65-årig, gift man som tog förtida pension från sitt arbete som lärare för fem år sedan, "och har haft fem bra år". Nu har han flyttat in till stan, i tid som han säger, för att inte skötsel av villa och trädgård ska ta det bästa av honom. Tyvärr var frun inte lika positivt inställd till flytten vilket ledde till att han kände dåligt samvete, utvecklade depressiva symtom med markant viktning som följd.

På förra vårdcentralen blev han noggrant utredd på grund av detta av olika



FOTO: MARCUS SANDIN

stafettläkare och befanns "en passant" ha flera cystor på levern och en lite större på ena njuren. Har återfått humöret liksom den ursprungliga vikten. Kommer nu för att etablera kontakt med sin nya efterlängtade fasta läkare och följa upp de påvisade förändringarna (vilket rekommenderats honom tidigare).

Han har ett förmaksflimmer som trots pacemaker ger sig tillkänna tätt som tätt, och kontrolleras regelbundet för detta hos hjärtläkare. Verkar väl införstådd med den senaste terapin på området, och vet vad som är rimligt och möjligt att göra i hans fall. Han får kontrollera om sina levervärden och jag beställer en ultraljudsundersökning.

Bittra projektioner

Före nästa besök hinner jag ta en kopp kaffe precis då fikarummet töms på medarbetare. Jag behöver samla tankarna inför mitt nästa möte.

Man i yngre medelåldern med ett idrottsligt förflutet, som för ett tiotal år sedan var med om en svår trafikolycka med komplicerad underbensfraktur, korsbandsskada, i efterförloppet utvecklade knäartros och ryggsproblem

med stora förflyttningssvårigheter. Fick en rad komplikationer i läkningsförloppet och upplever sig illa behandlad av sjukvården.

Olyckan har förändrat hans liv och person på ett påtagligt sätt. Tycks ha fastnat i sin krisbearbetning, och uppehåller sig ideligen vid de misstag och oförrätter han blivit utsatt för från sjukvårdens sida. Från att ha varit en gladlynt livsbejakande person har han utvecklats till en bitter rättshaverist. Kommit i konflikt med ett flertal olika läkare under årens lopp, bland andra mina två kollegor. Jag har känt honom i tre års tid och har ansträngt mig för att upprätthålla en god relation med honom, försökt sätta mig in i hans tankevärld och tagit del av en minst sagt mastig journal. I början var det jobbigt, men nu känner jag mig faktiskt inte lika provocerad av hans aggressiva framtoning som tidigare. Idag har han med sig ett utdrag från länsrätten som avslagit hans överklagande av försäkringskassans beslut om att neka honom bilstöd för handikappade. Han vill att jag ska skriva ett nytt intyg eftersom han ska överklaga till nästa instans. Kväver en suck inom mig. Ryggbesvären har försämrats med tilltagande gångsvårigheter och han väntar nu på

att via sin ortoped få genomgå MR på misstanke om spinal stenos. Han förmedlar också ett intryck av att ortopedläkaren inte verkar tillräckligt engagerad. Var rädd om den kontakten varnar jag försiktigt. Bränn inte fler broar underförstått.

Han har med sig en tjock bunt med journaltext med viktiga avsnitt markerade med färgpenna. Jag lyssnar när han radar upp sina argument, och det verkar faktiskt finnas ett behov av en bättre beskrivning. Han kommer att få sitt intyg om någon vecka. Vad kommer härnäst? Det är den sista tanken som far genom mitt huvud innan det är dags för nästa patient.

Lättsamt

39-årig utvecklingsstörd kvinna kommer med sin något yngre kvinnliga vårdare. Jag har bara träffat henne ett par gånger tidigare. Hennes seborriska eksem i ansiktet har blossat upp samtidigt med en sårinfektion i ett eksematöst område på ena benet. Klådan har varit besvärlig och personalen på gruppboendet behöver hjälp med att få bukt med situationen. Jag behandlar med antibiotika och olika krämer, och inspekterar öronen inför eventuell >>

En gång
om dagen

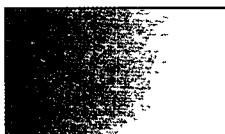
Nya
Detrusitol[®] SR
tolterodin

ÖKAD FRIHET

PHARMACIA

Pharmacia Sverige AB, 112 87 Stockholm Tel. 020-98 98 00 www.Pharmacia.se www.Detrusitol.se

Detrusitol SR tas en gång om dagen för behandling av trängningsinkontinens och/eller ökad miktionsfrekvens förknippad med trängningar, som kan uppträda hos patienter med instabil blåsa. Rekommenderad dos är 4 mg peroralt en gång dagligen utom till patienter med försämrad leverfunktion och kraftigt nedsatt njurfunktion för vilka den rekommenderade dosen är 2 mg en gång dagligen. För mer information se fasstext på annan plats i denna tidning.



>>

spolning. Det blev ett snabbt avklarat besök, och jag är i kapp igen i tids-schemat.

Sett på Livslust

På förmiddagens sista besök före telefontiden kommer en 77-årig, liten ensamboende kvinna med magbesvär. Jag har träffat henne åtskilliga gånger med diverse krämpor, och minns att hon har en ganska uttalad cancerrädsla. För två år sedan gjorde hon en gastroskopi som visade genomgångna magsår och ett relativt stort hiatusbräck. Medicinrar kontinuerligt med protonpumpshämmare men trots detta upplever hon stora besvär från övre delen av magen, som om magsäcken "vrids ut och in", speciellt vid olika lägesförändringar. Såg på Livslust häromdagen och där pratades om att operera diafragmabräck laparoskopiskt. Nu skulle hon bli oändligt tacksam för en remiss till kirurgmottagningen. Jag passar på att bygga på mitt förtroendekapital genom att gå henne till mötes.

Ett kort andrum innan telefontiden "brakar loss", då jag navigerar mellan de olika "att göra"-listorna, och verkställer några önskemål. Tömmer mitt postfack och börjar sprätta lite kuvert.

Telefontröst

En medelålders kvinna från Kosovo ringer och vill att jag ska ta kontakt med henne när remissvaret från ortopedien kommer. Hon har ett diskbräck, men börjar nu tvivla på om hon verkligen vill genomgå operation. Hon förstod inte så bra vad den snabbtalande ortopedstafettläkaren sa och känner en viss rädsla för vilken utveckling detta ska ta. Jag lovar att ta kontakt.

Ett par av kollegornas patienter ringe-
er eftersom de haft svårt att komma fram och vill att jag förmedlar deras ärende till rätt doktor. En äldre kvinna beklagar sig över lång väntetid till ortoped med anledning av fotproblematik, men jag kan bara lyssna och ge några tröstande ord medveten om att det är lönlöst att begära ett påskyndande för den typen av besvär hon har. Efter sammanlagt tolv samtal är telefontiden över och jag har en del efterarbete att göra. Datoriseringen av journalen



FOTO: MARCUS SANDIN

har inneburit större krav på ordning och självkontroll i vårt arbete. Ingen annan än vi själva städar i journalen, och av ren självbevarelsedrift måste vi hålla undan. Viktigt att avsätta tid för detta arbete som säkerligen uppgår till en timme dagligen.

Lunch med tre av mina kollegor på vårt stamlokal, en trevlig italiensk restaurang med välfyllt salladsbord och rask betjäning. Vi småpratar en del och kandidaten berättar hur han haft det idag. Han verkar spontant tycka det är roligt med allmänmedicin vilket gläder oss. Servitören är förresten en av mina patienter och har tid senare under dagen. Tiden fick han för någon vecka sedan på ett annat lunchbesök.

Rimlig förväntan

Han är en 40-årig gift man i restaurangbranschen som har stora besvär med sin knän, närmare bestämt en psoriasisartrit. Har fått upprepade cortisoninjektioner och behandlats med osmium men har svårt att belasta sina knän i någon högre utsträckning. Nu har han tröttnat på sin ständiga värk, efterlyser en ordentlig handlingsplan, och uttrycker sitt missnöje med specialistens handläggning hittills. Reumatologen är en svårfångad person, och patienten har trots att han remitterats till reumatolog och trots mina påstötningar inte fått någon uppföljning. Jag har sjukskrivit honom deltid, förlänger

denna nu, och formulerar ytterligare en begäran till reumatologen om uppföljning. Jag delar mannens frustration över den sega handläggningen.

Ritual

Den 74-åriga välklädda kvinnan som kommer efteråt har jag träffat ett antal gånger förut, och hon bär alltid på en hel del funderingar om sin hälsa. Hon medicinerar med vitamin B12 mot polyneuropati, men bortsett från en viss kvarstående brännande känsla i fötterna mår hon utmärkt. Brukar ofelbart ställa samma frågor vid varje besök, och får samma svar varje gång. Besöket får nästan en rituell karaktär, och hon lämnar rummet till synes nöjd efter att ha fått påfyllning i medicinförrådet.

Körkortstinty med förhinder

Har på känn att nästa patient uteblir, som så många gånger förut. Det rör sig om en ensamboende man med ett periodvis återkommande alkoholmissbruk som blivit mer och mer avancerat det här året. Tidigare har han skött ett eget företag, och tiden nu hade han beställt eftersom hans lastbilskörkort behövde förnyas efter att han fyllt 45 år. Han har aldrig gjort sig skyldig till något trafiknykterhetsbrott, men sannolikt har ångesten inför detta besök blivit så stark att han tagit till spriten igen. Körkortet måste han ha för att >>



>> kunna utöva sitt yrke. Smärtsam tragik mitt i livet där en hel del socialmedicinska insatser även fortsättningsvis lär bli aktuella. Jag ägnar mig åt att rensa listorna igen istället.

Frustrerande huvudvärk

Huvudvärk är vad som plågar en 18-årig fotbollspelande flicka sedan knappt ett år mer eller mindre ständigt. Upplever ingen direkt stress, vare sig hemma eller i skolan. Relationsmässigt verkar det heller inte finnas några problem.

Huvudvärken är lågintensiv, något ökande under dagen men inte associerad med något illamående. Behöver inte avbryta aktiviteter, men känner sig trött efter skoltid. I vintras fått pröva akupunktur hos sjukgymnast utan påtaglig effekt. P-piller utlöst? Föreslår ett försök till utsättning, men själv verkar hon tvivla på denna förklaring. Kroppslig undersökning med blodtryck utfaller som förväntat normalt liksom Hb.

Vi kommer överens om en förnyad kontakt med sjukgymnastiken för ställningstagande till avslappningsövningar. Ber att hon hör av sig vid utebliven förbättring. Känner mig frustrerad av att jag inte lyckas särskilt bra med att klargöra vilka förväntningar och eventuella oro som ligger bakom egentligen. Det är inte så lätt med tonårstjejer alla gånger.

Beställningsuppdrag

En uttalad plattföthet hos en 11-årig flicka har vållat smärtor i fotleder och underben, och ett besök direkt på ortopedtekniska verkstaden resulterade i att hon utrustades med såväl specialtillverkade fotbäddar och skor för inomhusbruk till en icke oväsentlig kostnad. Be-

svären försvann tämligen omgående. Flickan är mycket nöjd med den hjälp hon har fått.

Föräldrarna fick av ortopedteknikern besked att de skulle kunna begära en rekvisition med landstingsbidrag i efterhand hos distriktsläkaren eftersom synnerliga skäl ansågs föreligga. Pappan som jag känner väl sedan tidigare

är lite generad över tillvägagångssättet och ursäktar sig, samtidigt som jag förstår att den extra kostnaden på 2 000 kr/år kan kännas jobbig för en barnfamilj. Jag fyller i rekvisitionen och lägger till en speciell förklaring. Ska skaffa mig en uppdaterad information om regelverket tänker jag när de har gått.

Lockande magnetröntgen

Servitören från lunchrestaurangen är också en duktig fotbollsspelare, och har nu fått bekymmer med sin nacke. Han är artig och belevad utan att vara insmickrande, och ganska återhållsam i sin symtompresentation. Har mer eller mindre kontinuerligt värk från nacke utstrålade uppför huvud och stundvis även ut i vänster arm. Jag förstår att han tycker det är jobbigt att varje dag tvingas ta värktabletter för att orka med den hårda träningen.

Han funderar nu på om det är skadligt för honom att fortsätta med fotbollen. I somras på träningen fick han en annan spelares knä mot huvudet och tror att det kan ha förvärrats då, även om grundproblemet fanns före. Har sökt en idrottsmedicinskt inriktad sjukgymnast och fått enstaka behandlingar utan varaktig effekt.

Svärmor uppmanade honom att be om att få göra en undersökning med magnetröntgen, men när han i omskrivande ordalag framlägger denna begäran visar han också på sin osäkerhet i vilket syfte en sådan skulle företas. Han verkar tro att han därigenom skulle kunna få ett exakt besked om tillståndet i nacken. Jag försöker mig på att reda ut begreppen för honom, och han verkar efterhand förstå vad som kan vara rimligt att göra i denna situation. Fotboll är ju en idrott med inten-

siv fysisk närkontakt och värderingen om han ska fortsätta eller sluta får vara helt upp till honom själv. Sannolikt blir besvären mindre om han slutar. Vi når till slut en överenskommelse om förnyad kontakt med sjukgymnast för hjälp med egen träning. Han får också pröva ett NSAID-preparat regelbundet en kortare tid.

Uppskruvad avslutning

Dagen sista patient är en ung nyinflyttad stockholmare som har svårt att sitta still. Han ger ett lite hispigt intryck när han ska berätta sitt ärende. Han har två hudförändringar som sticker ut lite från huden och han önskar få dem borttagna.

Väl klara med denna bit eskalerar hans oro, och mycket generad berättar han om en kondom som sprack för några dagar sedan och den paniska rädsla av att ha drabbats av någon könssjukdom som han nu känner. Inser att inkubationstiden är för kort för att ta prover nu, men vi kommer överens om ett återbesök relativt snart då vi kan operera hudförändringarna och ta de nödvändiga proverna. Något lugnad lämnar han mottagningen strax före fem.

Utvecklande möten

Ja, så här kan min vardag se ut. Idag var det den klassiska sittningen patient och läkare i samspel, inte så mycket samarbete med andra yrkeskategorier. Andra dagar kan präglas mera av teamarbete förvisso, men det vanliga är ju att det handlar om en dialog mellan mig och patienten. Det enkla och komplexa blandas, och perspektiven skiftar. Allt ger sig inte genast, utan klarnar först efter flera kontakter. Jag finns här i långa loppet för dem som väljer att ha mig som fast läkarkontakt.

Visst blir det en hel del stress, men det finns en potential till professionell utveckling i detta yrke som aldrig upphör att fascinera mig. Jag känner mig lyckligt lottad.

Anders Lundqvist
familjeläkare, Vårdcentralen Viken
anders.lundqvist@lvn.se

NYHET!

nu även i 2-dos



Mixtur och tabletter

Spektramax[®]

(amoxicillin + clavulansyra)

Ett effektivt penicillin

Stabilt mot betalaktamas från *H. influenzae* och *M. catarrhalis*

Med hjälp av Spektramax mixtur 80 mg/ml och tabletter 875 mg kan du nu dosera Spektramax 2 gånger per dygn med bibehållen effekt och tolerans.

Spektramax bör förbehållas patienter som sviktat eller fått återfall efter behandling med förstahandsantibiotikum eller hos vilka infektionen orsakats av betalaktamasbildande bakterier:

- akut otitis media
- akut sinuit
- samhällsförvärd pneumoni
- akuta exacerbationer av kronisk bronkit*
- hud- och mjukdelsinfektioner*

2-dos

* 2-dosindikation endast till vuxna och barn > 30 kg

Vid misstanke om mindre känsliga mikroorganismer kan Spektramax doseras tre gånger per dygn. För doserings-anvisningar se katalogtext på annan plats i denna tidning.

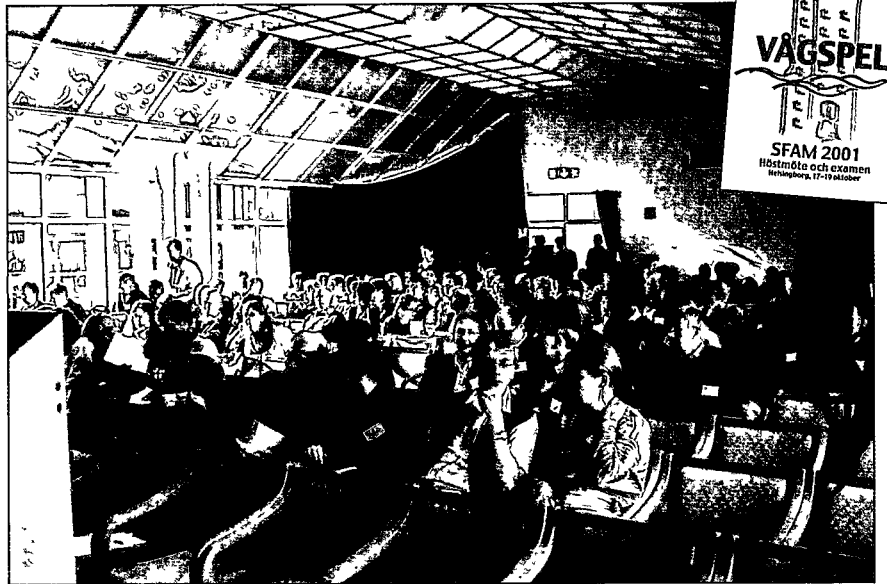
Sortiment: Tabletter 250 mg, 500 mg och 875 mg. Oral suspension 25 mg/ml, 50 mg/ml och 80 mg/ml. Dospåse 125 mg.



”Livlig debatt på fullmäktige om medlemskap i Läkaresällskapet”

Årets höstmöte i Helsingborg bjöd på såväl livliga diskussioner med bänkgrannarna som debatt i storplenum. Roland Morgell från Stockholm ger här en kort rapport.

Under höstmötet i Helsingborg hölls det årliga fullmäktigemötet, där varje lokalavdelning får utse en delegat för varje påbörjat 30-tal medlemmar. Endast delegaterna har rösträtt, men alla medlemmar har rätt att vara med vid fullmäktigemötena och delta i diskussionerna. Och diskussioner – det blev det i den fullsatta lokalen! Björn Olsson som ledde mötet såg till att alla som ville kunde få komma till tals, samtidigt som tidschemat kunde hållas utan att båten gick ifrån oss. Ja, vi var nämligen inbokade att senare på kvällen ”tura” fram och tillbaka på en båt över sundet och det ville vi ju inte missa.



Styrelsen blev omvald med undantag av Bengt Mattson och Lars Roos, vilka hade avböjt omval och ersattes av Jan Sundquist respektive Tommy Jönsson. På mötet gick man översiktligt igenom

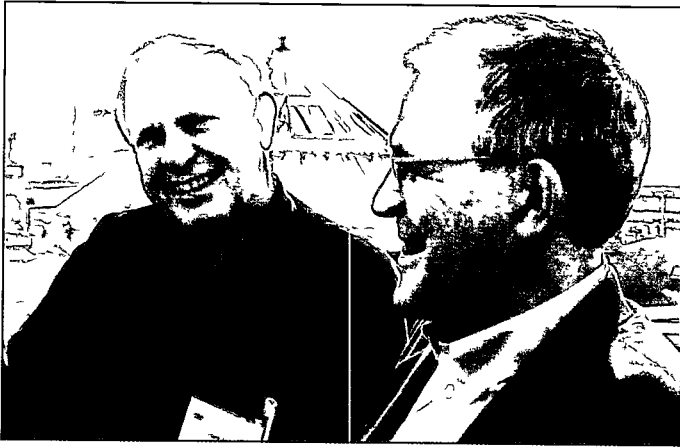
verksamhetsberättelsen som visar att SFAM har en rad aktiviteter inom lokalavdelningar, nätverk, olika arbetsgrupper med mera.

Det vore omöjligt att på fullmäktigemötet i detalj beskriva allt spännande som sker på olika håll. Som komplement till denna översiktliga information skulle det kanske behövas alternativa former för hur olika aktiviteter och erfarenheter kunde spridas mer utförligt till de medlemmar som vill veta mer. Posterutställningar kan kanske vara ett sätt. Eller varför inte skriva till AllmänMedicin och berätta?

FULLMÄKTIGEMÖTET gick naturligtvis igenom föreningens ekonomi. Balans- och resultaträkningarna var inte helt lätta att tolka, då bland annat förfallodatum för olika räkningar gör att dessa kan komma att redovisas på olika terminer, vilket då försvårar jämförelser mellan olika år. Vi fick inte heller se någon budget för det kommande verksam-



Göran Sjönell inför publik.



Från vänster:
Hans Hallberg och
Bengt Mattsson.

hetsåret, men kassören uttryckte tillförsikt – att det brukar kunna gå ihop i slutändan.

STYRELSEN FÖRMODADE att det Familjemedicinska institutet, FAMI, kommer att överta vissa uppdrag (och därmed också medlen för dessa) från SFAM. Utredaren Göran Sjönell försäkrade dock att så länge han har något att säga till om kommer FAMI dock i sin tur att lämna flera uppdrag vidare till SFAM, då man vet att där finns kompetens och erfarenhet.

Mötet accepterade styrelsens beskrivning av den ekonomiska situationen och efter diskussioner beslöt att medlemsavgiften för nästa år skall vara oförändrad 100 kr/månad samt hälften för ST och pensionärer. Helene Swärd erinrade om att hon varje år måste lägga ned mycket tid på att skicka påminnelser till de medlemmar

som glömt att betala. Skärpning anbefalldes. Autogiro kan vara ett alternativ för den tankspridde!

NÄR DET GÄLLDE EKONOMI påpekade Norra Skåne att det kan bli ekonomiskt betungande för en lokalavdelning att ensam behöva ta allt ansvar för årsmötet. Det är inte alltid säkert att det går att hitta sponsorer i tillräcklig utsträckning. Eftersom höstmötena är en angelägenhet för hela föreningen kan det finnas anledning att fundera över om inte föreningen som helhet skulle kunna ta det ekonomiska ansvaret för dessa nationella möten.

Under fullmäktigemötet avsattes tid så att var och en skulle kunna lära känna de närmaste bänkgrannarna och tillsammans med dem diskutera vad som kändes angeläget att ta upp inom föreningen. Därefter fanns också tid avsatt, för dem som så önskade, att redovisa

för resten av salen vad man hade pratat om. Yrkesrollen, primärvårdens dimensionering och bemanning, nyrekrytering av allmänläkare och FAMI var några frågor som kom upp.

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPETS remissvar angående FAMI hade väckt stort uppseende. Läkaresällskapet anser att institutet inte behövs och att medlen istället skulle kunna kanaliseras via befintliga instanser. Björn Olsson och Anna-Karin Furhoff, som både sitter i Läkaresällskapets nämnd (styrelse) beklagade den snabba remisshanteringen, som gjort att svaret inte kunnat diskuteras ordentligt. De hade båda reserverat sig mot Läkaresällskapets svar.

På mötet blev det nu en engagerad diskussion kring SFAM:s fortsatta relation till Läkaresällskapet, då erfarenheterna gjort att fortsatt medlemskap i Sällskapet inte längre kändes självklart. Efter votering beslutade fullmäktigemötet att styrelsen skulle få uppdrag att till nästa höstmöte utreda frågan om SFAM:s relation till Läkaresällskapet.

Sammanfattningsvis var det alltså ett välbesökt fullmäktigemöte där viktiga frågor diskuterades. Även medlemmar som inte är utsedda att representera sina lokalföreningar rekommenderas att besöka nästa höstmöte, vilket dock i så fall förutsätter att man planerar för en tillräckligt stor möteslokal.

Roland Morgell
roland.morgell@spo.sl.se

Nya i styrelsen

Jan Sundquist

49-årig professor och institutionschef vid Allmänmedicin Stockholm. Dessutom en dag i veckan distriktsläkare på Flemingsbergs vårdcentral, Huddinge kommun. Har tidigare arbetat som distriktsläkare i Örebro och Lund samt bedrivit forskning i Sverige och USA, född och uppvuxen i Norrbotten.

Tommy Jönsson

32-årig ST-läkare i Malmö, som blir färdig specialist 2002. Forskar om kost och ateroskleros. Medlem i styrelsen för lokalavdelningen i Malmö. Webmaster och adjungerad i styrelsen för Malmö yngre läkares förening.



Jan Sundquist

SFAM:s styrelse:

Meta Wiborgh (ordförande)
omval två år till 2003.
Agneta Hamilton (vice ordförande)
omval två år till 2003.
Karin Lindhagen (facklig sekreterare)
fortsatt mandat till 2002.
Johan Berglund (vetenskaplig sekreterare)
omval två år till 2003.
Inger Bylén (kassör)
fortsatt mandat till 2003.

Övriga ledamöter:

Anna Källkvist, fortsatt mandat till 2002.
Jan Sundquist, nyval två år till 2003.
Jan-Eric Olsson, omval två år till 2003.
Tommy Jönsson, fyllnadsvall ett år till 2002.

Förspel en given succé!

Klokskap och givande diskussioner var det gott om när SFAM för första gången ordnade en nationell ST-dag i Helsingborg.

Det var ett förmöte till Vågspel och fick följaktligen namnet Förspel.

Trots stora svårigheter med att få ut programmet kom 78 utbildningsläkare i allmänmedicin till Förspel den 16 oktober och fick ta del av ett mycket bra program.

Förmiddagen kom att handla om HSAN och hade titeln "HSAN en kvalitetsrevisor?". Generaldirektör Anita Werner hade vänligheten att ställa upp och berätta om vad det finns för olika skydd runt omkring patienten och mer specifikt hur HSAN är uppbyggt samt hur en anmälan går till och hur ärendena bereds. Det framkom att cirka 70 procent av ärendena bereds av ordföranden och resten cirka 30 procent går till nämnden. Nämnden består av fackliga och politiska representanter med GD eller ställföreträdande som ordförande. Numerärt är allmänmedicinska och opererande specialiteter flest ärenden. Vidare belystes svårigheterna med offentlighetsprincipen där vissa journalister sitter varje dag och går igenom anmälningarna och rapporterar till tidningarna så att fallen kan publiceras innan den anmälde hunnit underrättas.

Studierektor och Allmänmedicinare Anna Källkvist som sitter med i nämnden berättade om sina erfarenheter och gav mycken klokskap, bland annat om vikten av en bra kontakt med patienten och att man, om man som ST-läkare på en vårdcentral är osäker, ska rådfråga äldre kollegor. Det ställdes många frågor som resulterade i flera givande diskussioner. En kommentar efteråt om Anita Werner att hon var en mycket vettig människa.

Efter lunchen var det så dags för Göran Sjönell att berätta om familjemedicinska institutet som skapas för att utveckla familjemedicinen, det vill säga

allmänmedicinen. Läkaren och distriktssköterskan, sjukvårdens generalister, är institutets nav kring vilka all verksamhet rör sig. Institutet skall verka för utbildning, fortbildning, att stödja forskning och att arbetsmiljön förbättras genom att kunskaper om en god arbetsmiljö sprids. Institutet ska också skapa och stödja teamarbete med tvärkontakter, för att särskilt uppmärksamma gamla, multisjuka, psykiskt sjuka invandrades allmänmedicinska problem. Information genom med hjälp av datorer och Internet till bland annat befolkningen och stöd till landsting och kommuner ingår dessutom.

Göran Sjönell kom att på höstmötet, med sin provocerande framtoning, skapa en intressant och omtumlande debatt om familjeläkare som begrepp. Även det positiva med att vara entreprenör i yrket diskuterades livligt, något som för övrigt verkar vara mycket vanligare utomlands. Det blev en fängslande föreläsning med diskussioner.

Olle Lyngstam håller den enda SK-kurs om Allmänmedicin som finns för närvarande, på båten Lady Ellen. Olle berättade hur han, som just färdig specialist, blivit vårdcentralschef i Skövde och hur han byggde upp primärvården där. Det kom även att bli en historisk tillbakablick av hur stor kunskap provinsialläkarna hade om och kontroll över samhället. Det handlade även om att kunna avgränsa sig, det vill säga inte ha för många patienter utan ta hand om dessa och försöka fånga upp vad som egentligen ligger bakom när en patient söker för exempelvis ont i magen. Vikten av att ta hand om oss själva så att vi mår bra för att våra pa-



Från vänster:
Anita Werner, Knut Bodin och Anna Källkvist.

tienter skall må bra. Olle Lyngstams föreläsning var mycket omtumlande och fängslande med god humor – men också med en allvarsam tyngd i.

