

inget eller bara svaga strömförnimmelser.

Läkaren måste ha blivit talt blockerad. Jag klagade över att min puls inte kom upp över 60 per minut även vid ansträngningar. Lusten till fortsatt samtal tappade jag när doktorn – som »tröst» – då höjde pacemakernas tak från 140 till 160 impulser per minut. (Även på den punkten har mitt hjärta så småningom rättat till sig.)

Ju mer jag efteråt tänkte på bemötandet, desto mer upprörd och arg blev jag. Begärde hem journalkopia, och mycket riktigt! Inte ett ord om starka och svaga strömförnimmelser, ledningar eller att pulsen inte gick upp över 60. »Taket» hade man höjt till 160 därför att jag inte var nöjd med puls och kapacitet vid ansträngningar.

Ständigt på specialistundersökningar

Min granne Anna (namnet fingerat) 75 år, kan då inte klaga på bristande intresse. Minst en gång i månaden kallas hon till sin husläkare, och ständigt skickas hon på specialistundersökningar. Det är EKG här, ultraljud där, röntgen, mera provtagningar, endokrinologi osv osv. Men utan att det leder till några egentliga åtgärder, och utan att Anna själv får ett grepp om vad undersökningarna ger eller vad hon bör iakttaga. Och när hon själv öppnar och läser ett remissvar efter en EKG-undersökning finns där förslag om ändringar i husläkarens medicinering som denne senare inte nämner eller tar fasta på.

Slutsatser: En patientfolder till alla hushåll är ett stort steg i rätt riktning.

Ytterligare några saker skulle dock kunna befördra utbytet, mellan sjukvård och patient, nämligen

att varje läkarbesök obligatoriskt avslutades med orden: »Hör gärna av dig om det är något som är oklart, det ingår i priset»;

att varje remittering till specialist berättigade till ett personligt utlåtande direkt till patienten;

att alla patienter obligatoriskt fick hem en kopia av de journalanteckningar som besöket hos läkaren, specialisten eller kliniken föranlett.

Själv menar jag dessutom att om Sverige ska leva upp till Lissabon-Bali-deklarationen måste varje vårdinrättning ha en läkare med personligt ansvar för de intagna.

Börje Markman
laborator, Stockholm

Ett sätt att mörda ett register

Från och med den 1 januari 1997 gäller en ny läkemedelsförordning. Enligt denna sker vissa förändringar avseende betalningen samt inrättandet av två nya register på Socialstyrelsen. Dessa register skall innehålla uppgifter om förskrivarna (dvs främst läkare) samt patienterna, kopplat till diagnos per patient och läkemedel.

Många kritiska

Många tunga remissinstanser har avstyrkt registren, på grund av risk för integritetskränkning. Datainspektionen var förödande i sin kritik.

Det har bestämts att, förutom de uppgifter som idag anges på recepten, patientens födelsennummer skall anges (annars utgår ingen läkemedelsrabatt), det skall finnas en kod för förskrivningsställe samt förskrivare och diagnosen för vilken läkemedlet förskrivs skall anges. Dessutom skall förskrivaren ange om patienten medger att hans eller hennes födelsennummer och diagnos samlas i dessa register.

Varje allmänläkare förskriver årligen lika mycket läkemedel som en hel avdelning på sjukhuset gör av med. 1,7 miljoner kr styrs av allmänläkarens penna på receptblocket. Förändringarna i läkemedelsförordningen berör alltså oss i högsta grad.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har angripit dessa register, eftersom man allvarligt fruktar för patienternas integritet.

Sabotera registren

Jag tror inte att vi kan vägra att medverka. Som vanligt kommer Apoteksbolaget och Socialstyrelsen att hålla patienten som gisslan. Vad vi där emot kan göra, med en minimal ansträngning, är att sabotera registren.

De allra flesta allmänläkare arbetar idag med ADB-baserade journalsystem. I dessa finns vanligen en receptfunktion som dels skriver receptet, dels sparar det i journalen. Vi har sedan länge kunnat följa vår respektive förskrivning och jämföra av med per diagnos med våra likar. Vi behöver inga centrala