SFAM:s ST-grupp avslutade med ett allmänt möte där vår ordförande Meta Wiborg deltog. Vi diskuterade bland annat utbildningens längd, svårigheter att få randning. Lite om hur det är upplagt i andra länder till exempel Norge, där man inte har så mycket randning utan lär sig mycket på vårdcentralen vilket man även skulle kunna göra här om man har en bra handledare. Deltagarna i detta allmänna möte framförde bland annat att det skulle vara bra, åtminstone i slutet av ST-tiden, att få en egen lista med patienter. Vidare att målbeskrivningen kanske behöver ha ett mer primärvårdspecifiserat perspektiv för att visa upp mot utbildningsansvariga vid randningarna. Medsittning framkom som positivt och bra samt en önskan om 100 procent ryggsäckspengar till alla. Det kommer nog att bli nödvändigt att vi utbildningsläkare hjälper till med att bevaka så att man även satsar på vår utbildningen enligt nationella och lokala handlingsplanerna. Vi i SFAM:s ST-grupp hoppas att vi till nästa års höstmöte får möjligheten att bidra med något program i Göteborg.

Knut Bodin
ST-läkare i allmänmedicin,
ledamot i SFAM:s ST-grupp
knut.bodin@telia.com

Nu kan du hänvisa dina Xenicalpatienter till BMI-Direkt.

En av Xenicalbehandlingens viktigaste hörnstenar för ett bra resultat är det personliga stödet de får. Vi vet att din tid och dina resurser för överviktsbehandling är begränsade. Nu finns det en bra lösning som underlättar både för dig och dina patienter. Lösningen heter BMI-Direkt och är ett helt kostnadsfritt stöd för Xenicalpatienten.

Berätta om stödet för dina patienter.

BMI-Direkt erbjuder personlig hjälp via telefon för den som vill gå ner i vikt. Legitimerade sjuksköterskor, specialutbildade på fetmabehandling, ansvarar för kontakten och lägger tillsammans med patienten upp en individuell behandlingsplan. BMI-Direkt tar hand om patienterna och hjälper och lotsar dem genom viktminskningens olika faser. En sjuksköterska kontakter patienten regelbundet och finns dessutom tillgänglig när helst patienten vill ha kontakt. Det kan vara den extra kontakten och stödet som är avgörande för behandlingsresultatet!

Xenical® (orlistat), 120 mg hårda kapslar. Indikation: Behandling av obesa patienter (BMI ≥ 30) eller överviktiga patienter (BMI ≥ 28) med samtidiga riskfaktorer.

BMI-DIREKT HAR TELEFONTID 9.00-20.00 MÅNDAG TILL FREDAG.



FÖR PROFESSIONELL VIKTMINSKNING.



Vi vet att du vet.

När jämförbara produkter¹ har olika pris är det förnuftigt att använda den som har mest fördelaktigt pris.

Vi vet – precis som du – att utan LANZO's väldokumenterat goda medicinska egenskaper skulle miljönbesparingarna² inte spela någon som helst roll.

Det är kombinationen av effekt, säkerhet och ett fördelaktigt pris som gör att 24 av 25 läkemedelskommittéer rekommenderar³ LANZO.

Vid förskrivning av LANZO handlar du ansvarsfullt mot dina patienter och hela sjukvården.

Lanzo finns som kapslar 30 mg (14, 28, 56 och 98 st) och 15 mg (14, 56 och 98 st) samt granulat till oral suspension 30 mg (14 och 28 st). Lanzo är en protonpumpshämmare med indikationerna duodenalsår, ventrikelsår, refluxesofagit i kombination med antibiotika vid behandling av duodenalsår orsakade av helicobacter pylori. Långtidsbehandling av kroniskt recidiverande refluxesofagit. Symtomatisk behandling av halsbränna och sura uppstötningar vid gastroesofageal refluxsjukdomar. Behandling av NSAID-relaterade peptiska sår. Profylaktisk behandling hos patienter med ökad benägenhet för NSAID relaterade peptiska sår eller dyspeptiska besvär Zollinger-Ellisons syndrom REF 1, Socialstyrelsens kvartalsrapport 3 och 4 år 2000 2. Mycket lågt räknat då besparingen är uträknad på följande sätt Lanzo 15 mg istället för Losec Mups (LM) 10 mg samt Lanzo 30 mg istället för LM 20 mg Hansyn ej taget till att Lanzo 15 mg är en normal dos vid 3 av 9 godkända indikationer för Lanzo 3. www.reklisten.nu

Skriv LANZO – spar miljön.²

Wyeth Lederle Nordiska AB Telefon: 08-470 32 00 www.wyeth.se

"Närsjukvård – bedräglig term eller nytänkande."

SFAM:s höstmötes roligaste och mest uppiggande programpunkt avslutade mötet under ovanstående rubriker.

Den borgerligt styrda Skåneregionen lanserar termen "närsjukvård" hårt, vilket vi allmänläkare ibland upplever som hotfullt. Är det ett försök att slingra sig från en allmänmedicinskt ledd sjukvård eller ej? Henrik Hammar fick i uppdrag att försöka värva Ulf till den skånska modellen under överinseende av en fullsatt lokal.

Närmaste vården

"Mot bakgrund av att 30 procent av dem som sitter på akuten är där i onödan, så behövs en ny sjukvårdsmodell", sa Henrik Hammar inledningsvis.

"Är det personalen eller patienterna du avser?" frågade auditoriet.

"Både och kanske", blev svaret.

Den borgerliga tyngdpunktsförskjutningen skulle vara fyrdelad:

Mer makt åt patienter

Mer makt åt medarbetare

Mindre makt åt politiker

Mindre makt åt administratörer.

Ulf döpte sedan allmänläkaren till den "Närmaste vården", vilket Henrik Ham-

mar inte hade något emot. Ordbollandet och historierna flödade vidare, och skrattsalvorna avlöste varandra. Skönt med glädje när sanningens minut närmar sig för de lokala handlingsprogrammen.

Trygg vård

"Modern och kvalificerad sjukvård ska bedrivas på hemorten och politikerna ska definiera uppdraget och sköta finansieringen. Läkare behövs på sjukhem och i den kommunala äldrevården", fortsatte landstingsrådet.

Bägge herrarna blev ense om att allmänläkaren ska vara coach för patienten och koordinator för patientens väg i vårdkedjan. Enighet uppstod också om att vården ska producera trygghet nära hemmet samt att läkaren ska vara läkare för patienter, inte för geografiska områden.

Attraktivt uppdrag

Det allmänmedicinska uppdraget måste vara attraktivt för att locka läkare. Då ska det vara uppgiftsbaserat och beröra en avgränsad lista med 1 500 personer.

Läkaren måste ha:

- fullt allmänmedicinskt ansvar,
- befogenheter,
- ett avgörande inflytande,
- ett självklart ledarskap över sin lista.



Meta Wiborg och Henrik Hammar.

Detta krävde Ulf i ett försök att få landstingsrådet att bekänna färg. Han slingrade sig runt siffran 1 500, men annars tvekade han inte. Det började osa aktiv värvning!

Henrik Hammar svarade med sin vision: Familjeläkaren är sakkunnig, ledare och motor i "närsjukvårdssystemet". Det är inte avsikten att det ska köpas upp av Storföretaget "Närsjukvård AB U.p.a.", utan familjeläkaren ska jobba i ett "kundvalssystem", där han/hon ansvarar för sina patienter, där politiker och ledning ansvarar för dem som inte har någon egen läkare. Avtalen med läkarna ska vara individuella, utan onödig byråkrati, och Hammar betonade: "Närsjukvården är ingen organisationsform, utan en vision med så mycket vård som möjligt nära hemmet."

Närsjukvården är ingen organisationsform, utan består av många delar nära hemmet, med familjeläkaren som den naturliga ledaren, motorn och den medicinskt sakkunniga. Närsjukvården ska bestå av den traditionella primärvårdens delar, kompletterad av viss övrig specialistvård, viss slutenvård, sjukvårdsupplysning, egenvård och friskvård.

I systemet ska det finnas ett "tydligt incitament" till familjeläkaren, att ta detta ansvar och att skapa trygghet för sina patienter. De patienter som inte fått en egen doktor, ska vända sig till ledning och politiker – inte till en doktor, som redan har "fullt" på sin lista.

Seminarieret lät onekligen vackert – målat "med breda penseldrag" enligt Hans Hammar. Frågan är om det är lika vackert i verkligheten men det var uppiggande för lyssnarna.

Robert Svartholm
distriktsläkare, Björknäs
ledamot i SFAM:s ST-grupp



Från vänster: Ulf Mäwe, Karin Lindhagen och Cecilia Ryding i bakgrunden och Björn Olsson.

Årets specialistexamen

Det gladdade särskilt mycket när årets examinander fick sina välförtjänta diplom på SFAM:s höstmöte i Helsingborg.

I årets specialistexamen diplomerades 22 nyblivna specialister!

Examen är öppen för alla specialister/snart blivande specialister i allmänmedicin och innehåller fem moment som klaras av under en sexmånadersperiod.

Momenten är portfolio, ledarskap, skriftligt prov, praktikdag och 5-poängs-uppsats.

Många examinander upplever att

uppsatsmomentet är tyngst och svårast att hinna med och väljer därför att gå igenom examensprocessen på två år.

Tips till dig som vill bli diplomerad: lägg upp din ST-planering så att examensmomenten ingår i din utbildningsplan och sedan har du efter fem år din diplomering som i en liten ask!

Du som tar chansen att utsätta dig för en värdeneutral granskning på slutet av ST får en rejäl utdelning i profes-

sionell och personlig utveckling.

Examenshandlingen och tips om uppsatsämnen och tidigare skriftliga prov kommer att finnas på SFAM:s hemsida från januari 2002.

Handledningen har sedan examen började 1989 glädjande nog blivit allt bättre. Nomineringarna till årets handledare har varit många och valet av årets handledare allt svårare.



FOTO STEFAN LINDBLOM/AB HELSINGBORGSBILD

Namnen på 2001 års examinander i bokstavsordning:

Lars Block (Skoghäll), Stefan Dahl (Ålta), Susanna Djurstedt (Eksjö), Maria Eckerström (Värnamo), Örjan Fröjd (Alnö), Clary Hägglund (Trelleborg), Soveig Hällgren (Hortlax), Anna-Märta Johansson (Rosvik), Tommy Jönsson (Lomma), Charlotte Mahsema Delavaran (Lund), Maria McLean (Stockholm), Patrik Midlöv (Lomma), Elisabeth Nordström (Nyköping), Stefan Risberg (Örebro), Marianne Savela (Gammelstad), David Sjöstedt (Lerum), Marianna Wallin (Järfälla), Stefan Wallmark (Boden) och Gabriela-Ana Winnett (Helsingborg).

På bilden saknas Pontus Johansson (Bålsta), Katarina Järbur (Billdal) och Jonas Ortman (Lidköping).

Årets handledare

Årets handledare är en kvinna och en man: Maria Truedsson, Hortlax och Torgny Wessman, Vellinge.

Maria har varit Solveig Hällgrens handledare både under AT och ST. Handledningen har karaktäriserats av ömsesidighet och förtroende och bredd, omfattat både allmänmedicin och existentiella frågor.

Maria karaktäriseras som en varm, hängiven, engagerad och inspirerande person, och besitter mycken klokskap som hon vill förmedla i handledningen.

Hon är också studierektor och har engagerat sig mycket för att Solveig skulle kunna plocka guldkornen ur sidoutbildningarna.

Maria blir själv inspirerad av att handleda och visar arbetsglädje trots slitig vardag. I henne ser Solveig en förebild i allmänläkarrollen.

TORGNYWESSMAN (Vellinge), Clary Hägghunds handledare.

Torgny har varit Clarys handledare de senaste fyra åren och även klinisk handledare för hennes uppsats.



På lilla bilden t h:
Torgny Wessman.
På stora bilden nedan:
Maria Truedsson längst t v
får ta emot diplommet av
Ylva Johansson och Birgit
Breitholtz.

Handledningen har varit regelbunden och innehållit alla de moment som vi tycker utmärker en bra allmänmedicinsk handledning. Clary har i hög grad praktiserat självstyrt lärande och Torgny har med stort personligt engagemang varit hennes "bollplank". Han poängterar att det är viktigt för ST-läkaren att få utveckla sin egen stil.

Torgny har bred allmänmedicinsk profil och jobbar mycket utåtriktad och har många kontakter. Han är lätt att prata med. Med sin breda kunskap

och sitt engagemang för sina patienter är han en förebild i vardagen och han har haft avgörande betydelse för Clarys intresse för allmänmedicin.

Ylva Johansson
Examenskansliet i Sundsvall
ylva.johansson@lvn.se

Hedersomnämmande

Hedersomnämmande fick:
Eva Dänmark, Nyköping, Kerstin Holmberg,
Alingsås, Birgitta Fredriksson, Malmö, Monica
Ek Dahl, Göteborg och Björn Stållberg, Trosa.

Årets lejon!



Sedan några år delar SFAM:s styrelse ut pris till personern som gjort en ovärderlig insats för allmänmedicin. Det finns många att välja bland. I år föll valet på Carl-Edvard Rudebeck, Sven Engström och Ylva Johansson.

• Carl-Edvard är den som fungerade som motor i arbetet då SFAM:s fortbildningsprogram drog igång och Carl-Edvard utmanar oss ständigt med sina tankar om allmänmedicins innehåll.

Jag ser fram emot att hans artiklar i tidningen AllmänMedicin kommer ut som ett särtryck!

• Sven Engström har ställt frågorna om allmänmedicinens bidrag till effektivt resursutnyttjande i sjukvården, han och

medarbetarna i Linköpings studier har varit mycket betydelsefulla den nationella handlingsplanen skulle skrivas. Deras fördjupade studie som presenterades i SJPHC i somras betonar vikten av fortsatta vetenskapliga studier av allmänmedicinens betydelse för hälsan.

• Ylva Johansson har varit en av de drivande personerna i specialistexamensarbetet, allt sedan starten. Hennes idoga arbete har nu utmynnat i att det har bildats ett permanent examenskansli på hennes hemort i Sundsvall.

Tack allesammans för era ovärderliga insatser för allmänmedicin!

Meta Wiborgh
Örnäset vårdcentral, Luleå

Varningssignaler i symtombruset

Varningssignaler för coloncancer och bröstcancer presenterades på höstmötet.

Jörgen Månsson, husläkare i Kungsbacka, har tidigare skrivit en avhandling om detta: *The diagnostic process of cancer from the general practitioners view*, Göteborg 1999 (J Månsson). Han presenterade viktiga symtom som vi allmänläkare stöter på i vår vardag och som kan indikera cancersjukdom. Symtomen sattes också i relation till patientens ålder och förekomst av olika former av cancer i befolkningen. Hälften av cancererna vi upptäcker, kan förväntas tillhöra de fyra vanligaste grupperna, det vill säga prostata-, bröst-, colon- och lungcancer.

På en lista med cirka 2 000 patienter kan vi förväntas hitta cirka tre per år av dessa. Omkring 20 procent av alla patienter som söker, anger oro för cancer som sökorsak, medan 47 procent uppger oro för cancer på direkt förfrågan.

Varningssignaler presenterades för coloncancer och bröstcancer. Debutsymtom för coloncancer kan vara blod i avföringen, anemi eller avföringsrubbing. Diagnostiska fynd är positivt f-Hb (eller anamnestisk blödning) samt anemi. Vi tittade även bildligt talat i "retroskopet" på ett ansvarsgällande gällande coloncancer, som kanske kunde hittas tidigare. Vi rekommenderades att rektoskoperas flitigt, då hälften av coloncancererna kan hittas vid rektoskopi.

Angående bröstcancer betonades åter trippeldiagnostiken, det vill säga mammografi, cytologi och palpation. 70 procent hittas på screening men snabbväxande cancer kan debutera emellan, varför egenkontroll är viktig. "Knöl i bröstet" i åldern 40–49 år är till 2,6 procent cancer, medan motsvarande siffra för kvinnor över 70 år är 39,5 procent.

Vi fick även en aktuell överblick över screening av cancer. Studier pågår för närvarande angående värdet av Hemo-cult som screening för coloncancer i

ålder 50–70 år. Innebär screening att liv kan räddas eller tidigarelägger vi bara en inte så hotfull diagnos och ger patienten "ett liv på skuggsidan"?

Vi fick även ta del av en studie som visade vad som händer om man går ut till en befolkning med specificerade "varningssignaler" (tre till fyra symptom per cancerdiagnos på de vanligaste cancererna). Får vi en kraftig ökning av antalet besök eller kommer "rätt" patient att kontakta oss?

Till sist betonades, som så ofta förr, de vinster som kan göras om vi får ett antal av våra patienter att sluta röka. Vi träffar under en tvåårsperiod cirka fyra femtedelar av befolkningen och det är visat att doktors inflytande på om en patient ska sluta röka eller inte, är större än vi ofta tror.

Sammanfattningsvis en intressant och tankeväckande föreläsning som så mycket annat under dessa dagar i Helsingborg.

Birgitta Anstey
distriktsläkare i Örsundsbro

Redaktionens testpatrull sätter betyg på SFAM:s höstmöte.

Betyget är subjektivt. Det är till för att ge arrangörerna en feedback samt förhoppningsvis för att kunna vara till nytta för framtida arrangörer och stimulera dessa till att ytterligare höja ribban ...

0 = uselt, 1 = dåligt, 2 = ganska dåligt, 3 = bra, 4 = mycket bra, 5 = fantastiskt bra.

Förhandsinformation	God via broschyr och hemsida	3
Tillgänglighet	Goda förbindelser med hela landet	4
Hotell	Gott om bra hotellrum nära konferensen	4
Anläggning	Fina och fräscha lokaler som dock inte alltid rymde alla intresserade. Ett extra plus för den stora terrassen där man kunde se ut över havet	3
Program	Välplanerat program med intressant innehåll men vidden i föreningens verksamheten framkom inte riktigt bra	3
ST	En särskild eloge till arrangörerna som inlett mötet med ett uppskattat extra program för blivande allmänläkare	4
Examinationshögtid	Tråkigt att denna skedde i källaren, skild från alla andra Vågspels deltagare. Vårt betyg blir därför här endast:	1
Socialt	Bankett med bordspacering gav möjlighet till nya bekanskap. Båttur med buffé liksom luncher och väl tilltagna kaffepauser kunde utnyttjas till välbehövliga samtal med kollegor	3
Sponsorer	Läkemedelsindustri fanns på plats i foajén med information om sina produkter utan att vara påträngande	3
Miljö	Tillfälle promenera utefter kajer, shoppa eller kombinera med tur till Danmark	4
Genomförande	Hela höstmötet med allting som måste till att klaffa har kunnat genomföras enligt planering. Skickligt!	4
Summa	Vi har här bara räknat ihop poängen rakt av. Vi överläter åt läsarna att själva göra eventuell viktning av de olika aspekterna	36

Sammanfattning

Ett väl planerat och genomfört program med intressanta symposier och bra tillfällen till informella möten men ibland för små lokaler och skulle gärna funnits former för presentationer av föreningens alla nätverk och aktiviteter. Stort extra plus för ST-programmet men tråkigt att examinationshögtiden inte skedde tillsammans med mötets övriga deltagare.

Min syn på mammografiscreening

– Göran Sjönell förklarar sig

*De senaste åren har många frågat mig varför jag kritiserar hälsokontroller med mammo-
grafi: "Är det för att du tycker om att strida mot överheten?"
"Har du några personliga intressen?" är några av de frågor som ställts.*

Här är några rader om hur och varför jag hamnade i mammografidebatten.

Jag tror det började 1977 då jag var distriktsläkare i Bålsta. En ung kvinna hade drabbats av en svår långdragen depression med ångest efter att ha fått så kallade 3:or (dysplasi) på cervixsmear vid tre upprepade undersökningar i Uppsala. Man hade då startat hälsokontroller med smear för alla unga kvinnor i Uppland. Min patient var sjukskriven i nästan ett år och vägrade därefter delta i programmet.

Hon beskrev för mig hur hon frisk och glad något år tidigare, utan att hon bett om det, fick en kallelse till gynhälsokontroll och att därefter var "livet förstört". Jag började fundera på om hälsokontroller, att kalla in friska människor till sjukvården, verkligen var en god gärning.

I BÖRJAN PÅ ÅTTITALET hade jag av en tillfällighet flera kvinnor på min mottagning, Matteus VC, som hade genomgått mastektomi efter mammografihälsokontroller i Stockholm. Jag led med dessa kvinnor som sjönk ihop till bleka skuggor av sina starka jag, när proteser föll ur bh:n inför hjärtauskultation. De hade kommit in i undersökningsrummet som kraftfulla kvinnor men när proteser

föll blev de djupt generade och såg sorgsna ut. Jag minns att jag tänkte: "Måtte vi i sjukvården veta vad vi gör för våra patienter, må dessa bröststymplingar vara gjorda av tvingande nödvändighet". Samtidigt med dessa patientmöten hade jag under professor Leif Svanstoms ledning börjat ge de första NLV-kurserna på Matteus VC, och där fått ansvar för kursmomentet "vardags-epidemiologi".

Jag hade lärt mig innebörden i metodens validitet och hade börjat använda begreppen falskt positiv och falskt negativt i mitt vardagsarbete, inte minst i diagnostiken av urinvägsinfektioner. Jag började fundera över mammo-
grafi och validitet.

VID SFAM-MÖTET i Södertälje 1985 presenterade Gösta Tibblin och andra begreppet placebo och dess innebörd. Jag kände mig förvirrad över min vardagspraktik där placebo och falska provsvar nu började skymma sikten för den riktiga medicinen "vetenskap och beprövad erfarenhet", frågorna började hopa sig ...

Engagemanget i den nya primärvården i Stockholms innerstad, Kvartersakuten, som jag och goda medarbetare skapade 1986, ledde till utlandsresor, till bland annat Irland, i syftet att lära om andras sätt att bedriva vardagssjukvård.

EN FREDAGSEFTERMIDDAG blev jag kvar på professor James McCormicks rum för eftersnack efter hans föreläsning på Trinity College i Dublin. Han bjöd på sina oerhörda kunskaper och vi kom att tala om mammografiscreening. Han sade att det inte kunde fungera med den typen av metod för att söka efter en

så ovanlig sjukdom som bröstcancer hos kvinnor i medelåldern.

Han påpekade att bröstcancer inte var en sjukdom utan en heterogen grupp av tumörer med olika biologiska egenskaper, att vi inte hade någon bra behandling att erbjuda de sjuka, att mammo-
grafi inte innebar en tidig upptäckt av tumören eftersom den vid upptäckten redan konsumerat drygt hälften av sin totala livscykel och att tusentals friska kvinnor skulle få falskt positiva besked och därmed löpa risk att utsättas för onödiga stympande operationer. Han gav mig ett par artiklar han skrivit tillsammans med sin medarbetare Petr Skrabanek. Slutligen påpekade han att den svenska studien Two County Study av Tabar och medarbetare var otillförlitlig och att full redovisning av alla fynd inte gjorts, trots att dessa efterfrågats på möten och i tidskrifter.

Vidare påpekade McCormick att de som fastställde diagnoserna i studien, den så kallade endpointkommittén, var Tabar själv och hans medarbetare, en ordning som inte kan accepteras i en vetenskaplig epidemiologisk jämförande studie.

Efter att ha läst James artiklar var jag övertygad om att det inte fanns tillräckligt med vetenskapligt underlag för att utsätta en generation svenska kvinnor för detta omfattande, gigantiska och potentiellt farliga medicinska experiment.

I OKTOBER 1988 publicerade jag en artikel på DN debatt med titeln "Ompröva mammografibesluten". Jag skrev att Socialstyrelsens underlag för att 1985 anbefalla alla svenska landsting att starta mammo-
grafi hälsokontroller för alla kvinnor i ålder 50-74 år byggde på ett mycket svagt vetenskapligt underlag, huvudsakligen den internationellt hårt kritiserade Östergötland-Kopparberg-studien (Two County Council Study). Jag menade att vi borde vänta på de studier som var på gång, bland annat en i Malmö, innan vi gick vidare med mammo-
grafiscreening.

Svaret blev snarast en utskällning på samma debattsida av de fem kvinno-
förbundsordföranden som satt i riks-

När
glömskan
blir ett
problem

FÖRSÄMRAT NÄRMINNE. Svårigheter att hitta ord eller finna vägen till platser man känner väl. Detta är exempel på tidiga symtom på Alzheimers sjukdom, sjukdomen som tar ifrån oss våra minnen, känslor och vår värdighet.

Symtomutvecklingen vid Alzheimers sjukdom kan hejdas med Aricept® (donepezil), Sveriges mest använda läkemedel vid mild till medelsvår Alzheimers sjukdom.¹ Aricept förbättrar kognitiva, sociala och praktiska funktioner och gör det lättare för patienten att klara vardagslivet.^{2,3}

Behandlingen är skonsam och enkel.^{2,3} Startdos är Aricept 5 mg en gång dagligen, oberoende av föda. Måldos och maximal dos är Aricept 10 mg en gång dagligen. Dosökning kan ske efter 4–6 veckor.

Aricept är en kolinesterashämmare för symptomatisk behandling av mild till medelsvår Alzheimers sjukdom. Tabletter 5 mg och 10 mg. För vidare information, se FASS.

Referenser: 1. Medical Index Sweden. 2. Winblad B, et al. Neurology 2001; 57: 489-95. 3. Mohs RC, et al. Neurology 2001; 57: 481-88.



www.alzheimers.nu



BOX 501 183 25 TÄBY TEL 08-519 062 00 FAX 08-519 062 12 www.pfizer.se

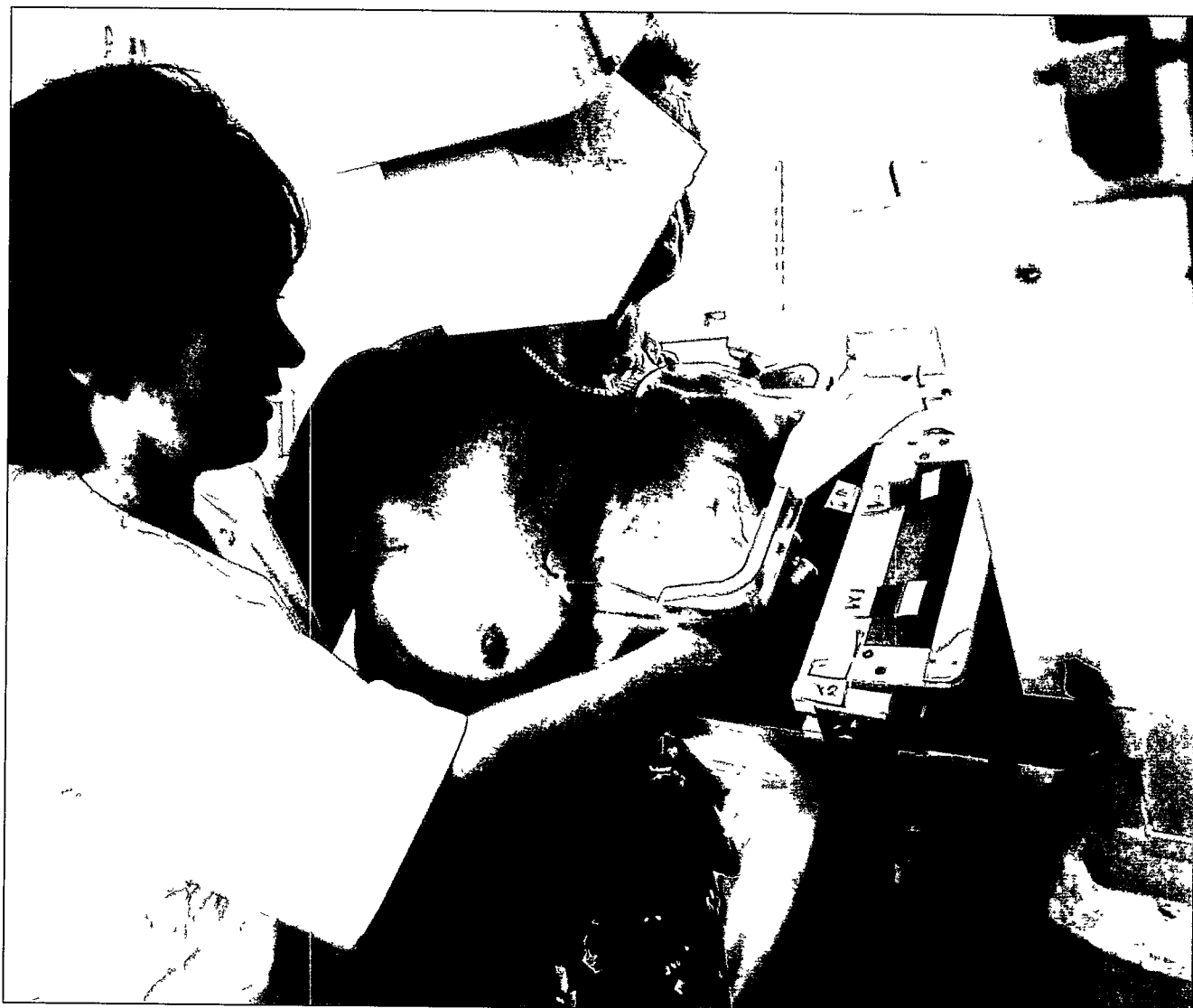


FOTO JACOB FORSELL

dagen. Jag var nu utnämnd till de svenska kvinnornas fiende nummer ett. Mina frågor och min kritik betecknades som angrepp på svensk sjukvård och dess satsning på att förbättra kvinnors hälsa.

KORTTID EFTER MIN ARTIKEL kom resultaten från Malmöstudien som inte visade någon effekt av mammografiscreening efter nio års uppföljning. Jag kände mig stärkt i min kritik och utgick ifrån att Socialstyrelsen nu skulle avbryta screeningprogrammen och invänta nya fakta i målet. Alla vet att så inte blev fallet.

Genom en icke vetenskapligt accepterad subanalys av en delpopulation kvinnor i Malmöstudien lyckades entusiasterna visa att det nog visst fanns en effekt i alla fall och tron fick fortsätta att gälla som underlag för mammografiprogrammet. Socialstyrelsen hade

genom sin generaldirektör Barbro Westerholm investerat så mycket prestigefullt att det inte gick att backa. Den tidigare kampanjen "6-8 bröstskivor om dagen" hade redan satt Socialstyrelsens trovärdighet på spel.

1994 ÅTERKOM JAG i debatten om mammografi, då med fokus på de stora besparingarna i svensk sjukvård. I en artikel i Svenska Dagbladet föreslog jag att all hälsokontrollverksamhet inklusive mammografi borde dras in och att knappa sjukvårdsresurser i första hand borde användas till att behandla sjuka patienter.

Självklart drog mammografientusiasterna ut i debatten och denna gång var det kollegerna Sven Tönneberg och Gunilla Svane i Stockholm som bland annat skrev att "Göran Sjönell pratar skit i mammografifrågan". Ett förnedrande

påstående som inte hade avsedd effekt, att tysta en kritiker, utan snarast kom att verka som energi i min fortsatta kritiska analys av mammografifrågan.

Jag började nu följa de årliga rapporterna från det svenska dödsorsaksregistret för att se om dödligheten i bröstcancer skulle sjunka. Enligt tillgängliga uppgifter var frågan och med 1987 merparten, eller 85 procent, av alla svenska kvinnor i åldern 50-69 år inbjudna och cirka 80 procent deltog i mammografiscreeningen.

Eftersom de svenska studierna, Malmö undantaget, visat en reduktion på 25-30 procent av mortaliteten efter fem, sex år, tyckte jag med min enkla vardagsmatematik att något borde hända med de svenska dödsiffrorna som varit mycket stabila med en liten kontinuerlig minskning sedan 60-talet.

>>

> **NÄR SIFFRORNA FÖR ÅR 1995** kom hösten 1997 och inte visade någon minskning alls började jag bli riktigt orolig. Långa diskussioner med Lars Ståhle, docent i klinisk farmakologi och en mycket kunnig statistiker, resulterade i att vi planerade en studie. Vi valde de 17 svenska landsting som inte deltagit i kliniska försök eller startat mammografi på 1970-talet, för en uppföljande studie. Totalt omfattade studien cirka 800 000 kvinnor i åldern 50–69 år. En studie med så många kvinnor borde kunna ge svar på frågan om mammografiscreening minskar dödligheten i bröstcancer i vardagssjukvården.

VI PRESENTERADE VÅRT ARBETE i Läkartidningen i februari 1999 och kunde då visa att ingen signifikant minskning skett i dessa landsting till och med 1996. Vi fann en minskning på 1,6 procent efter åtta till tio års mammograferande och kunde rapportera om tiotusentals kvinnor som fått falskt positiva diagnoser och tusentals som opererats i onödan. Kostnaderna för detta program räknades i drygt en miljard svenska kronor. Mammografilöbbyn blev förstås ursinnig och Socialstyrelsen med professor Måns Rosén i spetsen påstod att vi nu bar ansvaret för att kvinnor blev rädda och inte gick på sina kontroller och därmed riskerade att dö i förtid.

Den kritik som framfördes mot våra metoder, vårt material etc. svarade vi på men det hjälpte föga. Barbro Westerholm påstod i ett debattprogram på radion med mig att jag var ansvarig för att flera hundra kvinnor skulle dö i bröstcancer i onödan.

DET FORSKNINGSARBETE som jag och Lars Ståhle ägnade hundratals timmar åt av vår fritid (utan några anslag) under ett par år, fick mig att inse att inte enbart objektivitet och sanning var vägledande för forskare i mammografi-frågan.

Vi fann att Laszlo Tabar och hans medarbetare visat sig fara med osanning och bedräglig information. I deras artiklar i Lancet 1985 och i Journal of Epidemiology and Community Health 1989 skrev de att kontrollgrup-

pen i Two County Study varit "rena" kontroller och inte erbjudits mammografi. Sanningen visade sig vara att de redan 1983 hade inbjudit kontrollgruppen till mammografi.

Det står tydligt i artiklarna att kontrollgruppen inte hade erbjudits och förnekandet av detta faktum är sålunda en medveten lögn. Garne och medarbetare presenterade 1997 ett arbete från Malmö, där de visade att bröstcancermortaliteten sjunkit. De hade avslutat sin analys med året 1992, trots att de haft tillgång till siffror för 1993 och 1994 vid publikationen. Dödstaten ökade starkt i Malmö 1993–94 och uttraderade deras resultat, vilket vi visade i vår analys ett par år senare!

Att inte rapportera alla tillgängliga data vid publikationen kan knappast kallas för god objektiv forskning. Ytterligare märkligheter finns att rapportera men ryms inte i denna artikel.

DEN SENASTE BRISTEN på objektivitet och sanningssökande står Socialstyrelsen för i sitt arroganta sätt att avvisa den nyligen publicerade Cochrane rapporten. Socialstyrelsen och professor Måns Rosén vet och kan mer i denna fråga än en samlad högt aktad internationell vetenskaplig expertis! Cochrane-rapporten är en omfattande och oerhört ingående granskning av de publicerade kliniska prövningarna om mammografiscreening. Den visar tydligt att de svenska studierna, Malmö undantagen, har en usel kvalité och saknar bevisvärde. Dessutom visar Cochrane hur "missförstånden" uppstått i de studier som visar minskad dödlighet i bröstcancer. I dessa studier, framför allt Two County Council, har de ansvariga helt enkelt satt annan cancer som dödsorsak än bröstcancer hos åtskilliga av dem som deltog i försöksgrupperna. Dödligheten i cancer, alla cancerdiagnoser inräknade, är lika stor i försöksgruppen som i kontrollgruppen men andelen "övrig cancer" är större och bröstcancerfallen färre i försöksgruppen.

ENKELT UTTRYCKT BETYDER DET att dödligheten i cancersjukdomar var identisk (RR=1,0; 0,91–1,05) i försöksgrupp och kontrollgrupp – men det

stod bröstcancer på dödsbevisen hos 30 procent fler i kontrollgruppen än i mammografigruppen. Dödligheten i cancersjukdom hade sålunda inte påverkats av mammografiscreeningen!

Varför ser det då inte ut på samma sätt i Malmöstudien, undrar vän av ordning? Jo, även det svarar Cochrane på: Malmö hade under studietiden en obduktionsfrekvens på 77 procent medan Two County Study hade cirka 30 procent – det vill säga i Malmö fick kvinnorna i de flesta fall rätt diagnos, någon omfattande diagnosglidning skedde inte i Malmöstudien.

TILL SIST VILL JAG KOMMENTERA frågan om varför screening ifrågasatts av mig och flera andra allmänläkare. Jag tror att det beror på att det är vi som ser de negativa konsekvenserna av dessa program, vi ser biverkningarna. Vi ser både de falskt positiva och de falskt negativa fallen. Vad gäller hälsokontroller med mammografi ser vi bröstproteserna falla ur varje gång vi undersöker hjärta och lungor på de bröstopererade patienterna och vi lider med de tragiska fallen som återfår sin bröstcancersjukdom trots tidig upptäckt, operation och behandling. När bristen på saktighet och viljan att diskutera allvarliga konsekvenser är som störst i mammografidebatten brukar min hustru Barbro trösta mig med att "Sanningen segrar till slut"

Jag hoppas att hon har rätt. Samtidigt önskar jag ändå innerst inne att jag har fel i denna svåra fråga, för om mina misstankar att mammografiscreening gör mer skada än nytta är riktiga, blir det en katastrof för den generation medelålders svenska kvinnor som har deltagit i dessa program.

Göran Sjönell, husläkare
Kvartersakuten Matteus, Stockholm
wonca@sjonell.se



**Optinate minskar risken
för höftfraktur hos
postmenopausala kvinnor
med etablerad osteoporos.**



En studie med 9331 postmenopausala kvinnor indelade i två grupper visade att behandling med Optinate (risedronat) signifikant sänker risken för höftfraktur.¹⁾ I den ena gruppen var kvinnorna i åldern 70-79 år, i den andra var de över 80 år. Båda grupperna behandlades med Optinate eller placebo i tre år. Primär endpoint var förekomsten av höftfraktur.

Optinate skiljer sig från andra bisfosfonater.

Tillsatsen av en pyridinyl-ring gör att den aktiva substansen risedronat, skiljer sig från andra bisfosfonater.²⁾ Detta kan vara en bidragande orsak till att de gastrointestinala biverkningarna är i nivå med placebo.³⁾ Den goda toleransen för risedronat stöds av en omfattande klinisk dokumentation.⁴⁾



Optinate.
risedronat

En kort väg till god effekt

www.aventispharma.se



Norsk allmänspecialist hade huvudroll vid största epidemin

Vid den största epidemin av legionella i Norges historia har allmänspecialisten och smittskyddsläkaren Jens Holm under hösten haft en central roll för att spåra smittan.

"6 augusti: En pasient ble innlagt på rikshospitalet. Media informerte meg. Det var en mann fra Stavanger, som var på besøk i Oslo-området. Vi tok prøver fra noen steder hvor han hadde vært. Løpende kontakt med Folkehelse ble opprettet fra denne dato."

Så skriver allmänspecialisten Jens Holm i Stavanger i nummer 6 av norska Utposten (AllmänMedicins systertidning) om hur epidemin började.

I telefon berättar han om hur han likt en detektiv var tvungen att lägga pussel med all information han kom att samla på sig. Det gjorde han genom att ställa frågor till alla som hade insjuknat och till människor i deras närhet. Under ett

Fakta om kyltorn

Den typ av klimatanläggning med kyltorn där legionellabakterierna i Stavanger trivdes så bra blir allt mer ovanliga i Sverige. Kyltornet sitter oftast på taket och tar in frisk luft från omgivningen. Denna luft kyls ned med hjälp av kallt vatten och förs sedan vidare till lokalen (eller hela huset) där man vill ha ett svalt klimat. Vattnet går vidare i ledningar och värms upp, förångas och släpps ut i friska luften. (Se någon kyltornstillverkarens hemsida, till exempel www.aircoil.se.)

På vattnets väg till förångning kan det alltför länge komma att hålla den temperatur där bakterien förökar sig, mellan 30 och 50 grader. Om så sker släpps legionellabakterierna ut i friska luften i förångat tillstånd och Stavangerexemplet visar att spridningsrisken är så stor som en kilometers radie.

I Sverige går man allt mer över till att kyla luften med hjälp av fjärrkyla från energiverken i slutna system så att vatten och luft aldrig är i kontakt med varandra. Fläktkondensatorer, stora fläktar ventilerar bort överskottsvärmen.

par månader fortsatte han pusslandet som försvårades av att människor i hela södra Norge insjuknade.

Så småningom lokaliserades smittan till Stavangers citykärna. I september var Jens Holm och andra experter som han hade kopplat in nästan säkra på att legionellabakterierna kom antingen från kyltornet högst uppe på taket till Radisson SAS Atlantic Hotel eller någon av de plaskdammar som fanns i närheten. Innan provsvaren blev färdiga desinficerades hotellet och dammarna tömdes på vatten.

I slutet av september, den 21:a, bekräftades att L pneumophila serotype 1 var den legionellabakterie som både hade smittat patienterna och funnits i kyltornet. Smittan hade förts i förångad form ut ur kyltornet och spritts en hel kilometer! Av alla tusentals människor som vistades i området under andra delen av sommaren insjuknade dock endast 20. Av dessa avled fyra personer. Merparten som insjuknar brukar vara äldre, men i Stavanger drabbades fem friska individer under 50 år. En 43-årig man som inte hade haft några kända sjukdomar fanns bland de avlidna.

Jens Holm säger att det som hänt i Stavanger bör stämma till eftertanke.

– Det må bli en väckarklocka för dem som äger byggnader med likadana anläggningar för luftkonditionering, säger han.

Förutom att Holm lärde sig mycket han inte tidigare visste om legionellabakterien och legionärssjuka fick han också ett omfattande kontaktnät av experter och kunde se hur det fungerade i en krissituation. Utifrån hur effektiva olika personer i nätverket var har Holm börjat skapa ett mer fast nätverk som han kan larma om en ny epidemi blossar upp.

Några av Jens Holms lärdomar:

- Samla alla experter till möte i så tidigt som möjligt.

- Se till att ansvarsfördelningen blir mycket tydlig redan från början.

- Kontakten med medierna måste skötas omsorgsfullt och enligt vissa riktlinjer. Bestäm vad du ska säga till medierna och på vilket sätt du meddelar dig med dem. Det är en fördel att skicka ut skriftliga pressmeddelanden så att journalisterna får svart på vitt vad som meddelats. Allt man säger till medierna måste vara sant, även om inte allt kan berättas hela tiden. Holm säger att han visserligen lyckades ge "rätt sorts" information till medierna men att han borde ha ägnat mer tid åt mediernas feltolkningar eftersom dessa påverkade befolkningen.

– Människor kände sig ibland lurade och trodde att det berodde på mig. Nästa gång något liknande inträffar kommer jag att kontakta Stavangers informationschef mycket tidigare.

När nu fallet har avslutats har Jens Holm i lugn och ro kunnat börja analysera vad som hände. Det gör han tillsammans med sitt nya nätverk som han länge hade planerat att skapa.

– Nu har jag mer än bara en teori att utgå ifrån, säger han.

I Sverige ligger antalet rapporterade fall på ungefär samma nivå från år till år, 80 fall år 2000. Smittskyddsexperter över hela världen räknar dock med ett stort mörkertal – så mycket som tio gånger mer kan det vara.

Allmänläkarna utgör förstås den första viktiga länken för att spåra smittan. När patienter söker med lunginflammationsliknande symptom gäller största vaksamhet. Om legionellasmitta konstateras råder anmälningsplikt till Smittskyddsinstitutet samt till de länsvisa smittskyddsenheterna (som gör en bedömning och

skickar anmälan vidare till den lokala hälsoskyddsförvaltningen för eventuell smittspårning och miljöutredning).

För att göra smittspårningen mer effektiv har Smittskyddsinstitutet startat ett projekt tillsammans med VVS-Installatörerna som är rörinstallatörernas branschorganisation. I referensgruppen ingår bland andra Socialstyrelsen. Projektet ska leda till en vetenskaplig riskanalys, framför allt med hänsyn till de tekniska faktorerna.

– Vi ska tillsammans ta reda på hur riskerna ser ut i Sverige och vad som ska åtgärdas, säger VVS-teknikern Rolf Kling.

Erfarna VVS-tekniker kommer att till och med år 2004 få utbildning i att mer systematiskt än tidigare samla in data. Något som görs tillsammans med hälsoskyddsförvaltningarna.

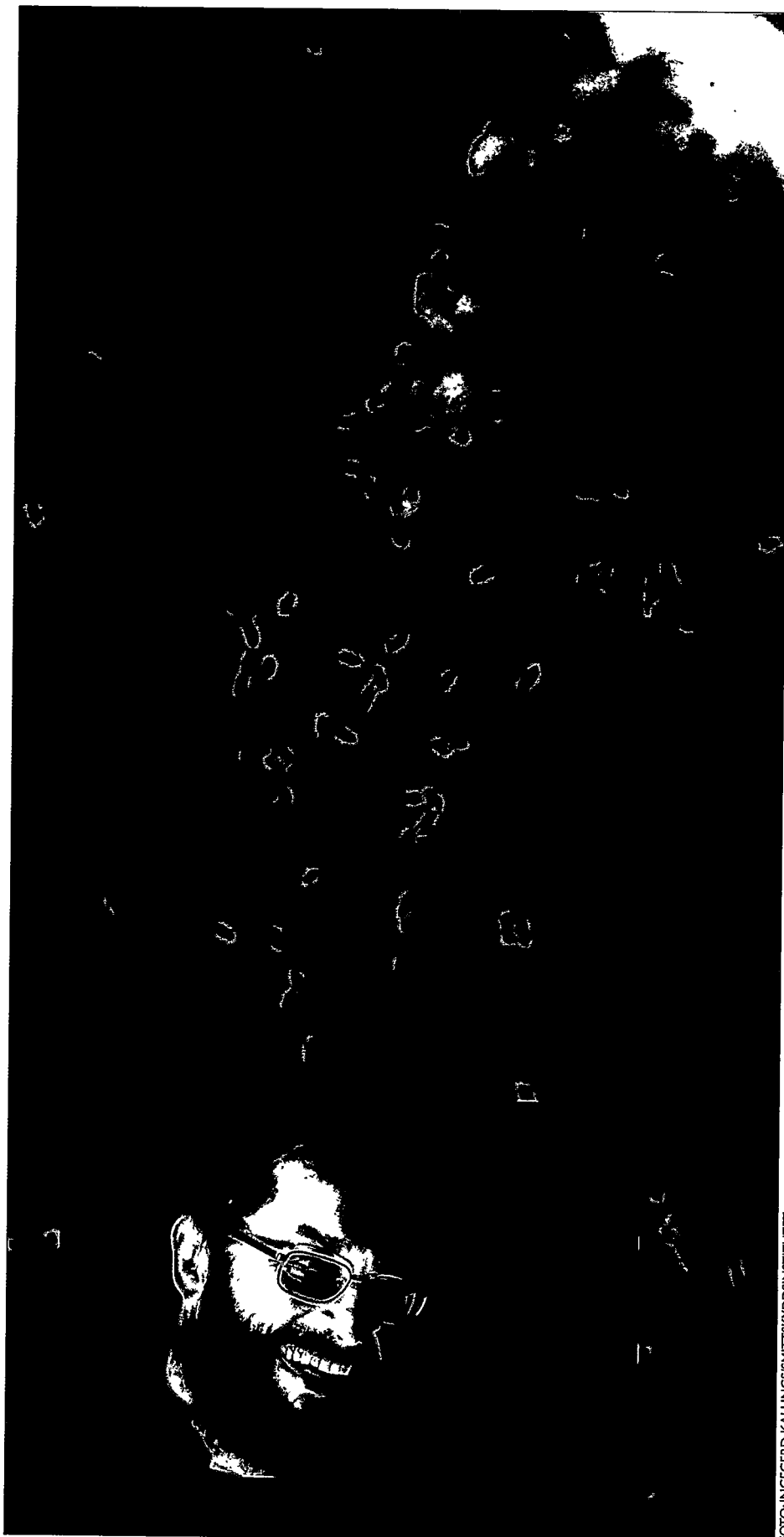
– Genom projektet hoppas vi få fram en bra checklista så att vi kan systematisera undersökningen bättre och få ett ökat samarbete mellan olika professioner när människor drabbas av legionärssjuka, säger Görel Allestam, ansvarig vattenundersökare vid Smittskyddsinstitutet.

Stockholms län har stadigt flest rapporter av legionellafall, följt av Uppsala, Skåne och Västra Götaland. Ett undantag utgjorde Västerbotten 1999 då 18 fall rapporterades på grund av ett legionellautbrott i en bubbelpool på ett hotell. Endast ett fall rapporterades året därefter från länet. Det första stora legionellautbrottet inträffade i Västerås, 1979, just orsakat av en kyltornsanläggning, på varuhuset Punkts tak. Då insjuknade ett 50-tal personer varav en person dog.

Ett nytt inrapporteringsystem av olika sjukdomar håller på att introduceras i Sverige, kallat SmiNet. Hittills har 13 landsting/regioner anslutit sig. Detta ska ersätta det hittillsvarande pappersbaserade systemet. Fördelen med det nya är att berörda myndigheter och laboratorier själva, via Internet, ska kunna mata in sina anmälningar och att systemet fullt utbyggt ska "larma" om någon sjukdom eller patogen registreras i större antal än normalt.

Catarina Berggrén
redaktionssekreterare, AllmänMedicin

Fotnot: Läs mer om legionella och smittspridning på www.smittskyddsinstitutet.se



Stora bilden föreställer legionellabakterier i biofilen från kyltorn. Immunfluorescensfärgning. Infälld: Jens Holm.

FOTO: INGEGERD KÄLLINGS/SMITTSKYDDSIKITUTET
KNUTVINDFALLET/STAVANGER-AFTENBLAD



Mer än
4 av 5 fall med
atopiskt eksem är
koloniserade med
Staph. aureus¹

UOE

Atopiskt eksem är ofta kraftigt koloniserat med Staphylococcus aureus. Behandling med en kombination av ett effektivt stafylokockantibiotikum/steroid kan därför vara framgångsrik där enbart en steroid inte ger avsedd effekt.

Fucidin® Hydrocortison

acid. fusid/hydrocortison.

– ett effektivt stafylokockantibiotikum kombinerat med en mild steroid.

Fucidin® Hydrocortison

Deklaration: 1 g kräm innehåller: Acid fusid, 20 mg hydrocortison, acet. 10 mg, butylhydroxianisol., cetanol., glycerol., kalii sorb., paraffin. liq., polysorbat 60, aq. purif., vaselin. alb. ad 1 g.

Indikationer: Behandling av infekterade milda till måttliga eksem/dermatiter.

Dosering: Appliceras 2-3 gånger dagligen på det affekterade hudområdet. En behandlingstid på max 2 veckor är i flertalet fall tillräcklig.

KontraIndikationer: Fucidin-Hydrocortison skall inte användas vid hudinfektioner som primärt förorsakats av bakterier, parasiter, svamp eller virus. Överkänslighet mot innehållsämnen.

Varningar och försiktighet: Försiktighet skall iaktas då Fucidin-Hydrocortison kräm används i ögonregionen. Regelbundet återkommande eller långvarig applikation kan öka risken för sensibilisering och utveckling av antibiotikaresistens. Vid långtidsbehandling av eksem på stora kroppsytor på små barn bör risken för systemeffekter beaktas.

Graviditet: Kategori A. Inga kända risker vid användning under graviditet.

Amning: Grupp II. Fusidinsyra och hydrocortison passerar över i modersmjölken men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Biverkningar: Vanligast förekommande är sveda och irritation under de första dagarna.

Vanliga (>1/100)	Allmänna:	Sveda och irritation
---------------------	-----------	----------------------

Sällsynta (<1/1000)	Hud:	Exantem, kontaktdermatit
------------------------	------	--------------------------

Farmakodynamik: Fusidinsyra har baktericid effekt på stafylokokker. Minsta hämmande koncentration för Staph. aureus är 0,03-0,12 µg/ml. Streptokocker är känsliga för fusidinsyra, med MIC-värde på 6-16 µg/ml. Hydrocortison har antinflammatorisk och klådstillande effekt.

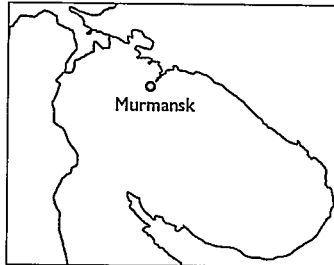
Förpackningar: Kräm 30 g.

Ref: 1. Schlievert PM. JID, 1993;167:997-1002.



Box 404 . 201 24 Malmö
Tfn 040-35 22 00 . Fax 040-611 94 08

Utveckling av familjemedicin i Murmansk



I Murmansk har inte funnits någon allmänmedicin som vi känner till den i Sverige, skriver Björn Olsson, distriktsläkare i Luleå.

Tillsammans med allmänskollegor i Norrbotten driver han ett utvecklingsprojekt där.

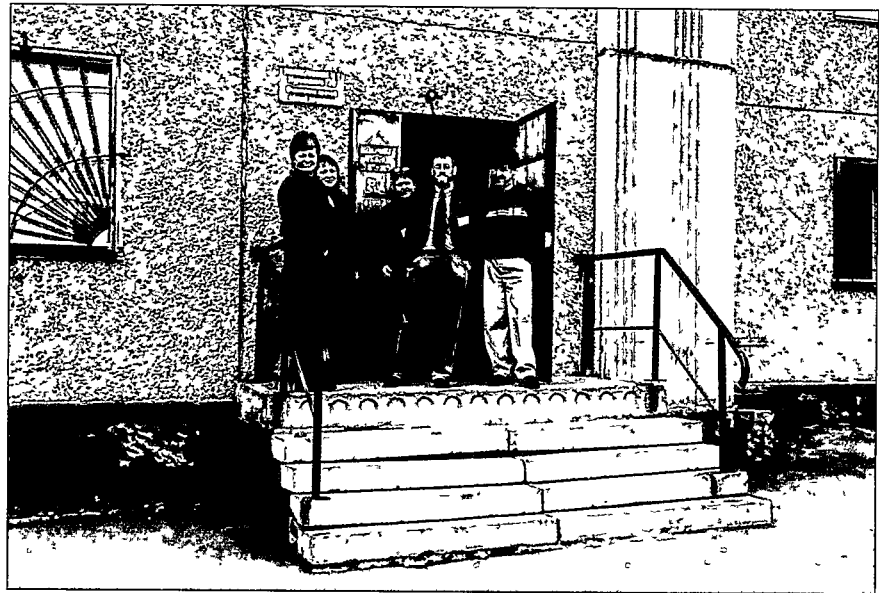
I Sovjetunionen gjorde man tidigare vägvalet att för primärvården satsa på specialiserad sjukvård centraliserad till stora öppenvårdsmottagningar, så kallade polikliniker. Sida vid sida arbetar här ögonläkare, öronläkare, internmedicinare, öppenvårdskirurger med flera specialister. Någon allmänmedicin/familjemedicin som vi känner den har inte funnits.

Systemet med specialistpolikliniker har efter hand upplevts som allt mer ineffektivt. 1994 beslöt den ryska dumman att en familjeläkarreform skall genomföras och allmänläkare (family doctors) utgöra basen i den öppna sjukvården.

Ineffektiv sjukvård

Av många skäl skedde inte särskilt många förändringar de första åren efter dumans beslut, utan polikliniksystemet har fortlevt. Dessa polikliniker drivs av kommunerna och brottas med stora ekonomiska problem. Sjukvården uppfattas av såväl patienter som administratörer på olika nivåer som ineffektiv och med brister i kvaliteten.

Med hjälp av internationella biståndsmedel har ett förändringsarbete på senare år inletts på många olika håll. Via SIDA finansieras sådant arbete bland annat i Murmansk, S:t Peters-



På trappan till den första allmänläkarmottagningen i Murmansk: Från Anna-Lena Zakari, Natalia Korvi (tolk), Annika Andén, Björn Olsson och Alf Nordmark.

burg, Archangelskområdet och i Gatjina några mil söder om S:t Petersburg. Biståndsmedlen kanaliseras via Den Svenska Sjukvårdens Östeuropakommitté som är en ideell förening bildad av Läkarförbundet, Läkaresällskapet, Vårdfacket med flera organisationer inom det svenska vårdetablissemanget. Styrelseordförande i kommittén är tidigare generaldirektören i socialstyrelsen Claes Örtendahl.

Från Norrbottens läns landsting arbetar vi med primärvårdsutveckling i Murmansk i norra Ryssland. Vi har inledningsvis valt att utbilda en grupp ryska läkare i allmänmedicin. Våra ryska kollegor får medicinska baskunskaper via utbildningsinsatser från universitetet i Archangelsk men vad de ryska läkarna inte ännu kan lära sig i Ryssland är hur man arbetar som allmänläkare, förebilder saknas av naturliga skäl.

Kontakter Västerbotten – Murmansk

Vi inledde vårt arbete med en planeringsfas sommaren 2000 och själva projektet startade i januari 2001. Vår grundtanke är att etablera professionella kontakter mellan allmänläkare i Norrbotten och de blivande allmänläkarna i Murmanskområdet. Syftet på litet längre sikt är att tillskapa en grupp nyblivna allmänläkare i Murmansk som är beredda att ta ansvar för den fortsatta utvecklingen av en stark familjemedicin där.

I april 2001 hade vi besök av en grupp med åtta blivande allmänläkare som under två dagar auskulterade på vårdcentraler i Luleå, Boden och Piteå hos en personlig handledare. För de flesta av våra ryska gäster var det deras första besök någonsin i ett västland.

Det de var mest imponerade av var inte oväntat den höga materiella stan- >>



Murmansk i slutet av maj: de svenska handledarna på sightseeing.

>> dard vi har på våra vårdcentraler jämfört med de ganska slitna poliklinikerna i Murmansk. Det andra huvudintrycket var att kärnan i vår verksamhet trots allt är ganska lika varandra.

En annan stor skillnad är de svenska läkarnas ganska självständiga ställning i förhållande till centrala riktlinjer och vårdprogram. I Ryssland finns en uppsjö av så kallade guide lines som man har att följa tämligen slaviskt som läkare med detaljerade anvisningar om hur ofta en magsårspatient skall gastroskoperas etc.

I slutet av maj reste de svenska handledarna till Murmansk för att besöka sina ryska partner. Den ryska projektledningen med Murmansk hälsokommittés ordförande, dr Igor Kovalev, i spetsen hade framfört önskemål om att vi vid detta tillfälle även skulle anordna en konferens för att öka förståelsen för en familjeläkarreform bland ledande

företrädare för sjukvården i Murmansk. Så skedde också och på konferensen som samlat cirka 65 deltagare hade vi tillfälle att jämföra hur svensk och rysk sjukvård är organiserad och hur svenska och ryska poliklinikläkare arbetar.

Intresse för det svenska

De ryska deltagarna var mycket intresserade av hur svensk primärvård är uppbyggd och inte minst av de resultat som framkommit i socialstyrelsens rapport "Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården" (SoS-rapport 1999:19).

Under hösten har våra ryska vänner åter besökt sina handledare på vårdcentraler i Norrbotten under ett två veckor långt besök. Under detta besök anordnade vi också en föreläsningsserie där vi presenterade hur allmänläkare i Sverige arbetar med missbruksfrågor, med läkemedelskommittéarbete och med smittskydd. Från SBU medverkade dr Mats Eliasson som presenterade Evidence Based Medicine.

En mycket viktig del av utbildningen har ägnats åt ledarskapsfrågor. Den demokratiska traditionen i Ryssland är inte så stark som här och vi ser det som avgörande för den framtida utvecklingen av primärvård i Ryssland att de ryska familjeläkarna själva tar ett ledaransvar, såväl som för sin egen

professionella utveckling som för utvecklingen av den ryska sjukvården.

Fick diplom

Vistelsen i Norrbotten under hösten avslutades med att våra ryska vänner fick motta sina diplom som bevis på att de genomgått utbildningen, ur sjukvårdsminister Lars Engqvists hand.

Vi fortsätter att hålla kontakt med de nya allmänläkarna i Murmansk och nästa steg i deras utveckling blir att de bildar en egen allmänläkarförening. Projektet med att utbilda allmänläkare i Murmansk skall pågå i ytterligare två år och en ny grupp ryska läkare håller nu på att utses.

Björn Olsson
distriktsläkare
Övernäsets vårdcentral, Luleå
bjorn.evabritt@telia.com



Poliklinik I i Murmansk.

Frukost

Lunch

Middag

Starlix motverkar postprandiella glukostoppar

vilket förbättrar glykemisk kontroll och HbA_{1c}

Majoriteten av alla typ 2-diabetiker har förhöjda glukosnivåer efter måltid, så kallade postprandiella glukostoppar.¹ Glukostopparna uppkommer som ett resultat av ett förlorat tidigt insulinsvar, vilket är en primär defekt vid typ 2-diabetes.^{2,3} De bidrar till försämrad glykemisk kontroll och kan även kopplas till hjärt-kärlsjukdom.^{1,4,5}

Starlix är det första i en ny klass av läkemedel som återställer det tidiga insulinsvaret och direkt motverkar glukostoppar. Behandling med Starlix i kombination med metformin påverkar båda grundproblemen vid typ 2-diabetes: störning av tidig insulinsekretion samt insulinresistens. Resultatet blir förbättrad glykemisk kontroll och sänkt HbA_{1c}.⁶

Starlix är också en enkel och vältolererad behandling med liten risk för hypoglykemi och viktökning.⁶



Referenser: 1. Erlinger TP et al. Diabetes Care: in press. 2. Ward WK et al. Diabetes Care 1984;7:491-502. 3. Ceriello A. Diabetes Metab Res Rev 2000;16(2):125-132. 4. Riddle MC. Diabetes Care 1990;13:676-686. 5. The DECODE study Group. Lancet 1999;354:617-621. 6. Horton E et al. Diabetes Care 2000;23:1660-1665.

Starlix skall användas vid behandling i kombination med metformin av patienter med typ 2-diabetes som inte kontrolleras adekvat trots maximalt tolererad dos av enbart metformin. Starlix finns som filmdragerade tabletter i tryckförpackningar om 84 stycken i 60 mg, 120 mg respektive 180 mg. Rekommenderad startdos 60 mg, 3 ggr dagligen före måltid. Kan vid behov ökas till 120 mg, 3 ggr dagligen före måltid. För ytterligare information, se FASS-text på annan plats i denna tidning.

Novartis Läkemedel, Box 1150, 183 11 Täby, Tel: 08-732 32 00, Fax: 08-732 32 01.

Frågor och svar om läkemedel

Regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns idag på flera platser i Sverige. Det finns enheter på landets universitets-sjukhus. En förteckning över samtliga LIC med telefonnummer finns på baksidan av Läkemedelsboken.

Läkemedelsinformationscentralerna bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare. De besvarar frågor från läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive läkemedelsinformationscentral. Frågor och svar lagras sen i den gemensamma databasen Drugline, utvecklad vid Hudinge läkemedelsinformationscentral (DRIC). Den finns tillgänglig via KIB eller Internet med SilverPlatters sömgränssnitt WebSpirs.

För att ge spridning åt dessa frågor/svar publiceras några av dem sedan många år i tidskriften AllmänMedicin. Den eller de personer som utarbetat det ursprungliga svaret anges efter varje svar. Texten som återges här är i vissa fall lätt redigerad.

Redaktör: Lars-Olof Hensjö
lars-olof.hensjo@infomedica.se

Renitec och amning (KaroLine)

Fråga:

Dokumentation efterfrågas om behandling med Renitec/enalapril (10 mg/d) under amning.

Svar:

Renitec/enalapril klassas i FASS i grupp II. Enalaprilat passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Denna fråga har senast behandlats i Drugline 1994. Där redovisas flera studier av koncentrationen enalapril och metaboliten enalaprilat i bröstmjolk. Efter en engångsdos om 20 mg enalapril till fem kvinnor var maximal mjölk-plasma ratio i genomsnitt 0,0132 för enalapril och 0,0258 för enalaprilat.

I en annan studie uppmättes hos en kvinna, som stod på behandling med 10 mg enalapril dagligen, koncentrationer av enalapril och enalaprilat i serum och bröstmjolk upprepade gånger under 24 timmar. Totalt utsöndrades 36 ng enalaprilat och 82 ng enalapril till bröstmjolk. (Detta skulle ge en viktsjusterad dos till barnet motsva-

rande ca 0,03 procent av moderns dos – baserat på att barnet väger 3 kg och mamman 70 kg). I en tredje studie kunde metaboliten enalaprilat, trots tillräckligt känslig analysmetod, ej detekteras i bröstmjolk hos tre kvinnor som stod på behandling med 10 mg enalapril dagligen. Man mätte dock inte koncentrationer av enalapril.

Slutsatsen är att enalapril utsöndras till bröstmjolk i små mängder men att otillräcklig information föreligger beträffande huruvida dessa mängder utövar någon farmakologisk effekt på barnen.

Enligt Briggs, Drugs in Pregnancy and Lactation, från 1998 förefaller mängden enalapril och enalaprilat som potentiellt kan överföras till barnet via bröstmjolk som försumbara och är troligen kliniskt insignifikanta. American Academy of Pediatrics anger enalapril som "compatible with breast feeding". Vid sökning i litteratur samt Medline framkommer inget nytt som förefaller påverka slutsatserna i dessa dokument.

Enalaprilat passerar alltså över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

Lagercrantz J

Vitols S

Klinisk farmakologi

Klinisk farmakologi

Karolinska Sjukhuset

Karolinska Sjukhuset

ACE-hämmare och angioneurotiska ödem (KaroLine)

Fråga:

En hjärt-kärlsjuk kvinna har behandlats med Triatec (ramipril) sedan 6-7 år. Nu sedan 6 månader återkommande angioneurotiska ödem, vid två tillfällen IVA-vårdad. Inga medicinändringar har gjorts under den aktuella perioden. Utredning har uteslutit den hereditära formen av angioneurotiskt ödem. Kan Triatec orsaka patientens, sedan 6 månader, återkommande angioneurotiska ödem? Är byte till annan ACE-hämmare lämpligt?

Svar:

Angioödem är en ovanlig, men potentiellt livshotande biverkan till bl.a. ACE-hämmare, förekomsten är enligt FASS <1/1000. Tillståndet förekommer även vid ärftlig eller förvärvad brist på komplementfaktor C1 esteras hämmare, samt kan framkallas av trauma, födoämnen eller läkemedel andra än ACE-hämmare.

Det angioneurotiska ödemet karaktäriseras av subkutan svullnad i ansikte och/eller ödem i tunga och övre luftvägar. Gastrointestinala manifestationer med buksmärter förekommer.

Vid en sökning i svenska biverkningsregistret, SWEDIS, framkommer tio sambandsbedömda fall där ramipril ansetts orsaka angioneurotiskt ödem (1992-2001).

Den proinflammatoriska, vasodilaterande peptiden bradykinin, antas ha patogenetisk betydelse för ACE-hämmarutlöst angioneurotiskt ödem. Bradykinin (och andra proinflammatoriska peptider) bryts ned delvis av ACE och ansamlas i organismen vid behandling med ACE-hämmare.

Tidigare studier har endast kunnat ge indirekta bevis för att bradykinin är inblandat i uppkomstmekanismen av angioneurotiskt ödem då substansen varit mycket svår att mäta i plasma. Nussberger et al. kunde dock relativt nyligen påvisa kraftigt stegrade nivåer av plasma bradykinin hos en patient under en attack av ACE-hämmar utlöst angioneurotiskt ödem. Den fullständiga mekanismen är ännu ej klarlagd och det är tänkbart att endogena substanser andra än bradykinin bidrar till reaktionen. Även en immunologisk förklaringsmekanism har föreslagits trots att antihistaminer och steroider har dålig effekt på symptomen. Inga specifika antikroppar har identifierats.

ACE-hämmare relaterat angioödem uppstår vanligen inom en månad efter insättande av läkemedlet, men kan debutera efter flera års användning. Hedner et al. har publicerat en genomgång av de ACE-hämmare utlösta fall av angioneurotiskt ödem som rapporterats till svenska biverkningsregistret mellan 1981-1990, totalt 36 fall. Ramipril förekom ej i något av de 36 fallen, sannolikt på grund av att substansen registrerades endast ett år tidigare.

Hos 77 procent av patienterna uppstod symptomen inom tre veckor efter initiering av ACE-hämmaren, men i två av fallen hade patienterna komplikationsfritt behandlats i ett respektive tre år innan det angioneurotiska ödemet uppstod. Även andra författare rapporterar angioneurotiska ödem med lång latenstid. Agostoni et al. beskriver i en genomgång av 39 fall, att tiden till symptomdebut varierade mellan en dag och åtta år (median sex månader).

Det faktum att patienten i den aktuella frågan stått på ramipril under många år innan besvären debuterade, utesluter således inte ett ACE-hämmare utlöst angioneurotiskt ödem. Allergicentrum, KS, rekommenderar att patienten remitteras för en allergiutredning samt att ramipril seponeras som det mest troligt utlösande agens.

Hållpunkter saknas för att någon specifik ACE-hämmare skulle vara förknippad med lägre frekvens angioneurotiskt ödem och denna biverkan får förmodas vara klassspecifik. Byte till annat läkemedel i samma grupp

kan därför ej rekommenderas. Vi rekommenderar att fallet biverkningsanmäls till avd. för Klinisk farmakologi, KS.

Sammanfattning:

ACE-hämmare relaterat angioödem uppstår vanligen inom en månad efter insättning av läkemedlet, men kan debutera först efter flera års användning. Det faktum att patienten i den aktuella frågan stått på ramipril under många år innan besvären debuterade, utesluter således inte ACE-hämmare utlöst angioödem. Biverkan är sannolikt klassspecifik och byte till annan ACE-hämmare kan därför ej rekommenderas. Fallet bör biverkningsanmälas.

Pauline Raaschou, ul Paul Hjemdahl, öl
Klin farm avd, KS Klin farm avd, KS

Ledbesvär i samband med behandling med Evista (KaroLine)

Fråga:

Angående en kvinna född 1924 som noterade uppkomst av artralgi och synoviter i knäna i samband med behandling med Evista (raloxifen).

Förekommer rapporter om artralgi, synovit i knä och perifera ödem i samband med behandling med Evista?

Svar:

Vid sökning i tillgängliga databaser återfinns ingen information om artralgi, eller synoviter i samband med behandling med raloxifen.

I läkemedelsbiverkningsregister har man registrerat 20 biverkningsrapporter, varav två som berör biverkningar enligt ovan:

En rapport beskriver en 66-årig kvinna som fick en svullnad i vänster hand och distal underarm under behandling med Evista, då preparatet utsattes normaliserades detta.

Ett annat fall beskriver en 65-årig kvinna, som några dagar efter påbörjad behandling med Evista noterade ödem i ben och fötter, samt viktökning 1.5 kg, då Evista sattes ut normaliserades dessa fynd.

I WHO's biverkningsdatabas har 85 fall av artralgi, 39 fall av ödem och 141 fall av perifer ödem registrerats.

Det förekommer alltså rapporter om artralgi och ödem i samband med behandling med Evista. Vi vore tacksamma om Du kunde lämna in en biverkningsrapport för att uppmärksamma detta problem.

Carl-Olav Stiller Sigurd Vitols
Med. Dr, leg. Läkare Docent, Överläkare
Klin farm avd KS Klin farm avd KS

Leukopeni som läkemedelsbiverkan (KaroLine)

Fråga:

Kvinna, född 1945, med leukopeni sedan två år (LPK cirka 2.4, vid senaste kontroll 3.7). Patienten har också fibromyalgi och migrän. Medicinerar med Lomir (isradipin) 2.5 mg 1x1, Cipramil (citalopram) 10 mg 1/2 x1, Zomig (zolmitriptan) vb, ungefär 2 st/månad, Somadril comp (carisoprodol) vb, ungefär 2 st/månad samt Livial (östrogenerpreparat).

Patienten hade nyligen börjat medicinera med Lomir och Cipramil när leukopenin upptäcktes. Övriga mediciner okänt hur länge patienten använt förutom Livial som patienten endast använt sedan ett halvår tillbaka.

Svar:

Hematologiska biverkningar av kalciumblockerare är ovanliga. Behandling med isradipin har associerats till leukopeni. Även andra kalciumblockerare (amlodipin, diltiazem, nifedipin) har i fallrapporter och rapporter från tillverkarna beskrivits ge trombocytopeni, leukopeni, anemi. Även agranulocytos, inklusive några fall med dödlig utgång, finns rapporterat i samband med behandling med nifedipin, diltiazem, bepredil.

I Läkemedelsverkets biverkningsregister finns inga rapporter om leukopeni eller andra blodbiverkningar av isradipin. I WHO:s biverkningsregister finns fem fall av leukopeni vid isradipin-behandling registrerade.

I Läkemedelsverkets biverkningsregister finns inga rapporter om leukopeni vid behandling med citalopram. Ett fall finns rapporterat med trombocytopeni. I WHO:s biverkningsregister finns tio fall med leukopeni vid behandling med citalopram registrerat.

För carisoprodol finns enstaka fallrapporter om leukopeni. För zolmitriptan har inga uppgifter om blodbiverkningar funnits vid sökning i Micromedex eller Medline. Det finns inte heller några fall av blodbiverkningar registrerat i Läkemedelsverkets biverkningsregister eller i WHO:s biverkningsregister.

Eftersom patienten hade haft leukopeni i 1/2 års tid när patienten började medicinera med Livial har någon sökning på detta preparat ej gjorts.

Föreslår biverkningsanmälan till Biverkningsenheten, klinisk farmakologi, KS.

Sammanfattning:

Leukopeni finns rapporterat för isradipin, citalopram samt enstaka rapporter för carisoprodol.

Johansson M, ul Vitols S, öl
Klin farmakologi, KS Klin farmakologi, KS

Omeprazol och långvarig huvudvärk (KaroLine)

Fråga:

Patient med depressiva besvär, ångest, refluxesofagit och huvudvärksbesvär (som försämrats efter insättning av Losec (omeprazol). Medicinerar sedan flera år med olika NSAID vid behov i höga doser samt paracetamol på grund av huvudvärken. Övrig mediciner: Stilnoct (zolpidem) vid behov, Esucos (dixyrazin) vid behov, Gaviscon (alginsyra och aluminiumhydroxid) vid behov, Flutide nasal (fluticason) vid behov. Känd biverkan för Losec är huvudvärk, finns det dokumenterat hur länge en sådan huvudvärk kan bestå efter att Losec har satts ut? (Patienten har under tre veckor provat att vara utan Losec utan att huvudvärken förändrades.)

Svar:

Sammanlagt 24 rapporter om huvudvärk finns i Läkemedelsverkets biverkningsregister; av dessa hade fem av patienterna inte tillfrisknat inom en vecka efter utsättning av omeprazol.

Tillverkaren har ungefär 500 fallrapporter om huvudvärk vid samtidig behandling med omeprazol. Nittiofem procent av patienterna hade tillfrisknat inom tre dagar efter utsättning av omeprazol. Av de resterande patienterna var det i storleksordningen fem, sex patienter som tillfrisknade inom en vecka efter utsättning. Fallrapporter finns där det tog 14, 16, 37, 45 respektive 76 dagar efter utsättning av omeprazol tills patienterna blev fria från huvudvärk.

Andra biverkningar som finns rapporterat för omeprazol som kanske kan vara relevanta i det aktuella fallet är; depression, sömnsvårigheter, nervositet, ångest (hos mindre än en procent av patienterna), samt hypoglykemi, hyponatremi, hypokalemi, samt sänkta vitamin B12-nivåer.

Sammanfattning:

Några fallrapporter finns med huvudvärk som kvarstod en vecka – två månader efter utsättning av omeprazol. I det aktuella fallet skulle väl också en möjlig förklaring till den persisterande huvudvärken (bland flera andra differentzialdiagnoser) kunna vara spänningshuvudvärk som försämrats av ett alltför extensivt analgetikaintag.

Johansson M, ul Vitols S, öl
Klin farmakologi, KS Klin farmakologi, KS



EN ENDA KAPSEL är hela behandlingen mot vaginal candidainfektion

Peroral behandling med Diflucan® (fluconazol), antimykotikum, mot vaginal candidainfektion består av en enda kapsel 150 mg vid ett enda tillfälle.

Symtomlindring efter 1 dag

En studie med totalt 369 patienter visade att 1 kapsel Diflucan 150 mg gav symtomlindring redan efter 1 dag och symtomfrihet efter 2 dagar. Symtomfriheten kom signifikant snabbare än vid behandling med klotrimazol vagitorium ($p < 0,001$).¹

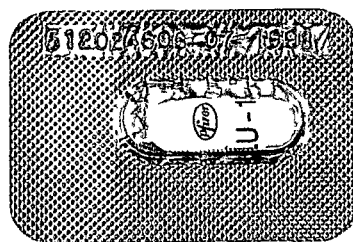
Lika låg frekvens biverkningar som lokalbehandling

Studien visade även att frekvensen biverkningar med Diflucan och klotrimazol var på samma låga nivå, 4–5%. Inga svåra biverkningar förekom.¹

Diflucan ger enkel, snabb och säker behandling.¹ I undersökningar och studier har ca 7 av 10 kvinnor svarat att de föredrar peroral behandling istället för lokalbehandling mot vaginal candidainfektion.^{2,3}

Förstahandsval

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi anger Diflucan som ett av förstahandsmedlen vid vaginala candidainfektioner.⁴



1. Andersen et al. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1989;96:226-32. 2. Intervju med 420 patienter i Tyskland, Italien och Sverige. First Swedish Symposium on Vaginal Candidiasis and Diflucan; ADIS 1992. 3. Osser et al. Acta Obste. Gyneco. Scand 1991;70:73-78. 4. Forssman L och Svensson L. Genitala infektioner hos kvinnan. SFOG Rapport 1996;30:17. För ytterligare information se FASS.

DIFLUCAN®  
(fluconazol)

Pfizer AB
Box 501, 183 25 Täby
Tel 08-519 062 00

Allmänmedicinens hälsoläge i Östergötland

Göta kanal-båten Diana i kröken "Styrmans fasa" vid Borensberg.



FOTO: CHRISTER SORMAN/TURISTBOLAGET

Optioner – betald ledighet för personlig och professionell utveckling – är en möjlighet för allmänläkarna i Östergötland, skriver SFAM Östergötland i en lägesrapport från provinserna.

Allmänmedicin i Östergötland är vid tämligen god hälsa, även om brist-sjukdomar finns på en del håll. SFAM har ungefär 130 medlemmar där, en rätt stor del av alla allmänläkare i länet.

De flesta vårdcentraler är landstingsdrivna, men i Norrköping och Linköping finns även privata verksamheter. Även de landstingsdrivna vårdcentralerna är ganska privata – hos oss finns inga mellannivåer av primärvårdsförvaltningar, distriktsstyrelser och allt vad det kan heta, utan chölarerna på vårdcentralerna är ungefär lika fria som privata entreprenörer när det gäller verksamhetsplanering, tjänsteställsättningar och ekonomi.

Sedan är det förstås inte alltid samma

tankar hos verksamheten som hos landstingsledning och avtalsnämnd om hur pengar ska räknas och fördelas. SFAM och DLF har nyligen arrangerat ett medlemsmöte kring frågor om den privata verksamhetens diskreta charm – vad är det som gör att privata läkare vill arbeta efter 65, medan en del landstingskollegor inte tror sig orka fram till pensionen?

Något entydigt svar på den frågan lyckades vi inte få fram trots enträget huvudbryande, annat än att det som >>



T v: Norrköping i nattljus.
Till höger om huset Strykjärnet,
med Arbetets museum, syns
världens största adventsjuusstake
på ett hustak.

Lilla bilden längst ned på sidan:
Östgötaslätten med Domkyrkan
i Linköping i fonden.

>> vanligt handlar om kvoten mellan Lusten å ena sidan och Tvånget och Rädslan å den andra (som Tommy Wadebeck så inspirerande berättade om i Helsingborg). Om denna kvot är positiv blir arbetet bra, både för medarbetare och verksamhet, och är den negativ blir den det motsatta. Positiva kvoter borde kunna förekomma även i landstingdriven verksamhet.

EN POSITIV landstingsföreteelse hos oss är vårt AMC, Allmänmedicinskt Centrum, lett av SFAM-veteranen Göran Sommansson). Alla ST-läkare i allmänmedicin är anställda på AMC – centralt i landstinget, men utplacerade på respektive vårdcentraler och randutbildningar. Så har det varit ända sedan husläkarsystemet infördes fordom, och tack vare det har vi kunnat hålla nivån på antalet ST i allmänmedicin uppe – i motsats till på vissa andra håll. På AMC är studierektorer för ST och AT anställda, och här finns medarbetare som planerar och genomför kurser och fortbildningar för alla personalkategorier

inom primärvården – en lokal variant av FAMI, helt enkelt.

AMC har en central roll för allmänmedicinen i vårt län; många uppdrag som i andra landsting sköts av lokala SFAM, tar AMC hand om hos oss. Här finns tre fortbildningssamordnare för allmänläkarna – en för varje länsdel – som planerar temadagar och andra utbildningar.

VAD GÄLLER FORTBILDNING för allmänläkare har vårt landsting sedan ett år, förutom den sedvanliga fortbildningen, infört något som kallas utbildningsoptioner. Tanken är att på något sätt gynna den som stannar på sin post, istället för att hoppa runt på hyrföretag etc.

Om man varit anställd fyra år som allmänläkare har man rätt till två månaders betald ledighet för kompetensutveckling – utöver den fortlöpande efterutbildningen. För varje år tillförs vårdcentralerna motsvarande två veckors extra löneandel för varje allmänläkare att utnyttja för dessa optioner. Denna tid kan användas till allehanda personlig utveckling – auskultation hos kollegor i andra länder, kanske FoU-arbete eller kongresser.

OPTIONERNA ÄR DEL i en extra satsning på rekrytering, som även inneburit åtgärder för AT- och ST-läkare, lönepåslag för glesbygdsarbete etc. Vad gäller just rekrytering tycker lokala SFAM

att landstinget jobbar väl i den nationella handlingsplanens anda. SFAM och DLF har haft kontakter med landstingsledningen vad gäller den lokala handlingsplanen, men jag kan inte precis påstå att vi är med och skriver den.

Många av våra medlemmar är mycket aktiva i allehanda allmänmedicinska frågor av olika art, även om det inte precis sker i lokala SFAM:s namn, till exempel Sven Engström och Lars Borgqvist som skrivit Socialstyrelsens rapport om nyttan och ekonomin av att ha en välfungerande primärvård. De flesta kollegor i länet är engagerade i läkarlinjens grundutbildning med konsultationsträning och klinisk primärvårdstjänstgöring för studenterna, och lokala SFAM har koppling till Institutionen för Allmänmedicin bland annat via Mats Foldevi.

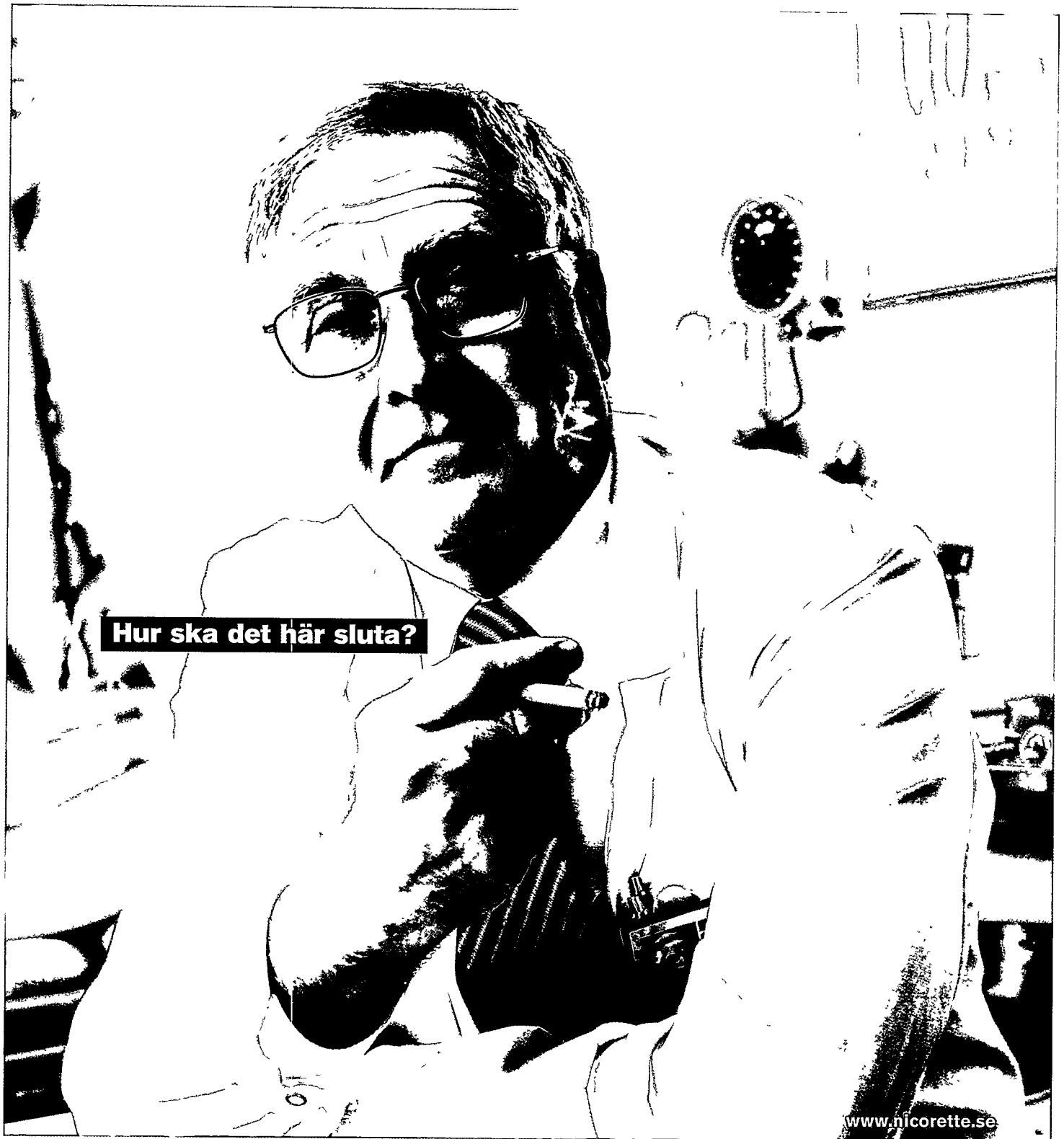
SÅ VAD GÖR DÅ LOKALA SFAM? Ja, som kanske framgått finns många krafter i olika grupperingar i vårt landsting som verkar för allmänmedicinens framgång, lokala SFAM är förhoppningsvis en av dem. Vi stödjer FQ-verksamheten och försöker vara en samtalspart i allmänmedicinsk debatt bland annat kring den nationella handlingsplanen.

Allmänmedicinens hälsotillstånd i vårt län är som sagt rätt gott, men det gäller att se till att patienten ständigt har en god näringstillförsel, och framför allt ett gott sinness tillstånd, något som vi hoppas dr SFAM kan bidra till.

För SFAM:s lokalförening i Östergötland
Gunnar Mårdén
ordförande



FOTO: CHRISTER SORMAN/TURISTBOLAGET



Hur ska det här sluta?

www.nicorette.se

Rökning är ett av mänsklighetens största gissel. Beroendet utvecklas snabbt och att sluta är allt annat än lätt. To m för dem som dagligen ser de medicinska konsekvenserna av rökningen, är det svårt att sluta enbart av egen kraft.

Med Nicorette fasar man ut beroendet under 3–6 månader, samtidigt som man minskar risken att drabbas av cancersjukdomar. För det är ju inte nikotinet i cigaretterna som orsakar cancer. Det är främst tjäran och kolmonoxiden (samt ytterligare ett femtiotal av de 4 700 ämnen en cigarett innehåller). Nikotinläkemedel är en av de mest väldokumen-

terade läkemedelskategorierna. Åtskilliga studier visar att de som försöker sluta med hjälp av Nicorette fördubblar sina chanser att bli rökfria. Bra att känna till när du i ditt arbete möter människor som vill sluta röka. Eller, om du försöker sluta själv. Det finns ju så mycket annat i livet som gör det svårt att leva som man lär.

nicorette®
Fördubblar chanserna att bli rökfri

Det goda åldrandet – ett salutogenetiskt perspektiv

Äldres situation beskrivs ofta i negativa termer av karaktär "eländesperspektiv". Många av dessa föreställningar är inte sakligt grundade, skriver Hans Hallberg, distriktsläkare i Falun och forskare vid Dalarnas forskningsråd.

Han har specialiserat sig på det salutogenetiska synsättet och belyser här olika aspekter av detta samt visar exempel på dess användbarhet.

Flertalet äldre personer har god hälsa, ett välutvecklat socialt kontaktnät och högt livskvalitet.

Personligheten har stor betydelse för hur funktionsnedsättningar och sjukdomar upplevs och hanteras. Trots medicinskt sett allvarliga sjukdomstillstånd kan många äldre ändå uppleva sig ha en god hälsa. Som komplement

till det traditionella patogenetiska sjukdomsorienterade perspektivet har under de senaste två decennierna ett salutogenetiskt perspektiv vuxit fram med fokus på psykologiska hälsofrämjande mekanismer. Nyckelbegrepp är känsla av sammanhang, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Kunskaper om detta "salutogena" perspektiv är viktiga för personal inom vård och omsorg av äldre. Insikt i att de äldres tidigare livshistoria, självvärderade hälsoresurser och personlighet har stor betydelse för vård- och omsorgsbehov samt sjukdomsförlopp och prognos innebär ökade möjligheter att stödja dessa motståndsresurser. Jag ska här ge några olika aspekter av det salutogenetiska synsättet och visa dess användbarhet.

Eländesperspektivet

En stor del av forskningen kring gamla människors situation präglas av synsätt som grovt kan rubriceras som "eländesperspektiv" (1-3). Detta perspektiv präglar också hur äldre människor bemöts och behandlas inom sjukvård och omsorgsverksamhet och hur deras tillvaro belyses av medierna. Åldrandet uppfattas som en period av successiva förluster av resurser, samt av kroppsliga och psykiska funktioner. Äldre människor beskrivs som passiva, ensamma, sjuka och hjälplösa.

Empiriskt har många av dessa pessimistiska föreställningar visat sig vara oriktiga eller enbart gälla för en mycket begränsad del av äldre människor. En undersökning (3) har till exempel visat att nästan alla yngre tror att ensamhet är ett allvarligt problem för äldre medan i själva verket endast var

fjärde av de äldre personerna i studien upplevde en negativ ensamhet. De äldres förmodade mängd problem blev också i övrigt grovt överskattad, särskilt bland högutbildade yngre och personer som var verksamma inom vård och omsorg.

En annan vanlig "myt" om äldre gäller förvärvsarbetets betydelse för det psykologiska välbefinnandet och hälsan och de förmodade negativa konsekvenserna av pensionering. Inte heller detta har kunnat beläggas genom forskning (4-6). Det typiska mönstret är tvärtom att man trivs med sin pensionering – vilket man också före denna förväntade sig att göra. På kort sikt sågs en tendens till förbättring av hälsotillståndet med mindre trötthet och mindre värk. Generella samband mellan pensionering, sjuklighet och dödlighet saknas.

Att "det var bättre förr" är en mycket omhulad föreställning. Genom samhällsförändringar har yngre människor flyttat från landsbygd till stad. Detta antas ha upplöst det tidigare bondesamhällets storfamiljer och lämnat de äldre kvar, ensamma och övergivna. Historiker har emellertid visat (7) att familjer som består av tre generationer endast existerat i vissa begränsade områden under korta perioder. Kärnfamiljen har av hävd varit den vanliga och centrala enheten. Kontakter mellan äldre och deras anförvanter är i flertalet fall idag täta och intensiva. Att uppfatta äldre människor som en socialt marginaliserad grupp stämmer därför inte med verkligheten.

Salutogenetiskt perspektiv

En av de grundläggande utgångspunk-



FOTO STELLAN REYBEKIEL

terna inom sjukvården är att söka efter fel. Medicinsk utbildning är inriktad på att ställa rätt diagnos på de olika sjukdomstillstånd som kan döljas bakom de symtom som patienten lägger fram. Lämplig behandling byggd på diagnosen förväntas leda till att patienten tillfrisknar eller i vart fall får sina symtom lindrade.

Bakom denna inriktning ligger ambitionen att förstå varför sjukdomar uppstår (patogenes) genom att ställa frågor om deras uppkomst. Svaren söks framför allt inom det biomedicinska kunskapsområdet. Detta ger kännedom om olika sjukdomsframkallande faktorer, som till exempel virus, bakterier och riskfaktorer avseende levnadsvanor och annat. Med utgångspunkten tagen i detta kunskapsområde blir försök att förebygga sjukdom främst inriktade på att på olika sätt identifiera och påverka misstänkta riskfaktorer. "Att minska det dåliga", felfinnsökandet efter avvikelser och dysfunktion – blir den logiska grunden för handling och behandling.

Sedan drygt två decennier tillbaka har ett annorlunda synsätt, det salutogenetiska (av *salus* – välgång, hälsa, hälsning och *genes* – utveckling, uppkomst) (8,9), kommit att få uppmärksamhet inom sjukvården (framför allt inom disciplinerna barn- och ungdoms- samt vuxenpsykiatri). *Salus* var i den romerska mytologin hälsans och välfärdens gudinna. Det salutogenetiska perspektivets fråga kan formuleras: vad förhindrar att människor blir sjuka? Med ett sådant perspektiv kommer en sjukdomsförebyggande strategi att sträva efter att identifiera och stärka hälsofrämjande faktorer ("friskfaktorer"). Syftet är att "öka det goda" i stället för att "minska det onda".

En viktig aspekt av denna annorlunda syn på hälsa och sjukdom är att den inte klassificerar människor som antingen "friska" eller "sjuka". I stället förutsätts varje enskild individ att under sitt livslopp röra sig inom ett brett spektrum av hälsa – ohälsa. Förskjutningar mot den friska polen kan ske genom ökad tyngd av hälsofrämjande faktorer och/eller minskning av riskfaktorernas påverkan. Patogenes och



FOTO STELLAN REYBEKEL

salutogenes står i ett komplementärt förhållande till varandra. Båda synsätten måste alltid finnas med i bedömningen av hur sjukdom uppstår och hur den kan förebyggas eller behandlas. Viktigt att förstå är att "friskfaktorer" utifrån den salutogenetiska modellen dock inte är liktydigt med "riskfaktorer" med omvända förtecken. I det salutogenetiska tänkandet är till exempel att sluta röka inte i sig att betrakta som en hälsofrämjande faktor. Det salutogenetiska hälsobegreppet har en annorlunda innebörd än det patogenetiska.

Vilka är då enligt detta perspektiv de hälsofrämjande faktorerna? Antonovsky – teorins upphovsman – försöker

med det överordnade begreppet "känsla av sammanhang" (KASAM) förklara varför vi trots påfrestningar och belastningar ändå kan behålla eller till och med stärka vårt hälsotillstånd. Styrkan av KASAM bestäms i sin tur av de tre dimensionerna *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Begreppet *begriplighet* avser förmågan att uppleva tillvaron som förståelig, strukturerad och tydlig. *Hanterbarhet* är ett begrepp som belyser i vilken utsträckning individen upplever sig ha tillgång till resurser för att möta de inre och yttre kraven och påfrestningarna i tillvaron. Personer med hög hanterbarhet känner sig inte som hjälplösa offer för slumpen eller olyckliga och ej påverk-

>>

Glucophage[®] räddar liv

metformin



Glucophage är det enda medlet vid typ 2-diabetes med dokumenterad mortalitets- och morbiditetsreduktion*.

*UKPDS 34, Lancet 1998; 352:854-865.

Nu även till konkurrenskraftigt pris!

Burk 500 mg, 300 st. 850 mg, 200 st.

 **Glucophage[®]**
metformin

Når längre än glykemisk kontroll

MERCK, Pharma Division, Box 23033, 104 35 Stockholm. Tel 08-555 22 700. Fax 08-555 22 701

>> bara yttre omständigheter.

Meningsfullhet är KASAM-begreppets existentiella grundkomponent. Antonovsky är här influerad av bland andra Viktor Frankl (10) och andra existentiellt orienterade forskare. Meningsfullhet svarar mot i vilken utsträckning individen upplever att livet har en känslomässig innebörd och att de olika påfrestningar som möter är värda engagemang och hängivelse. Svårigheterna kan vid hög meningsfullhet i första hand uppfattas som utmaningar istället för bördor. Krisen innebär mer av möjligheter än av faror.

Impulsen till den salutogenetiska modellen kom från ett "bifynd" i en undersökning (8) kring hur israeliska kvinnor i olika etniska grupper anpassat sig till klimakteriet. Det visade sig att hälften av gruppen i stort bedömde sig ha en god psykisk hälsa jämfört med knappt var tredje kvinna i en mindre grupp av de undersökta bestående av kvinnor som hade överlevt koncentrationsläger. Forskaren kom att fascineras av det märkliga i att en så pass stor andel av de extremt hårt drabbade kvinnorna i denna senare grupp kunde ha god psykisk hälsa i stället för att enbart konstatera att det fanns tydliga skillnader mellan grupperna i den förväntade riktningen.

Det salutogenetiska synsättet riktar således sökarljuset i första hand på de "avvikande" fallen – de individer som inte bekräftar kopplingen mellan riskfaktorer och sjukdom. Vad kan till exempel känneteckna personer som trots rökning, övervikt, blodtryckssjukdom och höga blodfetter inte drabbas av stroke eller hjärtinfarkt? Vilka skyddsmekanismer hos individen förhindrar utbrändhet och utmattningsdepression vid en utåt sett ytterst belastad arbetssituation? Hur skall man kunna förstå att majoriteten av barn som vuxit upp i en ogynnsam "högriskmiljö" ändå kommer att fungera tillfredsställande som vuxna ("maskrosbarn")?

Redan Hippokrates formulerade personlighetens betydelse för hur sjukdom upplevs och vikten av att ta hänsyn till detta i behandlingen: "Det är viktigare att veta vilken person som har en viss sjukdom än vilken sjukdom

en viss person har". Hur en människa själv upplever sitt hälsotillstånd har visat sig (11,12) ha stor betydelse för möjligheten att få leva ett långt och friskt liv. Tolkas verkligheten positiv så blir den positiv. Det handlar mindre om hur man har det än om hur man tar det. Den egna värderingen av livslängden har alltså en tydlig karaktär av självuppfyllande profetia där det magiska trollspöt utgörs av en egen positiv förväntan.

Detta kan förklara de "avvikande fallen" utifrån den salutogenetiska modellens perspektiv: personer med medicinskt sett betydande sjuklighet och objektivt mätbara hälsoproblem kan ändå själva uppleva sin hälsa som god och därmed också ha möjlighet till välbefinnande, hög livskvalitet och ett långt liv.

Möten med äldre

Inte minst hos äldre människor har psykologiska faktorer visat sig (13) viktiga för överlevnad, välbefinnande och livskvalitet. I en undersökning (14) som jag genomförde tillsammans med distriktsköterskorna vid en vårdcentral i Falun var huvudsyftet att försöka förstå mera av innebörden i begrepp som självvärderad hälsa, hälsofrämjande faktorer och motståndsurser.

Målgruppen var minst åttio år gamla personer som var helt okända vid distriktsläkarmottagningen. Förhoppningen var att inom denna grupp finna äldre personer som kunde hjälpa oss att belysa två frågeställningar: Varför blir vissa personer inte sjuka trots att de utsatts för sjukdomsframkallande faktorer? Vad kännetecknar dem som trots påtagliga symtom eller funktionsnedsättningar/handikapp inte söker kontakt med sjukvården?



FOTO DIANA RETBEKIEL

Det tiotal äldre som kom att djupintervjuas hade alla vuxit upp under materiellt knappa förhållanden och förvärvat hårt från tidiga år. Många hade som barn eller unga drabbats av förluster av syskon eller föräldrar och senare i livet också av äktenskapspartnerns död. Framträdande personliga egenskaper var envishet, uthållighet och självständighet. Prövningar och kriser liksom sjukdomar och krämpor sågs som en naturlig del av livet. Man uppfattade sjukvården som en resurs som inte skulle användas i onödan. Det var viktigt att ta eget ansvar för den kroppsliga och själsliga balansen.

Grundhållningen kännetecknades av optimism, självrespekt, känslomässig stabilitet och tillit till egna resurser. Påtagligt var också en förmåga att kunna leva i nuet utan att fastna i bitterhet över svårigheter i det förflutna eller oroa sig för framtiden. För några av de äldre framkom också att gudstro utgjort ett stöd och givit kraft att komma vidare vid olika prövningar under livet. Sammantaget upplevde flertalet av de intervjuade äldre att de kände sig nöjda och tillfreds såväl med sin nuvarande tillvaro som med livsloppet i sin helhet.

>>

VILKEN STATIN SÄNKER LDL-KOLESTEROL EFFEKTIVAST?



I dosintervallet 10–80 mg sänker Lipitor® (atorvastatin) LDL-C med 41–61%.^{4,9}
Mer än någon annan statin på marknaden.^{1,6,7,8,10}

STYRKA & DOKUMENTATION^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}



Lipitor sänker LDL-kolesterol effektivare än någon annan statin¹. • 95% når målvärden med hjälp av Lipitor 10–80 mg². • Lipitor ger dokumenterad effekt på kliniska händelser redan inom 16 veckor³. • Lipitor är den enda statin som kan tas när som helst på dygnet⁴. • Lipitor ger 23–45% triglyceridsänkning vid dosering 10–80 mg⁵. • Studierna kring Lipitor kompletteras med erfarenhet från över 20 miljoner patientår¹¹.

REFERENSER: 1. CURVES, Jones P et al., Am J Cardiol 1998;81:582-587. 2. Hunninghake D et al., J Fam Pract 1998;47:349-356. 3. MIRACL, Schwartz G et al., JAMA 2001;285:1711-1718. 4. FASS 2001. 5. Schrott et al., J Cardiovascol Therapeut 1998;3(2):119-124. 6. Insull et al., Am J Cardiol 2001;87:554-559. 7. Info från Läkemiddelsverket 1999;(7):29. 8. Karalis et al., Comparing the efficacy of atorvastatin versus simvastatin in hypercholesterolemic patients with and without CHD, presenterad på 72nd EAS 1999. 9. Nawrocki J W et al., Arterioscler. Thromb Vasc Biol 1995;15:678-682. 10. März W et al., The Target Tangible Trial, presenterad på EAS 1999. 11. Data on file, Pfizer Inc. INDIKATION: Förhöjt total kolesterol, LDL-kolesterol, apolipoprotein B och triglycerider vid primär hyperkolesterolemi inkl. familjär hyperkolesterolemi, homozygot såväl som heterozygot, eller kombinerad hyperlipidemi (typ IIa och IIb). Lipitor ges som tillägg till diet då effekten av denna eller annan icke-farmakologisk behandling är otillräcklig. DOSERING: Vanlig initialdos är 10 mg dagligen. Eventuell dosjustering bör ske med minst 4 veckors intervall; maximal dos är 80 mg. Dosen kan ges vid valfri tidpunkt på dagen med eller utan samtidigt intag av föda. FÖRPACKNINGAR: Tabletter 10 mg: 30 st, 100 st, och 100 x 1 st. 20 mg: 30 st, 100 st och 100 x 1 st. 40 mg: 30 st, 100 st och 100 x 1 st. FÖR VIDARE INFORMATION: Se FASS C10A A05. ADRESS:



Pfizer AB, Box 501, 183 25 TÄBY. Tel 08-519 062 00. www.lipitor.nu, www.kolesterol.nu.

>>

"Och sedan har jag inte överdrivit med någonting, varken med arbeten eller nöjen. Jag har nog varit litet intresserad av kroppen så att han skulle ha skötts först och främst och mått bra. Inte några överdrifter."

Albert, 82 år

"Man kan ju inte gå igenom livet utan att få några prövningar inte. Det går inte. Man får räkna med att det skall hända något tråkigt, för annars blir väl människan för självgod om hon inte får vara med på någonting ... Det är alldeles som en skola då man lever. Man skall leva så att man får ett bra betyg. Det är ungefär som en skola."

Oskar, 82 år

"Skulle man vara bitter och besviken då kunde man väl inte leva. För det finns väl inte något tyngre än en bitter människa som jorden bär."

Hanna, 82 år

"Nej, jag tror inte att jag skulle vilja ändra någonting i mitt liv ... Jag funderar inte på framtiden utan jag lever som jag tror det är bäst. Vi har ju fått det så bra nu så vi kan inte bättre önska oss på något vis ... Jag har verkligen levt ett rikt liv. Jag har sett mycket och fått varit frisk."

Signe, 86 år

Transsibiriska järnvägen

"När transsibiriska järnvägen blir för kort ..." (15) heter en intervjustudie som jag genomförde för något år sedan i samband med avtalade patientbesök på min distriktsläkarmottagning. Det gjorde jag i syfte att belysa äldre patienters självvärderade hälsoresurser, personlighet, sociala kontakter, intressen och aktiviteter.

Det strategiska urvalet av intervju-personer gjordes utifrån min tidigare kännedom om personerna som deras behandlande läkare.

Det rörde sig om personer som jag

uppfattade ha ett förhållningssätt till livet där sjukdomsupplevelser inte dominerade. Trots förekomst av i regel flera kroniska sjukdomstillstånd visade sig också de flesta ha en optimistisk syn på det egna hälsotillståndet. Man hade i regel också väl fungerande sociala kontakter, inte minst med barn, barnbarn och barnbarnsbarn. Många var engagerade i olika intressen och aktiviteter.

"Ja, jag har gjort det mesta, jag har ju åkt transsibiriska järnvägen och hurtigrutten och inlandsbanan ... Jag åkte (inlandsbanan) åttiosex gånger efter varann ... Den transsibiriska järnvägen var för kort ... Man hann inte träffa allt roligt folk som var med, vet du. Det var ju speciella människor som var med ..."

Anders, 71 år

Personlighetsmässigt beskrev intervju-personerna en optimistisk och positiv läggning där det egna ansvaret för hur tillvaron formar sig var tydligt. Uttryck för oro, ångest, ångslan eller nedstämdhet saknades så gott som helt. En kvinna som haft tre hjärtinfarkter och i efterförloppet kärlekskrampssymtom förefaller trots sin hjärtsjukdom ej särskilt bekymrad:

"Jag har faktiskt aldrig något besvär med oro. Jag har frågat läkare en gång. Är det något fel på mig...som inte känner oro ..."

Dagmar, 74 år

En annan person med svår hjärtsjukdom berättar om sin aptit på livet och sin kvarvarande nyfikenhet. Genom olika meningsfulla intressen och aktiviteter avleder han tankarna på sina krämpor och sjukdomar:

"Sjukdomarna, dom tänker jag inte på, för det finns alltid någonting intressantare att tänka på."

Erik, 70 år

Hälsostrategier

"Hur man har det och hur man tar det." (16) kallade jag en annan studie



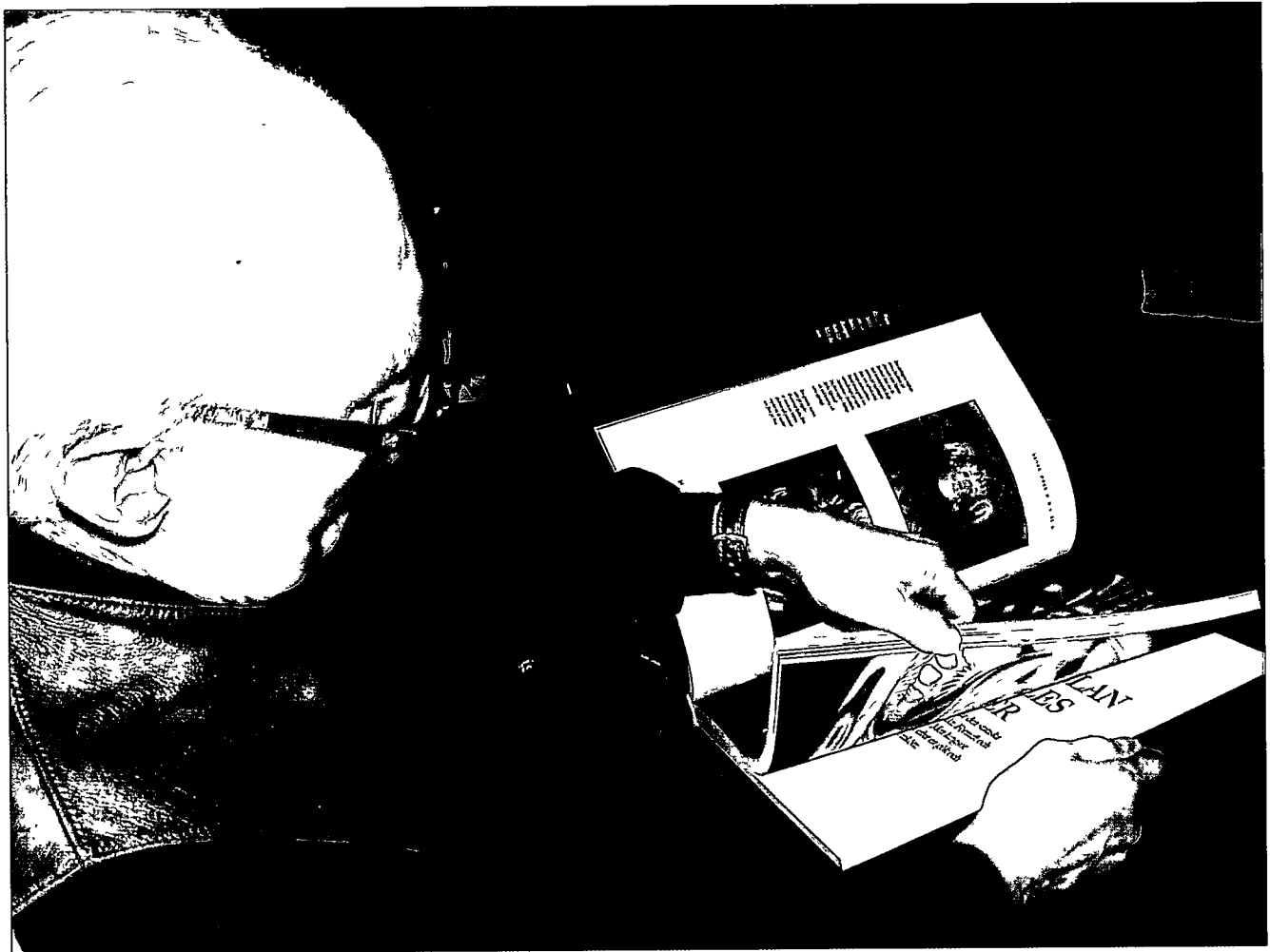
FOTO STELLAN RYDBEKJEL

där jag intervjuade hemmaboende åttioåriga personer som hade valts utifrån en enkätundersökning i vilken de upplevde sin hälsa som god trots flera "objektiva" sjukdomstillstånd, sjukdomssymtom och regelbunden medicinering. Det övergripande syftet med den enkätundersökningen var att med utgångspunkt bland annat från det salutogenetiska perspektivet belysa olika strategier och psykologiska mekanismer som kan bidra till subjektivt god hälsa trots aktuell sjuklighet.

Några kännetecken i denna "elitgrupp" av äldre som också kommer fram i andra studier med likartad design (17, 18) är överrepresentationen av gifta bland männen, av barn samt av normal rörelseförmåga, och avsaknad av sömnstörningar och ensamhetskänslor.

Intervjuerna ger många exempel på bemäringsstrategier i relation till medicinska sjukdomstillstånd. En man berättar om sitt förhållningssätt till den svåra njursjukdom som innebär att han måste genomföra hemodialys fyra gånger dagligen:

"Redan från början när dom talade om för mig hur det här skulle gå till så sade jag att fyra gånger om dagen låter mycket, men kalla det två gånger då. För det där på morgonen då tvättar man sig och rakar sig och donar och så byter jag. Då har jag klarat av det en gång. Sen är det klockan elva och vid fyra eller fem, det är >>



>> ju dom två gångerna. Och så sista gången, då går jag och lägger mig och det är samma ritual då, jag vaskar mig och borstar tänderna. Så istället för att säga fyra så säger jag två och då är jag ju genast på den gladare sidan.”

Folke

I ett livsloppsperspektiv (19) ses ålderdomen som en integrerad del av hela livet. Utifrån ett sådant synsätt kan hågkomster av barndomen (20, 21) ha kanske större betydelse för hur tillvaron uppfattas än själva de aktuella yttre livsvillkoren och det objektiva hälsotillståndet. Med några få undantag framtonar också i intervjuerna övervägande positiva minnen av föräldragestalterna.

”Ja, omkring min mor är det som ett skimmer, för hon förstod sig på att handskas med barn. Hon

sa alltid, hur skulle jag kunna klara mig utan er. Vi visste att vi hade ett värde.”

Dagmar

I psykoanalytikern Erik Homburger Eriksens utvecklingspsykologiska modell (22, 23) beskrivs jagets utveckling under åtta olika stadier. Den positiva lösningen av den sista utvecklingsfasen kännetecknas av begreppet integritet. Det egna livet accepteras i sin helhet som innehållsrikt och meningsbärande och så också den förestående avslutande livsfasen. Någon bitterhet eller förtvivlan över att livet snart är slut förekommer inte även om oro för eventuell kommande svår sjukdom med omsorgsbehov och autonomiförlust framskyntar.

”Det är klart att jag tänkte när jag fyllde åttio så här att, usch, man var urgammal. Men man får ju inte

sitta fast i sitt eget åldersfångelse. Så jag tänkte samtidigt att nu gäller det att leva och leva tills man blir nittio. Man får inte ge upp om man inte får något allvarligt. Men det man hoppas på det är väl att man slipper dras med en lång och besvärlig sjukdom.”

Barbro

Det goda åldrandet

Att åldras innebär för alla – förr eller senare – att behöva hitta lösningar på de olika speciella utvecklingsproblem som denna sista fas i livet innebär. Det handlar om att handskas med de kroppsliga förändringar och funktionsnedsättningar som åldrandet för med sig. Åldrandet innebär också att försöka finna ett förhållningsätt till livets avslutning och den egna döden. Detta förutsätter också förmågan att acceptera och försona sig med det liv som har varit.

>>

Starlix®
Novartis

Tabletter 60 mg, 120 mg och 180 mg

Peroralt antidiabetikum

A10B X03

DEKLARATION. 1 tablett innehåller: Nateglinid 60 mg resp. 120 mg resp. 180 mg, laktosmonohydrat 141,5 mg resp. 283 mg resp. 214 mg, mikrokristallin cellulosa, povidon, kroskarmellosnatrium, magnesiumstearat, färgämne (röd järnoxid E 172 i tablett 60 mg och 180 mg, gul järnoxid E 172 i tablett 120 mg), färgämne (titandioxid E 171), hypromellos, talk, makrogol, vattenfri kolloidal kiseldioxid. **INDIKATIONER.** Nateglinid används för behandling i kombination med metformin av patienter med typ 2-diabetes som inte kontrolleras adekvat trots maximalt tolererad dos av enbart metformin.

DOSERING. Nateglinid bör tas inom 1–30 minuter före måltid (vanligen frukost, lunch och middag).

Rekommenderad startdos är 60 mg 3 gånger dagligen före måltid. Detta kan ökas till 120 mg 3 gånger dagligen före måltid.

Dosjustering skall baseras på regelbundna mätningar av glykosylerat hemoglobin (HbA_{1c}). Eftersom den primära terapeutiska effekten av STARLIX är att sänka måltidsrelaterade glukosnivåer (vilka bidrar till HbA_{1c}), kan det terapeutiska svaret på STARLIX också följas med hjälp av glukosnivåer 1–2 timmar efter måltid. Rekommenderad maximal dos är 180 mg 3 gånger dagligen före måltid.

Speciella patientgrupper

Äldre. Den kliniska erfarenheten hos patienter över 75 år är begränsad.

Barn och ungdomar. Det finns inga tillgängliga data på användning av nateglinid hos patienter under 18 år, varför användning i denna åldersgrupp inte rekommenderas.

Patienter med nedsatt leverfunktion. Dosjustering är inte nödvändig hos patienter med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion. Eftersom patienter med svår leversjukdom inte studerats, är nateglinid kontraindicerat för denna patientgrupp.

Patienter med nedsatt njurfunktion. Dosjustering är inte nödvändig hos patienter med lätt till måttligt nedsatt njurfunktion. Hos dialyspatienter sågs en minskning av C_{max} på 49% men biotillgänglighet och halveringstid hos diabetiker med måttligt till kraftigt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15–50 ml/min) var jämförbara med dialyskrävande njursjuka patienter och friska. Med tanke på det låga C_{max} som ses hos patienter under dialysbehandling kan, utan att säkerheten åventyras, en justering till högre dos erfordras.

Övriga. Hos försvagade eller undernärda patienter bör den initiala dosen och underhållsdosen vara återhållsam.

KONTRAIKATIONER. STARLIX är kontraindicerat i följande fall: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne, typ 1-diabetes (insulinberoende diabetes mellitus, C-peptidnegativ), diabetisk ketoacidosis, med eller utan koma. Graviditet och amning samt svår leverfunktionsnedsättning. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET.** Liksom andra läkemedel som stimulerar insulinsekretionen kan nateglinid ge upphov till hypoglykemi.

Symtom på hypoglykemi (ej bekräftad med blodsockermätning) har observerats hos patienter vilkas HbA_{1c}-basvärde låg nära behandlingsmålet (HbA_{1c}<6,5%). Kombinationsterapi med metformin är förenat med ökad risk för hypoglykemi jämfört med monoterapi.

Speciella patientgrupper. Nateglinid bör användas med försiktighet hos patienter med måttligt försämrad leverfunktion.

Inga kliniska studier har utförts på patienter med svår leversjukdom eller barn och ungdomar. Behandling rekommenderas därför inte för dessa patientgrupper.

INTERAKTIONER. Vissa läkemedel påverkar glukosmetabolismen och risken för interaktioner skall därför beaktas av läkaren. Följande läkemedel kan förstärka den hypoglykemiska effekten av nateglinid: angiotensinreceptorblockerare (ACE-hämmare). Följande läkemedel kan minska den hypoglykemiska effekten av nateglinid: diuretika, kortikosteroider och beta₂-agonister. När dessa läkemedel ges till eller sätts ut hos patienter som står på nateglinid skall patienten övervakas noga med avseende på förändringar av glukoskontrollen.

In vitro-studier tyder på att nateglinid huvudsakligen metaboliseras av CYP 2C9. Det finns risk för ökad exponering för nateglinid vid samtidig behandling med hämmare av cytokrom P450-enzymen (huvudsakligen CYP 2C9-hämmare). In vivo har nateglinid ingen kliniskt relevant effekt på farmakokinetiken hos läkemedel som metaboliseras av CYP 2C9 och CYP 3A4. Farmakokinetiken hos warfarin, diklofenak och digoxin påverkades inte av samtidig administrering av nateglinid. Omvänt har dessa läkemedel ingen effekt på nateglinids farmakokinetik.

GRAVIDITET. Kategori B:3. Klinisk erfarenhet från gravida kvinnor saknas. I djurförsök har reproduktionstoxikologiska effekter påvisats. STARLIX rekommenderas därför inte under graviditet.

AMNING. Grupp IVa. Det är inte känt huruvida nateglinid utsöndras i bröstmjölk. Det kan finnas en potentiell risk för hypoglykemi hos barn som ammas. Nateglinid är därför kontraindicerat under amning.

TRAFIKVARNING. Patienter skall rådas att vidta åtgärder för att undvika hypoglykemi under bilkörning eller vid arbete med maskiner. Detta är särskilt viktigt för dem som har svaga eller inga varningssignaler på hypoglykemi eller ofta får hypoglykemi. Bilkörning rekommenderas inte för dessa patienter.

BIVERKNINGAR. Liksom med andra antidiabetika har symtom som tyder på hypoglykemi iakttagits efter tillförelse av nateglinid. Effekterna var i de flesta fall milda och lätta att motverka genom intag av kolhydrater vid behov.

Vanliga (1/10–1/100) **Metabol.:** Symtom som tyder på hypoglykemi.

Sällsynta (1/1000–1/10000) **Immunol.:** Överkänslighetsreaktioner som hudutslag, klåda och nässelutslag.
Lever: Förhöjda leverenzymen. Højningarna var milda och övergående och ledde sällan till att behandlingen behövde avbrytas.

Andra biverkningar som observerats i kliniska studier hade samma frekvens bland STARLIX-behandlade som placebobehandlade patienter. Dessa biverkningar inkluderar gastrointestinala symtom (t ex buksmärtor, dyspepsi, diarré), huvudvärk och andra reaktioner som hade samband med samtida tillstånd som ofta förekommer i dessa patientgrupper, t ex luftvägsinfektioner.

ÖVERDOSERING. Vid akut förgiftning kan Giftinformationscentralen rådfrågas tel 08-736 03 84 (endast för sjukvårdspersonal) eller 112.

FARMAKODYNAMIK. Nateglinid är ett aminosyradervivat (fenylalanin) som är kemiskt och farmakologiskt skilt från andra antidiabetika. Nateglinid är ett kortverkande oralt läkemedel med snabbt insättande effekt på insulinfrisättningen. Dess effekt är beroende av fungerande betaceller i bukspottkörtelns cellöar.

Tidig insulinsekretion är av betydelse för att kunna upprätthålla normal glukoskontroll. Den tidiga eller första fasen av insulinsekretion, som har förlorats hos typ 2-diabetiker, återställs av nateglinid om medlet intages före måltid, vilket resulterar i en minskning av glukosnivåerna efter måltid och av HbA_{1c}.

Nateglinid stänger de ATP-beroende kaliumkanalerna i betacellsmembranen på ett sätt som skiljer sig från det för andra sulfonureidreceptorligander. Detta depolariserar betacellen och leder till öppning av kaliumkanalerna. Inflödet av kalcium leder i sin tur till stimulering av insulinsekretionen. Elektrofysiologiska studier har visat att nateglinid har ca 300 gånger större selektivitet för betaceller i bukspottkörteln jämfört med kardiovaskulära K⁺ ATP-kanaler.

Hos patienter med typ 2-diabetes kommer det insulinotropa svaret inom de första 15 minuterna efter en oral dos nateglinid. Detta resulterar i en blodglukossänkande effekt under hela måltidsperioden. Insulinnivåerna återgår till basvärden inom 3–4 timmar och därigenom reduceras hyperinsulinemi efter måltid.

Nateglinidinducerad insulinsekretion från pankreatiska betaceller är glukoskänslig, vilket innebär att mindre insulin utsöndras när glukosnivåerna sjunker. På motsatt sätt ger samtidig tillförelse av föda eller glukosinfusion en förstärkning av insulinsekretionen. I kombination med metformin, som i huvudsak påverkar fasteblodsocker, var effekten av nateglinid på HbA_{1c} additiv jämfört med varje läkemedel för sig.

Effekten av nateglinid i kombination med metformin har inte jämförts med kombinationen sulfonureid plus metformin.

FARMAKOKINETIK. Absorption och biotillgänglighet. Nateglinid absorberas snabbt efter peroral tillförelse av STARLIX tabletter före måltid och genomsnittlig maximal koncentration uppnås vanligen inom 1 timme.

Absolut biotillgänglighet uppskattas till 72%. Hos typ 2-diabetiker som erhöill STARLIX i doseringsintervallet 60–240 mg före 3 måltider dagligen under 1 vecka visades nateglinid ha linjär farmakokinetik för både AUC och C_{max} och t_{max} var oberoende av dosen.

Distribution. Distributionsvolymen vid steady state för nateglinid baserat på intravenösa data uppskattas till ungefär 10 liter. In vitro-studier visar att nateglinid är högrgradigt bundet (97–99%) till serumproteiner, i huvudsak serumalbumin och i mindre utsträckning till surt alfa-glykoprotein.

Metabolism. Nateglinid metaboliseras i hög grad, huvudsakligen genom hydroxylering av isopropylsidokedjan. De huvudsakliga metaboliterna är 3–6 gånger mindre potenta än nateglinid.

Utsöndring. Nateglinid och dess metaboliter elimineras snabbt och fullständigt. Största delen av ¹⁴C-märkt nateglinid utsöndras i urinen (83%) och ytterligare cirka 10% elimineras via faeces. Ungefär 75% av tillfört ¹⁴C-märkt nateglinid återfinns i urinen inom 6 timmar efter dosering. Ungefär 6–16% av tillförd dos utsöndras i urinen som oförändrat läkemedel. Halveringstiden för eliminering av nateglinid var i genomsnitt 1,5 timmar och därmed föreligger ingen uppenbar ackumulering av nateglinid i flerdosregim upp till 240 mg 3 gånger dagligen.

Effekt av samtidigt födointag. Graden av absorption av nateglinid (AUC) påverkas inte när läkemedlet ges efter måltid. Dock föreligger en minskning av absorptions hastigheten som visar sig som en minskning av C_{max} och en fördröjning av tiden till maximal plasmakonzentration (t_{max}). STARLIX bör tas före måltid. Läkemedlet tas inom 1–30 minuter före måltid.

Äldre. Älder påverkade inte nateglinids farmakokinetiska egenskaper.

Försämrad leverfunktion. Nateglinids biotillgänglighet och halveringstid hos icke-diabetiker med lätt till måttligt nedsatt leverfunktion skiljde sig inte kliniskt signifikant från friska.

Försämrad njurfunktion. Nateglinids biotillgänglighet och halveringstid hos diabetespatienter med lätt, måttligt (kreatininclearance 31–50 ml/min) och svårt (kreatininclearance 15–30 ml/min) nedsatt njurfunktion (ej under dialysbehandling) skiljde sig inte kliniskt signifikant från friska. Hos dialysberoende diabetespatienter sågs en 49% minskning av C_{max} nateglinid.

Biotillgänglighet och halveringstid hos dialysberoende diabetespatienter var jämförbara med friska.

Könskillnader. Inga kliniskt signifikanta skillnader har observerats mellan män och kvinnor med avseende på nateglinids farmakokinetiska egenskaper.

FÖRVARING. Förvaras vid högst 30°C. Förvaras i originalförpackningen.

FÖRPACKNINGAR OCH PRISER.

Tabletter 60 mg (rosa, runda med fasad kant, märkta STARLIX på ena sidan och 60 på den andra). 84 st (tryckpack) 309:50.

Tabletter 120 mg (gula, ovala, märkta STARLIX på ena sidan och 120 på den andra). 84 st (tryckpack) 309:50.

Tabletter 180 mg (rosa, ovala, märkta STARLIX på ena sidan och 180 på den andra). 84 st (tryckpack) 309:50.

Texten är baserad på produktresumé: 2001-04-03.

 **NOVARTIS**

Novartis Läkemedel, Box 1150, 183 11 Täby. Telefon 08-732 32 00.

FASSTEXT

Detrusitol® SR

PHARMACIA

Depotkapslar, hårda 2 mg, 4 mg

R

Medel mot inkontinens

G04B D07

Deklaration. 1 depotkapsel 2 mg innehåller: Tolterodin L-tartrat 2 mg motsvarande tolterodin 1,37 mg, sackaros, majsstärkelse, etylcellulosa, triglycerider, oljesyra, hypromellos, gelatin, shellack, propylenglykol, färgämnen (titandioxid E 171, indigokarmarin E 132, gul järnoxid E 172).
1 depotkapsel 4 mg innehåller: Tolterodin L-tartrat 4 mg motsvarande tolterodin 2,74 mg, sackaros, majsstärkelse, etylcellulosa, triglycerider, oljesyra, hypromellos, gelatin, shellack, propylenglykol, färgämnen (titandioxid E 171, indigokarmarin E 132).

Indikationer. Trängningsinkontinens och/eller ökad miktionsfrekvens förknippad med trängningar, som kan uppträda hos patienter med instabil blåsa.

Dosering. 4 mg 1 gång dagligen utom till patienter med försämrad leverfunktion eller kraftigt nedsatt njurfunktion (GFR \leq 30 ml/min), för vilka den rekommenderade dosen är 2 mg 1 gång dagligen. Doseringen kan reduceras från 4 mg till 2 mg 1 gång dagligen vid besvärande biverkningar. Depotkapslarna skall sväljas hela och kan intas oberoende av måltid. Efter 6 månader bör behovet av fortsatt behandling omprövas.

Kontraindikationer. Urinretention, obehandlad glaukom med trång kammarvinkel, myastenia gravis, allvarlig ulcerös kolit, toxisk megakolon, överkänslighet mot tolterodin eller mot något hjälpämne.

Varningar och försiktighet. Kraftigt försärad tömning av blåsan med risk för urinretention. Obstruktiv sjukdom i magtarmkanalen, t ex pylorusstenos. Njursjukdom. Leversjukdom. Hiatushernia. Autonom neuropati. Risk för nedsatt gastrointestinal motilitet. Organiska skäl för trängningar och täta urintömningar skall utredas före behandling. Barn: Säkerhet och effekt vid behandling av barn har ännu inte fastställts.

Interaktioner. Samtidig behandling med andra läkemedel som har antimuskarin effekt kan resultera i mer uttalad terapeutisk effekt och biverkningar. Omvänt kan tolterodins terapeutiska effekt reduceras genom samtidig administrering av muskarina kolinerga receptoragonister. Effekten av motilitetsstimulerande medel som metoklopramid och cisaprid kan försämrats av tolterodin. Farmakokinetiska interaktioner är tänkbara med andra läkemedel som metaboliseras av eller inhiberar cytokrom P450 2D6 (CYP 2D6) eller CYP 3A4. Samtidig systemisk behandling med potentia CYP 3A4-hämmare som antibiotika av makrolidtyp (erytromycin och klaritromycin), antimykotika (ketokonazol och itraconazol) och proteashämmare rekommenderas ej p g a förhöjd serumkoncentration av tolterodin hos långsamma CYP 2D6 metaboliserares och därmed påföljande risk för överdosering.

Graviditet. Kategori B:3. Klinisk erfarenhet av behandling av gravida kvinnor är begränsad. Studier på dräktiga möss har visat att höga doser ger upphov till minskad fostervikt, embryodöd och ökad förekomst av missbildningar hos foster. Under graviditet bör därför, tills ytterligare erfarenhet föreligger, DETRUSITOL SR ges först efter särskilt övervägande. Behandling av kvinnor i fertil ålder skall övervägas endast om adekvat preventivmetod används.

Amning. Grupp IVa. Uppgift saknas om passage över i modersmjölk.

Trafikvarning. Vid behandling med tolterodin kan, hos vissa patienter, ackommodationsstörningar uppträda och reaktionsförmågan påverkas. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning och precisionsbetonat arbete.

Biverkningar. Tolterodin kan p g a sina farmakologiska egenskaper ge upphov till lätta till mätliga antimuskarina effekter, såsom muntorrhet, dyspepsi och reducerat tårflöde. Nedanstående tabell baseras huvudsakligen på resultaten från en klinisk prövning med DETRUSITOL SR depotkapslar. Den vanligast rapporterade biverkan var muntorrhet som förekom hos 23,4% av de patienter som behandlats med DETRUSITOL SR depotkapslar och hos 7,7% av de patienter som fått placebo.

Vanliga (>1/100)	Allmänna: Trötthet, muntorrhet. GI: Dyspepsi, förstoppning, magsmärtor. Neurol.: Yrsel, huvudvärk, somnolens. Ögon: Reducerat tårflöde.
Mindre vanliga (1/100-1/1000)	Allmänna: Bröstsmärtor, ödem, perifert ödem. GI: Flatulens, kräkningar. Hud: Torr hud. Neurol.: Parestesier. Psyk.: Oro. Ögon: Onormalt seende (inkl. ackommodationsstörningar).

Sällsynta (<1/1000)

Cirk.: Takykardi.
Immunol.: Allergiska reaktioner.
Psyk.: Förvirringstillstånd.
Urogenital.: Urinretention.

En mycket sällsynt biverkan som rapporterats vid användning av tolterodin är anafylaktisk reaktion.

Överdoser. Se speciellt avsnitt märkt .

Farmakodynamik. Tolterodin är en kompetitiv, specifik muskarin receptorantagonist med selektivitet för urinblåsa framför spottkörtlar in vivo. En av tolterodins metaboliter (5-hydroxymetylderivat) har en farmakologisk profil som liknar moder-substansens. Denna metabolit bidrar, hos snabba metaboliserares signifikant till tolterodins terapeutiska effekt. Effekt av behandling kan förväntas inom 4 veckor. I fas II- och III-studier med DETRUSITOL tabletter utfördes urologiska utvärderingar. Studierna visade, jämfört med placebo, en statistiskt signifikant effekt relaterad till dos och behandling med DETRUSITOL hos patienter med diagnostiserad instabil blåsa. Nyckelvariabler var volym vid första kontraktion, maximal blåskapacitet och resturin i blåsan.

Farmakokinetik. Specifika farmakokinetiska egenskaper för depotkapslar: Tolterodin givet i depotkapslar absorberas långsammare än då det ges i form av tabletter. Maximal serumkoncentration erhålles 4 (2-6) timmar efter tillförelse av depotkapslarna. Halveringstiden är ca 6 timmar hos snabba metaboliserares och ca 10 timmar hos långsamma metaboliserares (saknar CYP 2D6). Steady state-koncentrationer uppnås inom 4 dagar efter intag av depotkapslarna. Födointag påverkar inte biotillgängligheten av depotkapslarna.

Absorption: Vid peroral tillförelse genomgår tolterodin första-passage-metabolism i levern. Via CYP 2D6 metaboliseras tolterodin till en farmakologiskt ekvipotent huvudmetabolit som utgörs av ett 5-hydroxymetylderivat. Den absoluta biotillgängligheten för tolterodin är 17% hos snabba metaboliserares (majoriteten av patienterna) och 65% hos långsamma metaboliserares (saknar CYP 2D6).

Distribution: Tolterodin och 5-hydroxymetylmetaboliten binds huvudsakligen till orosomukoid. De obundna fraktionerna är 3,7% respektive 36%. Distributionsvolymen för tolterodin är 113 liter.

Eliminering: Vid peroral tillförelse metaboliseras tolterodin huvudsakligen i levern via det polymorfa enzymet CYP 2D6 till 5-hydroxymetylmetaboliten. Ytterligare metabolism leder till bildandet av 5-karboxylsyra- och N-dealkylerade 5-karboxylsyra-metaboliter, vilka utgör 51% respektive 29% av utsöndringen i urin. Ca 7% av befolkningen saknar CYP 2D6. Hos dessa s k långsamma metaboliserares metaboliseras tolterodin via CYP 3A till N-dealkylerat tolterodin, som ej bidrar till den kliniska effekten.

5-hydroxymetylmetaboliten är farmakologiskt aktiv och ekvipotent med tolterodin. Skillnaderna mellan tolterodin och 5-hydroxymetylmetaboliten i proteinbindningsgrad medför att exponeringen (ytan under kurvan) av obundet tolterodin hos långsamma metaboliserares blir densamma som den sammanlagda exponeringen av obundet tolterodin och 5-hydroxymetylmetaboliten hos snabba metaboliserares, efter samma dos. Säkerhet, tolerabilitet och klinisk respons är följaktligen likartad oberoende av fenotyp.

Utsöndringen av radioaktivitet efter administration av (¹⁴C)-tolterodin är ungefär 77% i urin och 17% i faeces. Mindre än 1% av dosen utsöndras i oförändrad form och omkring 4% som 5-hydroxymetylmetaboliten. Den karboxylerade och motsvarande dealkylerade metaboliten utgör omkring 51% respektive 29% av utsöndringen i urin. Farmakokinetiken är linjär i det terapeutiska dosintervallet. **Särskilda patientgrupper.** Nedsatt leverfunktion: Omkring 2 gånger högre exponering av obundet tolterodin och 5-hydroxymetylmetaboliten erhålles i patienter med levercirrhos.

Nedsatt njurfunktion: Den genomsnittliga exponeringen av obundet tolterodin och 5-hydroxymetylmetaboliten är dubblerad hos patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion (inulinclearance GFR \leq 30 ml/min). Plasmanivåerna av andra metaboliter var påtagligt (upp till 12 gånger) högre hos dessa patienter. Den kliniska betydelsen av den ökade exponeringen för dessa metaboliter är okänd. Data saknas för patienter med mild till måttligt nedsatt njurfunktion.

Förvaring. Ljuskänsligt. Förvaras i originalförpackningen.

Förpackningar och priser.

Depotkapslar, hårda 2 mg (blågrön med vitt tilltryck: en symbol i form av en människofigur och siffran 2).
30 st (burk) 419:50
100 st (burk) 1 328:50
Depotkapslar, hårda 4 mg (blå med vitt tilltryck: en symbol i form av en människofigur och siffran 4).
28 st (tryckförp.) 393:50
30 st (burk) 419:50
84 st (tryckförp.) 1120:50
100 st (burk) 1328:50
Texten är baserad på produktresumé: 2000-03-23.

Informationslämnande företag. Pharmacia Sverige AB, 112 87 Stockholm, tel. 08-695 80 00.

>> Som tidigare har framhållits kan även svår sjukdom vara förenat med en god anpassning till åldrandet och ett subjektivt välbefinnande, även i de fall tillståndet kräver kontinuerlig vård och omsorg. En betydelsefull faktor är själva attityden till de sjukdomar som uppstår. I en undersökning (24) har ett sådant positivt tänkande hos äldre med hälsoproblem uttryckts som att de bedömde orsaken till sin ohälsa som betingad av andra faktorer än av åldrandet i sig. Denna attityd visade sig kopplad till en avsevärt minskad risk att avlida i en nära framtid.

En annan viktig psykologisk faktor (25) som har samband med "det goda åldrandet" benämns "selektiv optimering med kompensation" vilket förklarar uttrycks som "förmågan att välja det viktigaste". Detta innebär att vara medveten om vilken typ av tidigare resurser eller roller som genom åldrandet minskat kraftigt eller gått helt förlorade och i stället koncentrera de begränsade resurserna på aktiviteter som fortfarande är möjliga att ägna sig åt och som ger ett tillfredsställande utbyte.

För den tidigare karriärinriktade och framgångsrike yrkesmannen/yrkeskvinnan kan det innebära att ägna sig åt nära umgänge med närstående och vänner. För den framgångsrike idrottsutövaren kan det röra sig om att utveckla intresse för kulturella aktiviteter (26) när kroppen sätter stopp på en fysiskt krävande arena.

Fortsatta utmaningar och ansträngningar för att uppnå olika mål bidrar också till att möjliggöra det goda åldrandet. Att i rimlig takt fortsätta med de intressen och aktiviteter som tidigare givit tillfredsställelse är alltså ett sätt som påverkar åldrandet i gynnsam riktning. Trots att delar av intellektet – bland annat vissa av minnesfunktionerna – försämras vid hög ålder kan detta ofta mer än väl kompenseras av äldres mognad, kunnande och erfarenheter. Det finns också hållpunkter för att nya kreativa impulser kan utvecklas och förstärkas högt upp i åldrarna.

En annat viktigt sätt att hantera subjektivt upplevda försämringar av hälsotillstånd och livssituation i stort kan

bestå i en mer eller mindre medvetet iscensatt verklighetsförvanskning. Självbildens som en väsentligen frisk person kan då bibehållas trots att flera olika symtom på sjukdomstillståndet är framträdande. Besläktat med detta förhållningssätt är förmågan att undvika att utsätta sig för aktiviteter, relationer och situationer som antingen upplevs som störande eller tråkiga eller som kan hota och utmana den nya typ av personlig kontroll som uppnåtts i försöken att anpassa sig till de biologiska, psykiska och sociala förändringarna som åldrandet fört med sig.

Nytt perspektiv – till vad nytta?

För personalen inom äldreomsorg är det ingen enkel uppgift att integrera det salutogenetiska perspektivet med det förhärskande biomedicinskt orienterade, patogenetiska perspektivet. Inom vården har redan begreppet "patient" en hierarkisk innebörd av någon som är drabbad av sjukdom, ett objekt för diagnos och ett föremål för behandling. Denna diagnosorienterade sjukdomsbehandling förväntas i normalfallet ske utifrån väl genomarbetade och standardiserade vårdplaner.

Den sjuka individen ("vårdtagaren") uppfattas som en passiv mottagare av sjukvårdens ("vårdgivarens") expertbaserade insatser. Patientens egna värderingar och åsikter om hur han/hon själv kan påverka sin hälsa bedöms inte ha någon egentlig betydelse för hur sjukdomsförloppet utvecklas.

Det salutogenetiska perspektivet har viktiga konsekvenser för personal inom vård och omsorg av äldre. Genom att inte bara fokusera på sjukdomssymtom, handikapp och funktionsnedsättningar utan också på resurser och kompensationsmöjligheter skapas delvis nya förutsättningar för ett konstruktivt arbete med de problem som åldrandet kan innebära.

Intresset för de äldres livshistoria och den mognad som ett långt livs erfarenheter ger kan också medföra värdefulla impulser och reflektionsmöjligheter kring de existentiella grundproblem vi alla har att förhålla oss till. Insikt i att den av personligheten och

det tidigare livsloppet formade sjukdomsupplevelsen har en grundläggande betydelse för sjukdomstillståndets förlopp och prognos, ger dem som yrkesmässigt engagerar sig i äldres vård- och omsorgsbehov en anledning att intressera sig för den äldres unika tillvaro med respekt och integritet.

Hans Hallberg
distriktsläkare, Falun
forskare vid Dalarnas forskningsråd
hans.hallberg@dfr.se

Referenslista.

1. Tornstam L. En kritisk tillbakablick och nya perspektiv inom gerontologisk forskning. I: Odé B, Svanberg A, Tornstam L. Att åldras i Sverige. Natur och Kultur, Stockholm, 1993.
6. Jonsson H. Anticipating, experiencing and valuing the transition from worker to retiree. A longitudinal study of retirement as an occupational transition. Karolinska Institutet, Stockholm, 2000 (avhandling).
8. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Natur och Kultur, Stockholm, 1991
12. Kaplan G A, Barel V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. Journal of Gerontology 1988;43:114-120.
13. Hagberg B. Psykologiska aspekter på åldrandet – en översikt. Läkartidningen 2001;98:2457-2462.
14. Hallberg H, Gabrielson I, Lannerheim, L. Möten med äldre. En distriktsköterskebaserad undersökning vid Norslunds vårdcentral i Falun. Utvecklingsenheten i primärvård, Kopparbergs läns landsting, Rapport nr 6, 1990.
15. Hallberg H. Transsibiriska järnvägen var för kort. Allmänläkarens möte med den äldre patienten ur ett salutogenetiskt perspektiv. Arbetsrapport, Dalarnas forskningsråd, Falun, 2000.
16. Hallberg H. Åttio år tvåtusen. En enkät- och intervjustudie. DFR-rapport 2001:3. Dalarnas forskningsråd, Falun, 2001.
20. Öberg P. Livet som berättelse. Om biografi och åldrande. Acta universitatis upsaliensis, Uppsala, 1997 (avhandling).
25. Hagberg B. Det goda åldrandet. I: Dehlin O, Hagberg B, Rundgren Å, Samuelsson G, Sjöbeck B. Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Natur och Kultur, Stockholm, 2000.

Fullständig referenslista kan erhållas av författaren eller redaktionen.

Kan man lyckas med lokal skaderegistrering?

– erfarenheter från Nacka 2000

I Nacka gjordes en nystart av skaderegistreringen i primärvården inför kommunens ansökan om "Trygg och säker kommun" 2000.

Bristande motivationen att utföra registreringen gjorde kvaliteten på registreringen låg. Skadornas karaktär bidrar till att registrets användbarhet kan betvivlas.

Erfarenheterna visar att traditionell registrering av olycksfall i primärvården kan ifrågasättas åtminstone när det gäller storstadsområden.

Skaderegistreringen i Nacka inleddes 1993. Utebliven återrapportering bidrog till att den lokala registreringen avtog. Inför ansökan om "Trygg och säker kommun" ("Safe Community") 2000 uttryckte kommunen starka önskemål om en nystart av den lokala registreringen. Från landstinget erhöles

Fakta om Nacka

Nacka är en förort sydost om Stockholm med cirka 75 000 invånare. Avståndet till närmaste akutsjukhus (Södersjukhuset) varierar mellan fem och 30 km (med bil maximalt 50 minuter i rusningstrafik).

I kommunen finns sex vårdcentraler, fem folktandvårdskliniker och en jourmottagning, öppen vardagskvällar samt dagar och kvällar under helger.

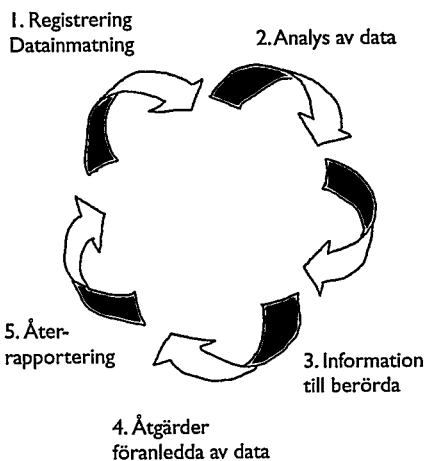
Skaderegistrering äger rum på Södersjukhuset och Astrid Lindgrens barnsjukhus.

medel för ett ettårigt projekt.

Arbetet drevs från den tvärsektoriella referensgruppen för folkhälsoarbete i Nacka. Där ingår sjukvårdsbeställare, hälsoplanerare i sjukvårdsproduktionen, kommunal finansier, kommunala hälsoplanerare, chefen för skolhälsovården, representant från folktandvården och representant från Samhällsmedicins enhet för skadeprevention.

Skaderegistrering är en process där alla delar är lika viktiga för helheten:

Skaderegistreringens process



Syftet med olycksfallsregistrering är enligt Bjärås med flera (1):

- Hälsoövervakning
- Epidemiologisk kunskap
- Praktisk prevention
- Förbättring av behandling
- Forskning

När det gäller användbarheten av dataregistret måste man ställa sig frågorna:

- Är den tillförlitlig?
- Är den användbar för praktiskt preventionsarbete?
- Bidrar den till vår kunskap?

Registreringens syfte

Kommunens önskemål var att få underlag dels för det lokala praktiska skadepreventiva arbetet, dels för att visa att insatser ger resultat på skadeutfallet.

Projektets mål var att klargöra förutsättningarna för högkvalitativ och uttålig lokal olycksfallsregistrering.

Förväntat resultat var kunskap om huruvida det är möjligt att få ett tillräckligt bra återföringsystem för att kontinuerlig olycksfallsregistrering i primärvården skall vara uppnåelig.

Förberedelsearbete

I projektbeskrivningen klargjordes aktörernas ansvar för de olika stegen i processen liksom de ekonomiska förutsättningarna. Den accepterades av alla representanter i den tvärsektoriella referensgruppen för folkhälsoarbete. Varje representant blev ansvarig för förankring och genomförande i den egna verksamheten.

Blankett, diagnosmall och annat material utformades. Ett dataprogram i EpiInfo utvecklades.

Ett idéseminarium arrangerades för alla som kunde tänkas vara intresserade av ett olycksfallsregister.

Metod

Projektet omfattade följande steg:



FOTO DIANA REYBEKIEL

Registrering i primärvård, folktandvård och skolor. Ett formulär där patient/anhörig noga fyller i data kring olycksfallet användes. Vårdpersonal lade till en översiktlig skadediagnos.

Inmatning av data i EpiInfo av speciellt anställd student.

Analys av dessa data parallellt med data från sjukhusen. Frågeställningarna var: När var – hur skedde olycksfallen? Vilka produkter var inblandade?

Uppföljning med återföring till de registrerande enheterna av hur registret används och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av data.

Resultat

Registrering

Totalt registrerades 644 olycksfall:

- 35-81 olycksfall per vårdcentral
- 0-37 olycksfall per folktandvårdsklinik
- 0 olycksfall i skolhälsovården
- 176 olycksfall på jourmottagningen

Bortfallet var stort och kvaliteten på registreringen var varierande. Andelen patienter som sökt för skada var cirka 1 procent på vårdcentralerna, 5 procent på jourmottagningen.

Inmatning

Inmatning av data skedde av en student. På grund av otillräcklig introduktion krävdes extra kontroller. På grund av ofullständig blankett krävdes "tvättning" av data i efterhand, det vill säga inmatning av kön, ålder med mera.

Den totala inmatningstiden per blankett var cirka sju minuter.

Analys

Analysarbetet tog cirka 40 timmar.

Av de registrerade patienterna var 56 procent 15 år eller yngre, 65-åringarna och äldre utgjorde 10 procent.

Skadorna var små och tillhörde prioriteringsgrupp III (mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar). Sårskadorna

utgjorde 73 procent, tandskadorna 14 procent och 20 procent hänvisades för suturtagning, röntgen med mera. Diagnos saknades i 3 procent.

Det typiska olycksfallet i alla åldrar var en icke förutsebar beteendeorsakad singelolycka.

I 13 procent var en annan människa involverad, framförallt när barn skadade sig utomhus. I 3 procent var djur involverade. Verktyg, köksutrustning och maskiner var involverade i 20 procent av skadefallen. Barn inomhus skadade sig vanligen på möbler eller byggnadsdetaljer.

Av alla olycksfall klassificerades 17 procent som trafikolyckor, huvudsakligen med fotgängare och cyklisterna.

Andelen idrottsskador var låg jämfört med andra material, 14 procent. Skolgymnastik hade högsta skadefrekvensen.

Skadediagnoserna skiljer sig inte från Skaraborg 1999 (2).

>>

- Piteå
- Kalix
- Övertorneå
- Älvsbyn
- Arvidsjaur
- Boden

Vi behöver fler distriktsläkare!

Kontakta

● Haparanda Jan Lundberg, jan.lundberg@nll.se ● Överkalix
0920-780 00 eller 070-542 0534

- Luleå
- Jokkmokk
- Kiruna
- Gällivare
- Arjeplog



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

>> På grund av den låga kvaliteten på registreringen är data inte användbara för hälsoövervakning, epidemiologisk kunskap eller forskning.

En preliminär analys av halvårsdata från Södersjukhuset finns med i slutrapporten (3). I den analysen har man haft andra frågeställningar varför ingen jämförelse kunnat göras. Det går inte att klarlägga huruvida det lokala materialet tillfört ny kunskap jämfört med registreringen på akutsjukhusen.

Uppföljning

Genomgången visar att det är tveksamt om data är användbara i det lokala skadeförebyggande arbetet.

Från kommunen har rapporterats att man delgivit bland andra barnomsorgens chefer vissa data. Hur dessa data kunnat användas rent praktiskt har man dock inte redovisat. Inga åtgärder som varit föranledda av registret har rapporterats.

Något system för återföring från kommunen av hur registret används kom inte till stånd under projektåret.

Diskussion

Motivationen för registrering var låg trots ekonomisk ersättning. Att skadorna var lätta och medicinskt lågt prioriterade bidrog till bristande motivering.

Användbarheten kan öka om en analys sker tillsammans med data från Södersjukhuset och Astrid Lindgrens sjukhus. För att kunna avgöra om ny kunskap tillförs måste frågeställningarna vara desamma för alla register. För att tillfredsställa kommunens behov måste dessutom rapporter sammanställas fortlöpande och utan nämnvärd fördröjning.

En uthållig skaderegistrering kräver ett helt annat förberedelse- och underhållsarbete än vad som skedde i Nacka. Det krävs ett djupgående förankringsarbete med en eldsjäl i ledande position och lokala eldsjälarna på varje registrerande enhet.

Innan en eventuell registrering börjar måste bland annat följande fem viktiga frågeställningar besvaras:

1. Är olycksfallet eller skadan den viktiga uppgiften?
2. Skall materialet användas för lokalt

preventionsarbete eller för statistik?

3. Var och hur ska registrering ske för att ge svar på de frågor man har?

4. Vilka resurser krävs för insamling och analys av data?

5. Hur ska återföring till registren ske?

Handläggning av arbetsskador kan ses som en alternativ modell för det skadeförebyggande arbetet. Registrering sker på plats där förebyggande åtgärder skall vidtas, men uppgifterna samlas även centralt. Lokal registrering och lokal uppföljning på detta sätt borde vara effektivt även inom andra verksamheter: sport- och idrottsanläggningar, idrottsföreningar, kollektivtrafiken, bostadsföretag, hyresgäst- och bostadsrättsföreningar. Det skulle i så fall ingå som en del i det interna kvalitetsarbetet.

Ett annat tillvägagångssätt är att koncentrera sig på typ av skada och/eller tid, men i stället satsa på en bred registrering. För till exempel idrottsskador skulle man registrera inom primärvård, akutmottagningar, idrottsläkare, sportanläggningar och idrottsföreningar, och dessutom försöka få allmänheten att anmäla tillbud och skador.

Slutsats

Erfarenheterna från Nacka visar att skaderegistrering inom primärvård och tandvård i storstadsområden kan ifrågasättas när det gäller kostnadseffektivitet. Om syftet är att förbättra det lokala skadepreventiva arbetet bör andra sätt att registrera övervägas, till exempel inom skolor, daghem och idrottsanläggningar.

Ingrid Eckerman, distriktsläkare,
Folkhälsoenheten i Nacka,
Boo vårdcentral,
ingrid.eckerman@slpo.sll.se

Referenser

1. Bjärås G, Schelp L, Svanström L: Att registrera och förebygga olycksfall. Tidens förlag, 1989.
2. Skador registrerade inom hälso- och sjukvården, Skaraborg. Skaderegistreringsprojektet, Skaraborg i Västra Götaland. Mariestad oktober 2000.
3. Eckerman I. Kan man lyckas med lokal skaderegistrering? Erfarenheter från Nacka 2000. Rapport. Stockholms Läns Landsting, Södra Länets Produktionsområde, Boo vårdcentral, 2001.

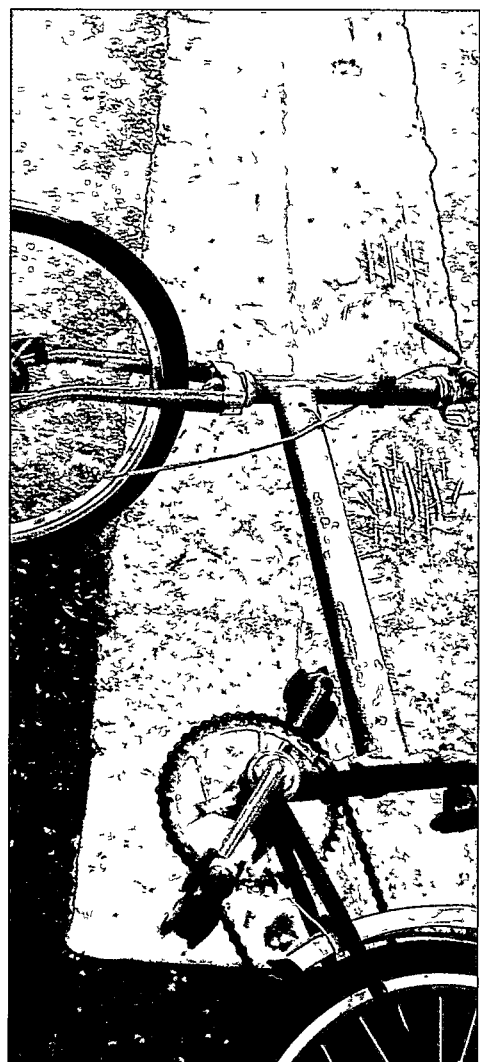


FOTO DIANA REYBKEIL



RELPAK® - ETT NYTT LÄKEMEDEL MOT MIGRÄN.

Snabbt tillslag – effekt inom 30 minuter¹. Relpax är en ny triptan som visat snabbt tillslag och effekt inom 30 minuter.

Fler smärtfria patienter^{2*}. Signifikant fler patienter var helt smärtfria två timmar efter behandling med Relpax, jämfört med patienter behandlade med peroralt sumatriptan.

Få återfall³. Låg frekvens av återfallshuvudvärk³ och en linjär dos-respons⁴ kan öka möjligheten för fler migräniker att få en lyckad behandling.

Relpax – för en snabb tillbakagång till normal aktivitet⁴.



1) Bardsley-Elliott A et al, Eletriptan, CNS Drugs 1999; Oct 12 (4):325-333. 2) Pryse-Phillips W, European Journal of Neurology, 1999 (6):abstract. 3) Pitman V, European Journal of Neurology, 1999 (6):abstract. 4) Poole PH, Neurology 50 (suppl 4):A375-A376, Apr 1999.
* Patienter behandlade med Relpax 40 mg resp 80 mg jämfördes med patienter som fick kapsulerat sumatriptan.

Relpax, eletriptan, är en 5-HT_{1B/1D}-receptoragonist för akut behandling av migrän med eller utan aura. Tabletter 20 och 40mg (2, 6, 18 st). Rekommenderad initial dos är 40mg. Δ Migrän liksom behandling med Relpax kan orsaka dåsighet och yrsel hos vissa patienter. Detta bör beaktas då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. För fullständig information var god se FASS-text längre bak i denna tidning.



TILLBAKA STRAX

RELPAK®
eletriptan

Siktet

inställt på

något

nytt?

Landa som distriktsläkare i Jönköpings

sjukvårdsområde och medverka i att utforma

vår nya primärvård!

Vi erbjuder Dig

- ▷ Någon av våra nyinrättade distriktsläkartjänster.
- ▷ Allsidiga arbetsuppgifter inom en primärvård, som resursförstärks rejält med bl a medverkan av ett stort antal sjukhuskollegor, som Du samarbetar med på vårdcentralen!
- ▷ Möjlighet att, om Du är profilerad mot en sjukhusspecialitet, kombinera vårdcentralstjänstgöring med arbete vid en sjukhusklinik inom ramen för en kombinationstjänst.
- ▷ Chans att få särskild tid avsatt för handledning av läkarstuderanden från Hälsouniversitetet i Linköping.
- ▷ Unika möjligheter att få arbeta med läkemedelsfrågor i samarbete med Apoteket AB:s Nationella Utvecklingscenter i Jönköping.
- ▷ Uppdrag som allmänläkarkonsult.
- ▷ Avsatt tid för egen kompetensutveckling.

Hos oss finner Du

- ▷ Ett landsting i god ekonomisk balans, som arbetar mot ett politiskt mål 1500 invånare/allmänläkare.
- ▷ Goda lönevillkor enligt principen "nu satsar vi på primärvården"!
- ▷ Ett nära samarbete mellan primärvård och länssjukvård i kliniskt vardagsarbete och utvecklingsfrågor.
- ▷ Goda förutsättningar att bedriva FoU-arbete genom stöd av bland annat Primärvårdens FoU-enhet.
- ▷ En expansiv kommun med stora satsningar på högskolorna och ett dynamiskt näringsliv.
- ▷ Goda möjligheter att hitta jobb åt make/maka och ett rikt utbud av utbildning för ungdomar.
- ▷ Storstadens fördelar och ändå cykelavstånd till det mesta!

Ring så berättar vi mer!

Staffan Ekedahl
Primärvårdscoordinator/
Distriktsläkare
Vårdcentralen Norrahammar
Telefon 036 - 32 39 02
Minicall 0740 - 42 96 49

Kjell Lindström
Distriktsläkare Habo/
FoU-chef
Tel 036-32 42 52
(FoU-enheten)
Tel 036-482 40
(Habo vårdcentral)

Barbro Håkansson
Personalsekreterare
Team Personalförsörjning
Länssjukhuset Ryhov
Telefon 036 - 32 11 76

Bengt Hultberg
Distriktsläkare/
Facklig uppgiftslämnare
Vårdcentralen Norrahammar
Telefon 036 - 32 39 23

Besök oss på nätet www.ljtkpg.se och www.jonkoping.se

JLANDSTINGET
i Jönköpings län

Bara kul driva privat?



Kersti Jeppsson, DSK.

Privatisering av sjukvårdsproducenter sker i allt raskare takt. Politiskt är det möjligen vänsterpartiet som har vissa invändningar, men i övrigt förefaller det vara en utveckling som stöds av beslutsfattarna.

Jag arbetar på/är delägare i en husläkarmottagning i norra Stockholm som vi startade 1993. Vi som äger och driver mottagningen är fem till antalet. Samma personer som var med från början. Vi har successivt vuxit under åren och har ytterligare fem anställda specialister i allmän medicin. Dessutom arbetar distriktssköterskor, mottagningsköterskor och sekreterare hos oss.

Starten

Det var mycket entreprenöranda, glädje och vilja att hugga i när vi startade. Vi hade borgerlig majoritet i sjukvårdsområdet som drev privatisering av så många vårdenheter som möjligt. Vi satt fast i en landstingsbyråkrati och vi såg en rad möjligheter i det nya som

kom. Vi startade en helt ny mottagning i form av ett aktiebolag.

Starten innebar oerhört mycket arbete, låna upp pengar, göra affärsplan, anställa medarbetare, skriva samarbetsavtal, kompanjonavtal, skaffa nya lokaler, utrusta dessa, nyanställa, svetsa ihop alla medarbetare.

Vi fick inte en timmes tjänstledigt för detta trots att det drevs politiskt mycket hårt att vi skulle privatisera. En jämförelse: ungefär samtidigt som vi hoppade av tillskapades fristående distriktssköterskemottagningar i sjukvårdsområdets regi. Distriktssköterskorna fick tjänstledigt med lön för att förverkliga sina planer. Dessa är numera nedlagda. Vi fick istället ta ut sparad semester de sista veckorna innan nystarten.

Det är mycket viktigt att skriva affärsplan, samarbetsavtal och kompanjonavtal. Vi har förmånen att en av kollegorna är gift med egna företagare som gav oss många goda råd om uppbyggnad och tillvägagångssätt. >>

Vedermödor i massor kan det bli när personalen på en vårdcentral eller husläkarmottagning tar över och börjar driva den i privat regi.

Anders Nilsson, "Täby Centrum-doktorn" kallad av sina patienter, ger tips om fällor och list som behövs vid en privatisering.



Anders Lindén (legitimerad läkare), Margareta Flodby-Nilsson (sekreterare) och Daisy Friström (lab) vid fikabordet.



Anders Nilsson.

>> Vi hade också kontakt med Praktik-konsult AB. Det är en enhet inom Läkarförbundet som man kan få råd och stöd av både vid privatisering men även senare i samband med avtals-skrivning med mera. Vi behövde dock inte deras hjälp i så stor utsträckning men de är en värdefull resurs om man tänker starta om verksamheten.

Trots allt arbete var detta en mycket rolig tid.

Sjukvårdsområdet avtal

Sjukvårdsområdet vill skriva treåriga avtal. Vi vill ha längre. Hur blir det då? Naturligtvis treåriga!

Det första var kortfattat, innehöll huvudriktlinjer. Med åren har avtalen en klar tendens att bli allt längre och alltmer detaljreglerade. Antalet "bör" och "skall" ökar alldeles oerhört.

Hur går det till inför ny avtalsomgång? Vi och/eller sjukvårdsområdet säger upp avtalet i god tid. Förhandlingarna om nytt avtal har dock dröjt och ibland dragit ut väldigt på tiden, troligen beroende på en oklar budgetprocess. Detta är högst otillfredsställande!

Vi har dock varit tvungna att acceptera detta hitintills.

Avtalen tas fram på tjänstemannani-vå inom sjukvårdsområdet. Avseende

det medicinska innehållet och uppföljningsdelen skulle jag gärna se att den medicinska professionen, det vill säga vi, fick ett kraftigt ökat inflytande.

Ett stort problem är att vi bara har en köpare. Denne kan egentligen göra precis hur han eller hon behagar men med nuvarande system måste vi leva med den konstruktionen. Detta trots att vi har haft aktiv listning som grundval för vårt patientunderlag. Numera har vi även ett eget område, men det betyder lite i praktiken då befolkningen i kommunen väljer att lista sig aktivt i mycket hög grad.

Vi har en "försäkring" i vårt avtal vilken innebär att vi har möjlighet att gå över på nationella taxan om vi skulle vara oense med beställaren. Detta är egentligen vårt enda förhandlingsvapen av dignitet och därför oerhört värdefullt.

Fungerar då avtalen?

I stort fungerar avtalen, men visst blir vi utsatta för övergrepp. Senast i samband med den pågående vaccinationskampanjen mot influensa. I Stockholm har Hälso- och Sjukvårdsnämnden (HSN) beslutat att denna skall vara gratis för alla över 65 år. Därefter sattes ett godtyckligt pris på vaccinationen, i vårt fall 100 kronor som skall täcka

både vaccin och arbetskostnad. Summan räcker absolut inte, speciellt med hänsyn tagande till att både läkare och distriktssköterskor är en bristvara. Vid extrainsatser får vi rekrytera dyra sköterskor från konsultfirmor.

När vi tackade nej till att delta i kampanjen (står inget om den i avtalet) fick vi av HSN: s ledning veta att vi och inte HSN skulle hänvisa våra listade över 65 år, mer än 2 000 personer, till en annan mottagning. Det är naturligtvis helt omöjligt.

Så kan en stor maktfullkomlig beställande organisation köra över en liten – och vi måste subventionera vaccinationskampanjen med vår arbetsinsats.

I avtalen ingår också en uppföljningsdel. Det saknas dock genomarbetade planer för uppföljning. Åter borde beställare anlita professionen för att ta råd och stöd. Detta för att det inte skall bli meningslösheter som man följer upp. Vi måste också se till att vi har lämpliga uppföljningsverktyg i vår hand. Det finns mycket kvar att göra här.

Ekonomiska förutsättningar

När vi startade fick vi alltså låna och gå i privat borgen för dessa lån. Vi har därefter lyckats betala av dem. Vi har –

och kan heller aldrig – gå med förlust något år. Vi försöker istället gå med ett visst överskott varje år för framtida investeringar. Så har vi till exempel kunnat skaffa nya datorer, både hård och mjukvara, ny telefonväxel med mera. Vi har en månatlig uppföljning av budgetläget och ser vi tendenser till kostnadsökningar arbetar vi mycket aktivt med detta.

Ett problem som ökar alltmer är den pågående löneglidningen. Det är svårt att rekrytera unga läkare och likaså distriktssköterskor har blivit alltmera svårrekryterade. Många har gått till konsultfirmor som klarar att betala helt andra löner än dem vi har möjlighet att ge. Det här måste vi på allvar och mycket noggrant diskutera med vår beställare inför nästa avtal.

Stöd

I början eller innan ni startar ta kontakt med Praktikonsult. Man kan också kontakta en mottagning som man vet

har varit igång ett tag för att få råd. Det är inte alls nödvändigt att ansluta sig till någon av de större firmor som driver många mottagningar – då byter man bara en överhet mot en annan. Det viktigaste stödet finns dock inom den grupp som startat mottagningen.

Man måste ha samma grundidé om hur vården ska bedrivas och det måste finnas en uttalad solidaritet i arbetet. Om det finns en gemensam värdegrund kan man klara många svårigheter. Se till att träffas ofta och diskutera. Se till att alla känner till både problem och glädjemen.

Skall man privatisera?

1. Ja, om man vill och har lust/ork att jobba med firman en del på kvällar och helger.
2. Om du kan hitta kollegor som du tror dig kunna trivas med och som har samma idéer om hur svensk primärvård skall bedrivas.
3. Naturligtvis skall de ekonomiska

villkoren i avtalet var sådana att det blir attraktivt att privatisera. Annars får det vara.

4. Om det finns en bra beställare som du/ni kan kommunicera med.
5. Ja, om politikerna i sjukvårdsområdet står bakom förändringen.

Om du har dessa förutsättningar finns möjlighet för ökad arbetsglädje, en platt organisation där du faktiskt kan påverka din arbetssituation.

Avstå annars från att öppna privattmottagning. Privatisera inte under tvång!

Om den mottagning jag arbetar på blir uppköpt/upphandlad bör jag tänka över situationen noga. Överväg fördelar och nackdelar och förhandla om villkoren – vi har för närvarande en mycket bra arbetsmarknad och det skall vi ta tillvara. Man skall inte stanna kvar av någon dunkel lojalitetskänsla.

Anders Nilsson
Täby Centrum-doktorn
Anders.folke.nilsson@telia.com

Beställningstalong

PRENUMERERA på AllmänMedicin nu ÅRSPRENUMERATION: 450 KR

Sätt kryss i respektive ruta:

Ja! Jag vill prenumerera på tidningen AllmänMedicin år 2002! Pris: 450 kr
(OBS! Erbjudandet gäller endast för tidningen, inga supplement)

Jag vill bli medlem i SFAM – vilket inkluderar såväl tidningen AllmänMedicin som Scandinavian Journal of Primary Health Care samt utbildningskatalogen och alla supplement som ges ut under år 2002.
Pris: 1 200 kr för heltidsverksamma läkare, 600 kr för ST-läkare och pensionärer.

Fortbildningskatalogen av/med/för allmänläkare – hösten 2001/våren 2002
Pris: 188 (inklusive moms) + porto

Antal exemplar

AllmänMedicin nummer 6/01. Pris: 75 kr (inklusive moms) + porto

Antal exemplar

JAG HETER: _____

MIN ADRESS: _____

MITT TELEFONNUMMER/MEJLADRESS: _____

Skicka din beställning till SFAM:s kansli, Fax: 08-20 03 35 eller mejla till: Helene.sward@sfam.a.se

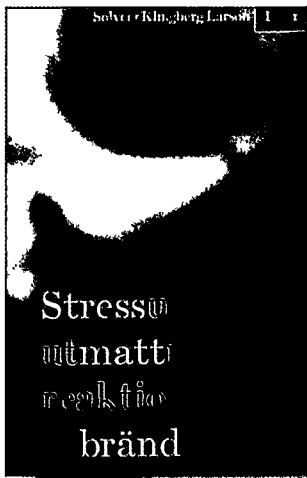


STUR – Stressutlösta utmattnings- reaktioner och utbrändhet.

Solveig Klingberg Larsson som är kliniskt verksam psykiatriker sedan 1970-talet har alltmer arbetat med inriktning på depression och ångestsjukdomar utifrån stress och utbrändhet.

Detta är en liten lästlöst bok, i ett aktuellt ämne. Den är skriven utifrån psykiatrisk erfarenhet, och har en tydlig uppläggning. Referenslistan är tämligen kort och översiktlig.

Psykiaterns erfarenhet märks inledningsvis, där författaren konstaterar att antalet patienter ökat, men att man "tidigare" använt "organdiagnoser" i stället i stor utsträckning, vilket



STUR – Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet
Klingberg Larsson, Solveig
Libers förlag 2000
ISBN 9147049901
64 Sidor

torde vara en underdrift. Hon kommenterar därefter inte debatten om "rygginsuff", artros och fibromyalgi, som ju i huvudsak under de senaste åren bedrivits utanför psykiatrin (jämför SBU:s

ryggrapport).
"Det är psykiskt, eller bara funktionellt" har varit den förklenande förklaringsmodellen till många långdragna tillstånd, där objektiva fynd saknats vilket lett till svåra konflikter runt indragna sjukpenningar med mera. I dag är det mer tillåtet att nyttja "psykiatriska" diagnoser, och utbrändhet är ett accepterat begrepp.

Under rubriken "Orsaker" tar författaren ett brett grepp, och förklarar de samverkande faktorerna som kan leda till STUR. Kapitlet blir väldigt "negativt" eftersom hon inte tar upp "salutogena" (hälsofrämjande) faktorer, vilket hade varit naturligt, speciellt efter den genomgång av "Riskgrupper", som hon gjorde i kapitlet före. Antingen är "vi alla" riskgrupper, med neurotiska drag, eller också så "drabbar inte STUR mej" – eftersom jag är psykiskt frisk? En diskussion om hälsobefrämjande faktorer hade rett ut detta.

På samma sätt saknas diskussion om arbetets organisation under rubriken "Arbetsrelaterade problem". Det är väl sannolikt så, att dagens 40-talister med bakgrund i "vänstervågen" på 60–70-talen, numera i allt större grad hamnat som underhuggare i byråkratiska, offentliga, "människovårdande" organisationer, med sviktande ekonomi, och på så vis ofta mist inflytande över sin situation. Den generationens barn och elever har ofta uppfostrats i en anda av frihetligt ansvar och inflytande, som lätt kommer i konflikt med stelbent arbetslivsorgani-

sation, och därför nu också hamnar i stressfällan.

Sammanfattningen är enkel och klar. Ett kuriosum – som författaren inte hunnit få med – dyker upp vid diskussionen runt symtombilder. Ett av symtomen är enligt författaren "ökad känslighet för sinnesintryck" – till exempel ljud. Vid Läkarestämman 2000, redovisade en öronläkare en ny, underdiagnostiserad "folksjukdom" – hyperakusis, det vill säga överkänslighet för ljud! Det kanske finns ett samband mellan kropp och själ, som denna bok tyvärr inte tar upp?

Behandlingskapitlet är tydligt och bra, med klara "tumregler" att luta sig mot, både för vårdarbetare, patienter och försäkringskassätjänstemän. Författaren betonar betydelsen av långa sjukskrivningar, och risken att bryta eller ifrågasätta dessa för tidigt! Kopplingen mellan depression och "utbrändhet" tas upp, och farmakologiska behandlingar tas upp, samtidigt som de sätts i ett rimligt perspektiv.

Fallbeskrivningarna på slutet är belysande och inbjuder till debatt och eftertanke.

Denna lilla lästlöst bok, läsbar på en timme, ger en klar bild av problemen runt utbrändhet och stress, även om några viktiga "kroppsliga" kommentarer saknas. Den ger god förståelse för bakomliggande faktorer, och kan inbjuda till ytterligare tankar och studier. Passar för studenter, läkare, vårdare och försäkringskassätjänstemän, det vill säga alla som kommer i kontakt med utbrändhet – och det gör vi väl alla?

Robert Svartholm

Komplettering av FASS-text efter den nya indikationen 2000-12-15.

Indikation. Etablerad aterosklerotisk kärlsjukdom (med eller utan typ 2 diabetes): prevention av hjärtinfarkt, stroke eller kardiovaskulär död.

Dosering. Etablerad aterosklerotisk kärlsjukdom: Rekommenderad startdos är 2,5 mg dagligen. En måldos om totalt 10 mg bör eftersträvas. Vid dosökning rekommenderas att dosen fördubblas till 5 mg efter en veckas behandling och upp till måldosen 10 mg per dag efter ytterligare tre veckor. Underhållsdosering är vanligtvis 10 mg dagligen givet som engångsdos. Innan behandling påbörjas och vid dosökning rekommenderas kontroll av blodtryck, elektrolyter och kreatinin. Se varningar och försiktighet.

Farmakodynamik. Etablerad aterosklerotisk kärlsjukdom: En preventiv placebokontrollerad studie, HOPE-studien, där ramipril gavs som tillägg till standardterapi till mer än 9500 patienter, har utförts. Patienter med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom till följd av antingen kärlsjukdom (som manifesteras som kärlsjukdom, stroke eller perifer kärlsjukdom i anamnesen) eller diabetes mellitus med minst en ytterligare riskfaktor (som mikroalbuminuri, hypertoni, förhöjt totalkolesterol, sänkt HDL-kolesterol eller rökning) deltog i studien. Studien visade att ramipril statistiskt signifikant minskar incidensen av hjärtinfarkt, stroke och kardiovaskulär död, var för sig och sammantaget (primära kombinerade händelser).

	Ramipril 10 mg %	Placebo %	Relativ risk (95 % konfidens- intervall)	p-värde
Samtliga patienter	n=4 645	n=4 652		
Primära kombinerade händelser	14,0	17,8	0,78 (0,70-0,86)	<0,001
Kardiovaskulär död	6,1	8,1	0,74 (0,64-0,87)	<0,001
Hjärtinfarkt	9,9	12,3	0,80 (0,70-0,90)	<0,001
Stroke	3,4	4,9	0,68 (0,56-0,84)	<0,001
Diabetiker	n=1 808	n=1 769		
Primära kombinerade händelser	15,3	19,8	0,75 (0,64-0,88)	<0,0004
Kardiovaskulär död	6,2	9,7	0,63 (0,49-0,79)	<0,0001
Hjärtinfarkt	10,2	12,9	0,78 (0,64-0,94)	0,01
Stroke	4,2	6,1	0,67 (0,50-0,90)	0,0074

Pramace 
RAMIPRIL

Hässle Läkemedel AB, 431 86 Mölndal. Tel 031-776 35 00. Fax 031-776 35 01.
www.allahjartan.com

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Här nedan finns några av våra ämnesområden. Ha alltid i bakhuvudet att vi också behöver bilder. Dia, pappers- eller digitala bilder, färg eller svartvita. För god digital bildkvalitet – se innehållssidans bildruta!

• ST-uppsatser • Vetenskap • "Så här gör jag" • Presentationer och rapporter från Råd och Nätverk • Budkavlen • Reportage • Gästkrönika • Bok- och cd-romrecensioner • Debatt • Kalendarium ... och allt annat som har med det allmänmedicinska området att göra.

Alla texter granskas av redaktionen medicinska redaktörer som också godkänner om tidningen ska ta in artikeln. Därefter sker sedvanlig språklig korrekturläsning och korrigerings innan materialet införs.

Välkommen! Redaktionen för AllmänMedicin

En trippel mot akut smärta

Ardinex (kodein 30 mg + ibuprofen 200 mg) är den enda smärtprodukten som kombinerar kodeinets effekt på central smärtförnimmelse med ibuprofens perifera smärtlindrande och lokala anti-inflammatoriska effekt.

Ardinex kan vid akut smärta på ett effektivt sätt bryta den onda cirkeln och förhindra utvecklandet av ett kroniskt smärttillstånd.

Ardinex har en snabbt insättande effekt och en kort halveringstid, därmed är behandlingen lättstyrd och risken för överdoseringen liten.

Indikationer:

Akuta smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet.

Dosering:

1-2 tabletter 1-4 gånger dagligen.

Förpackningar:

tabletter 20 st och 100 st.

△ Trafikvarning. Reaktionsförmågan kan nedsättas. För ytterligare information se PASS.

Ardinex[®]
KODEIN 30 MG + IBUPROFEN 200 MG
ANGRIPER SMÄRTAN PÅ TRE PLAN

Central analgetisk
effekt

Perifer analgetisk
effekt

Anti-inflammatorisk
effekt



MALLORCA (Balears) España

Hej Barbro

Här är härligt!

Vi har fått ordning på lägenheten nu och du måste se mina blommor. ☘

Gösta när toppen. Det här var precis vad han behövde. Vi gör så lite vi kan och spelar golf dessemellan...

Solen hälsningar ☀

Berit & Gösta

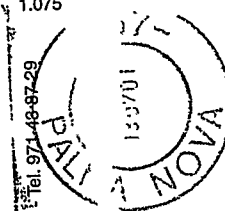
1.075

1971-10-29

© EDICIONES PALMA - Ctra. Solfer km 6,100 - Tel. 971 48-87-29

© Reproducción Prohibida

Foto PLANAS


 PAQUETE
AZUL
P.A.C.
A.D.

 España
75

Fru Barbro Karlsson

Backvägen 18

SE-70195 Örebro

Suedia

"Idag gjorde vi ingenting. Det var härligt!"

Att njuta av livet är en svår konst. En förutsättning är att man slipper oroa sig för sin hälsa. Med Pramace kan både du och dina patienter känna er lite tryggare.

HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation)-studien visade att förebyggande behandling med ramipril till högriskpatienter minskar risken för allvarliga kardiovaskulära händelser [1]. Därför har nu Pramace även indikationen:

**Etablerad aterosklerotisk kärlsjukdom (med eller utan typ 2-diabetes):
prevention av hjärtinfarkt, stroke eller kardiovaskulär död.**

Minska risken – behandla i tid!

Referens

1. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators.
N Engl J Med 2000;342:145-53.

Pramace® 
RAMIPRIL

Pramace® (ramipril) är en ACE-hämmare som finns i styrkorna 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg och 10 mg. Indikationer: Hypertoni. Hjärtsvikt. Reduktion av mortalitet vid hjärtsvikt efter den akuta fasen av en hjärtinfarkt. Manifest glomerulär nefropati med eller utan diabetes. Begynnande diabetes-nefropati hos patienter med typ 2-diabetes och hypertoni. Etablerad aterosklerotisk kärlsjukdom (med eller utan typ 2-diabetes): prevention av hjärtinfarkt, stroke eller kardiovaskulär död.

För ytterligare information se komplettering av FASS-text på annan plats i tidningen samt FASS 2001.

Höstmöte med EGPRW i Gdynia

(The European General Practice Research Workshop)

I oktober åkte Eva Marklund till Gdynia i Polen för att vara med på EGPRW:s höstmöte. Hon är frilansande allmänläkare i Örebro och här berättar hon om resan och om varför hon tycker att fler svenska allmänläkare ska ansluta sig till EGPRW.

För mig var det premiär i detta sammanhang, och det kändes lite spännande att ensam ge sig in i en helt ny förening. Höstmötet hölls den 18-21 oktober och jag flög med Lot Air från Arlanda, mellanlandade och bytte plan i Warszawa. Flyget gick sedan till Gdansk och en taxi tog mig slutligen till Gdynia. De tre städerna Gdansk, Sopot och Gdynia ligger nästan sammanvuxna utmed Östersjökusten och bildar "tricity".

Vi bodde på Nadmorski Hotel och fram emot kvällen den 18 oktober började kollegerna från de olika europeiska länderna att sammanstråla. Vi var tre svenskar; förutom jag själv, Ingvar Ovhed från FoU-enheten Blekinge samt Anders Halling från samma FoU-enhet. Övriga delegater kom från Holland, England, Belgien, Rumänien, Lettland, Spanien mm.

FÖRSTA KVÄLLEN reste vi med buss in till Gdansk för välkomstmöte och middag i Arthur's Court i gamla stan. Här sammanstrålade vi med polska föreningen för allmänläkare. Först var det cocktailparty i en fantastiskt vacker representationssal och sedan följde en middag i källarvåningen.

Under fredagen 19 oktober inleddes den mer vetenskapliga delen av mötet där olika deltagare tidigare hade anmält

att de ville presentera sin forskning. Varje deltagare fick sammanlagt 30 minuter, 15 för presentation och 15 för frågor och kritik. Mötets tema var denna gång "General Practitioners Interventions In Risktaking Lifestyles" och olika ämnen inom temat presenterades såsom:

- Morgonen efter – eller vem skall ge "emergency contraception"?
- Att identifiera riskfaktorer för tonårsgraviditeter vid primärvårdskonsultationer, resultat från "case-control" studie.
- Utveckling av webbaserad självhjälp manual för patienter med riskfylld alkoholkonsumtion.

PÅ KVÄLLEN var det bussutflykt långt ut på landet till en läkarmottagning, där vår polske värd arbetade. Man var tre läkare i varsitt rum, som fungerade både som undersöknings- och kontorsrum, liksom hos oss på många mottagningar. Vad jag kunde förstå hade en av kollegerna byggt upp verksamheten med egna medel, för att sedan bli förstatligad under kommunisttiden. Patienterna betalade för sin konsultation, men huruvida till exempel provtagning, röntgen och andra undersökningar var inkluderade i denna avgift blev vi inte klara över. I entrén hängde dock ett meddelande om kostnaden för varje laboratorieprov.

Utrustningen var i våra ögon lite gammaldags, men det var rent och städlat på mottagningen. Väggarna hade vitt kakel en bit upp och i skåp med glasdörrar fanns diverse akutläkemedel. En liten egen avdelning på mottagningen var avsedd för BVC och där stod barnvågen samt var "goda råd" uppsatta på väggarna, så även läkemedelsreklam.



"Vår" kollega berättade att han både var kirurg-, invärtesmedicin- och allmänläkarspecialist. För att bli allmänläkare hade han bara behövt komplettera med ett års utbildning.

Vi bjöds på champagne och små rosa kakor och kände oss väl omhändertagna.

Sedan åkte vi till Gdynias stadsteater, utan att vi visste vad vi skulle få vara med om. Vi bänkade oss på teatern och väntade länge och väl. Publiken bestod av vår grupp samt de polska allmänläkarna så det blev en riktig läkarföreställning.

Så småningom kallades några män fram och tal hölls på polska. Två kolleger kom att väljas in i den polska allmänläkarföreningen, en av dem WONCA:s president. Blommor och presenter delades ut och tacktal hölls.

SEDAN VAR DET FÖRESTÄLLNING och det var den polska versionen av Hair. Massor av ungdomar på scenen, full fart och fullt ös vad det gäller musiken. Vi kände oss lite främmande för förhållandet av narkotikan samt att alla män i slutet av en Hare Krishna scen uppträdde helt nakna belysta av trolskt rött ljus.

I pausen var det cocktailparty och alla knuffade på alla för att få lite godbitar på sin tallrik samt smaka av det sura vinet. Kaffe och kaka avslutade det >>

>> lilla partyt. Jag återvände sedan till hotellet utmed hamnpromenaden eskorterad av dr Ovhed och vi diskuterade förundrade föreställningen som vi egentligen inte riktigt förstod.

UNDER LÖRDAGEN fortsatte redovisningarna. Vi lyssnade till en "Analys av telefonkonsultationer mellan konsulter, allmänläkare och patienter" och det fanns kunskap om det även i Sverige. Man hade också tittat på "Invandrarpojkars sexuella beteende i åldrarna 17–20 år". Mamman har en stor roll i kunskapsförmedling till sin son medan papporna var mycket mer anonyma.

En posterutställning fanns också där en deltagare valdes ut att presentera en annan kollegas poster medan vi andra fick ställa frågor och göra kommentarer. Intressanta ämnen var "Patientens förväntningar på familjeläkaren och öppenvårdsmedicinspecialisten" samt "Hälsobeteende hos allmänläkare och advokater", som på något vis skulle likna varandra arbetsmässigt.

Man kunde också anmäla "One slide, five minutes presentation" där vi fick två presentationer. Den ena presentationen gjordes av en flitig allmänläkare från Malta, som ville påbörja en studie bland europeiska allmänläkare för att samla kunskap om kollegernas nivå av stressrelaterade besvär och "burn-out" och också för att leta möjliga skyddsfaktorer. Jag anmälde mig som svensk representant för detta projekt. Med noggrann förberedelse kanske studien kan komma att påvisa riskfaktorer och hälsobevärande faktorer i vårt yrke.

SISTA KVÄLLEN var det guidad promenad runt de gamla kvarteren i Gdansk. Staden var efter andra världskriget helt sönderbombad, men man påbörjade återuppbyggnaden direkt efter kriget. Husen utmed huvudgatan är mycket smala och ofta sträcker sig lägenheterna över två hus. Vi tittade på bärnstensslipning och fick pröva likör med smak av hostmedicin, besökte katedralen och förundrade oss över skönheten hos en mycket smal gata med kullerstensbeläggning och mycket vackra husfasader. Vår guide, en polska,

som också bott i USA, var otroligt stolt över sin stad.

Kvällen tillbringades på hotellet över en gemensam middag och under glattigt samtal. De flesta deltagare kände varandra sedan tidigare och stämningen var hjärtlig under hela mötet. Man kunde ge och ta konstruktiv kritik till de olika projekten utan att göra varandra ledsna och många fick värdefulla påpekanden hur de skulle kunna gå vidare.

Jag är glad att jag via en belgisk kollega kom i kontakt med EGPRW, och kommer med glädje att resa på kommande möten, nu närmast i Avignon i början av maj 2002.

Jag ser gärna att fler kolleger ansluter sig, ty EGPRW är ett bra forum för att presentera sin forskning och här kan man också få värdefull kritik på ett kärleksfullt sätt.

Eva Marklund
frilansande allmänläkare, Örebro
eva.marklund@familjen.com

(Annonser)

Kränkande reklam – varför utsätta oss för det?

För en tid sedan fick jag i posten ett erbjudande om en gratis radio. Det vill säga gratis var den ju inte. Förutsättningen var att jag avsatte tid för att lyssna på en läkemedelskonsulent.

Jag har under 15 år inte utsatts för sådana skamliga förslag och kände mig kränkt. Jag skickade tillbaka erbjudandet med en ilsken kommentar.

Ni som liksom jag känner att er heder är hotad eller bara tröttnat och vill spara er tid till viktigare saker – det finns ett sätt att slippa.

Kontakta Svensk Medicinsk Information AB på telefon 08–555 214 24 eller fax 09–555 214 99 och begär att få era uppgifter spärrade.

Elisabeth Jaenson
distriktsläkare
Sorgenfrimottagningen, Malmö

Dysfagikurs för allmänläkare

i högfjällsområdet Henriksfjäll-Kittelfjäll, Lappland
15-17 mars 2002

Du som är intresserad att öka din förmåga att hjälpa patienter som ofta går odiagnostiserade eller feldiagnostiserade med olika former av esofageala och orofaryngeala sväljningsbesvär erbjuds en tredagarskurs i exotisk fjällmiljö. Föreläsningar varvas med workshops. Du kommer efter kursen ha möjligheter att förbättra omhändertagandet av dysfagipatienter och utnyttja resurser som finns i ditt distrikt. Kursen rekommenderas av SFAM som fortbildning av allmänläkare.

Inkvartering

Kittelfjälls hotell eller hotell Granen i Henriksfjäll

Kursledare

Bitr professor Lita Tibbling Grahm

Föreläsare

Lita Tibbling Grahm (öron- och mag-tarmläkare) med mångårig vana som ledare för esofaguskurser i Linköping och i Lappland och som i mer än 15 år ägnat dysfagifrågor speciell uppmärksamhet.

Workshopledare

Karin Edström, med dr, gynekolog som verkat inom WHO i mer än 20 år företrädesvis med primärvårdsfrågor i U-land

Anne Björk med specialitet inom laboratoriemedicin och allmänläkari, aktiv sedan flera år i primärvården vid Östervåla läkarstation norr om Uppsala

Kursavgift 5 200 kr (exklusive moms, exklusive boende). Inventiös kurspärm, videofilm om dysfagi, samt två böcker "Svårt att svälja. Vad kan göras?" och "Hiatushernia. Reflaxsymtom, dysfagi, bröstsmärtor, hosta och globussymtom" ingår. I anslutning till kursen finns rika möjligheter till skidturer på fjället, pimpelfiske, kanotning, bergsklättring, ridning och sköna naturbetraktelser i avstressande miljö.

Information Lita Tibbling Grahm, tel 0940-810 14, fax 0940-56 01 17, lita.tibbling@swipnet.se



Svenska Diabetsförbundet

Diabetes Forum i Stockholm den 30–31 januari 2002, anmälan till: birgitta@konferens.se
Pris: 1 995 kronor.

Wonca 2002

31 mars–4 april i Kuala Lumpur.
www.wonca.malaysia.org

**Nordiska kongressen
i allmänmedicin 2002**

Trondheim, Norge, den 4–7 september.
Arrangör: Norsk selskap for allmenmedisin.
Tema: Allmenlegen søker grenser.
Mer information:
www.medisin.ntnu.no/ism/nordisk2002

Lyft fram de gröna öarna!

Formulerandet av de lokala handlingsplanerna går nu mot sitt slut.

Vi kan konstatera att många SFAM-aktiva har lagt ner stort arbete på att påverka utformandet. Ändå har det varit svårt att få konkreta idéer och åtaganden inskrivna i planerna på många håll.

Kanske har vi gått i otakt i föreningens så att vi inte varit tillräckligt tydliga i diskussionen om vad det allmänmedicinska uppdraget är? Jag har tittat igenom vad vi skrivit i "Allmänmedicin" under det senaste året och vill gärna citera vad Karin Lindhagen och jag skrev hösten 2000.

"Det breda allmänmedicinska uppdraget bör ligga till grund för avtal och upphandlingar i förvaltningar runt om i landet. Uppdraget skall innefatta att man som allmänläkare har ansvar för att patienterna på listan får den kontinuitet och det sammanhang i sjuk-

vårdinsatser de behöver. Det breda uppdraget innefattar också mödra-, barn- och skolhälsovård, hemsjukvård, vård i särskilt boenden som inkluderar sjukhem. Och detta omfattar inte minst en skyldighet att genomföra fortbildning för att upprätthålla och utveckla kompetens och kvalitet.

Med den alltmer specialiserade sjukhusvården är det viktigt att alla i befolkningen har tillgång till en egen allmänläkare, precis som de enligt hälso- och sjukvårdslagens §5 skall ha rätt till. Det är också viktigt att alla vårdgrannar, sjukhusläkare, hemtjänst, försäkringskassa, etc, lätt och snabbt vet vem som är patientens egen läkare.

Vi behöver visa hur det fungerar med ett brett allmänmedicinskt uppdrag. Valfungerande vårdcentraler behöver få vara "gröna öar" och tjäna som exempel. De personer som är lis-

tade på en sådan "grön ö" kommer att se hur väl det fungerar, och de allmänläkare som har en sådan lista kommer att orka med sitt arbete och orka med att utveckla sin allmänmedicinska kompetens vidare. För övriga områden eller delar av befolkningen måste man hitta tillfälliga lösningar tills allmänläkarbristen är löst, kanske med särskilda jourmottagningar, osv. Men siktet ska hela tiden vara inställt på att uppnå en god allmänmedicinsk vård för alla."

Under arbetet med den nationella handlingsplanen har det blivit allt tydligare för mig hur viktig den så kallade gröna-ö-principen är. Och hur viktigt det är för patienterna att veta vem som är deras doktor. Då kan vi inte lura dem att det finns en för alla, när det är så att bara två av tre svenskar har chansen att välja en egen familjeläkare (på grund av den stora bristen på familjeläkare) och bara fyra av tio tycker att det har en (enligt TEMO-undersökningen hösten 2001).

Oavsett hur det går med handlingsplanerna så finns detta kvar; jag som doktor och mina patienter. Jag tänker inte lura dem mer nu! Jag tänker inte låtsas att jag räcker till för fler än dem som valt mig!

Pröva tanken! Visst känns det befriande!?!
Meta Wiborgh
ordförande SFAM

Manus-stopp!

Datum för manusstopp och planerade utgivningsveckor.

UTGIVNINGSPLAN FÖR ALLMÄNMEICIN

Nr	Manusstopp	Utgivning
1/02	27/12	Vecka 6
2/02	11/2	Vecka 14
3/02	10/4	Vecka 23

AllmänMedicin • tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

ANSVARIG UTGIVARE

Ingvar Krakau

CHEFREDAKTÖR

Jan Stålhammar
jan.stalhammar@pubcare.uu.se

REDAKTIONSKOMMITTÉ

Anders Beckman
anders.beckman@smi.mas.lu.se
Robert Kristiansson
018.300 933@telia.com
Carin Meller
carne@post.netlink.se
Roland Morgell
roland.morgell@spo.sll.se
Karin Ranstad
karin.ranstad@tblckinge.se
Estera Wernerling
estera.wernerling@spo.sll.se

LAYOUT

Diana Reybekiel/Per Mellberg
diana@kapitel2.se

REDAKTIONSSEKRETERARE

Catarina Berggrén
catarina@kapitel2.se
Åven: allmanmedicin@sfam.a.se

REDAKTIONSADRESS

Kapitel2 Text & Form
Frejgatan 62, t v
113 26 Stockholm
Tel 08-34 47 91
Fax 08-30 11 12
(attention: AllmänMedicin)

POSTGIRO

65 59 74-4 (SFAM-Svensk förening för AllmänMedicin)
ORGANISATIONSNUMMER
802 009-5397

ANNONSER

Bengtson & Sundström
Mediakommunikation AB
Packhusgränd 6
111 30 Stockholm
Tel 08-10 39 20
Fax 08-588 221 23
info@bs-media.se

PRENUMERATIONSavgIFT

Prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidningen utkommer med sex nummer per år.

TRYCK

Elanders Tofters, Östervåla
Miljövänligt papper

ISSN 0281-3513

SFAMs KANSLI

Helene Swärd
helene.sward@sfam.a.se

Besöksadress

Klara Östra Kyrkogatan 12

Postadress

Box 738
101 35 Stockholm

Telefon

vårdagar kl 9-11.30
08-440 46 10

Fax

08-20 03 35

Hemsida

www.sfam.nu

Vi har det du behöver.

Medicinsk Röntgen driver fristående röntgenavdelningar i Stockholm och Malmö. Vi är landets största privata röntgenföretag och vår organisation är skraddarsydd för att möta den öppna vårdens alla behov.

Drop in-system för de flesta undersökningar, bra kommunikationer, korta väntetider för både patient och remittent, snabba svar, hög tillgänglighet och personligt bemötande är utmärkande för vårt sätt att arbeta. Remitterande läkare kan t ex, när som helst under dagen, nå en radiolog för råd och diskussion. Röntgenronder organiseras på begäran.

Vi satsar på digital teknik och teleradiologi och kan erbjuda professionell service inom konventionell röntgen, ultraljud, mammografi, endoskopi, datortomografi (DT) och magnetisk resonanstomografi (MR). Vår röntgenavdelning vid Läkarhuset Odenplan har också utrustning av DEXA-typ för bentäthetsmätning.

För mer information och beställning av broschyr/prislista, ring 08-402 09 50.

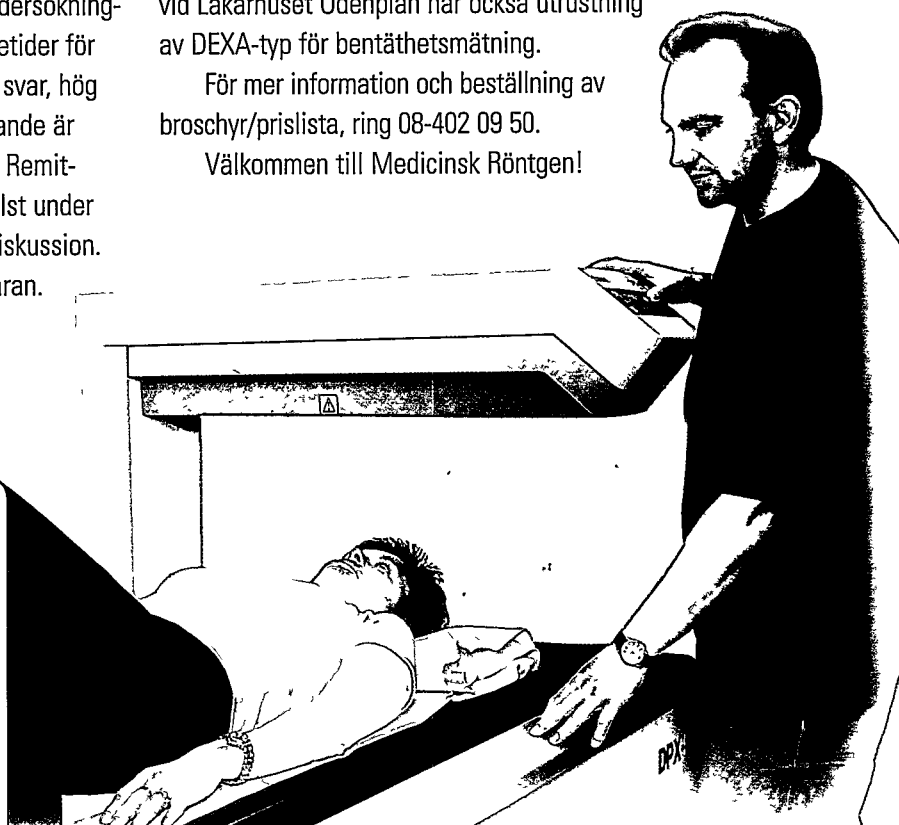
Välkommen till Medicinsk Röntgen!

Vad är DEXA-teknik?

Förkortningen betyder Dual Energy X-ray Absorptiometry. Metoden använder svaga röntgenstrålar vars absorption beror på tätheten i vävnaderna. Med hjälp av den relativa attenueringen av energierna, kan man beräkna bentätheten i skelettdelar inne i kroppen.

Hälften av alla svenska kvinnor över 50 år drabbas av benskörhet. DEXA är en enkel metod att med hög precision och låg röntgendos avgöra om din patient hör till riskgruppen.

DEXA rekommenderas av WHO för fastställande av benskörhet.



Medicinsk Röntgen

Ingår i Proliva-koncernen

www.mrab.se



STOCKHOLM

CityVården 08-412 29 30
Jakobsbergs sjukhus 08-587 321 75
Liljeholmens Centrum 08-556 303 70
Läkarhuset Farsta 08-605 94 59

Läkarhuset Farsta Mammografi 08-724 90 28
Läkarhuset Fruängen 08-464 64 00
Läkarhuset Högdalen 08-647 36 10
Läkarhuset Odenplan 08-587 101 23
Läkarhuset Skärholmen 08-449 57 82

Läkarhuset Vällingby 08-687 77 00
Löwenströmska sjukhuset 08-587 332 75
MALMÖ
Slottsstadens Läkarhus 040-98 50 14
Läkarhuset Ellenbogen 040-12 80 20





Vid behandling av Parkinsons sjukdom

- En potent, selektiv, långtidsverkande D2-agonist.
- 24-timmars kontroll av motoriska symtom hos patienter med avancerad Parkinsons sjukdom. ¹
- Effektiv monoterapi hos de novo patienter. ²

PHARMACIA Pharmacia Sverige AB
www.pharmacia.se
112 87 Stockholm
Telefon 08-695 80 00 Fax 08-695 41 36



En gång om dagen
= 24 timmars kontroll

Cabaser
CABERGOLIN

Ref.

1) Ahlskog JC, Muentz MD, et al. Arch Neurol 1994;51:1236-1241.

2) Rinne UK, et al. Drugs 1998;55 (Suppl. 1) 23-30.

Tabletter: 1, 2 och 4 mg. För vidare information se FASS/produktresumé kan rekvireras från-företaget.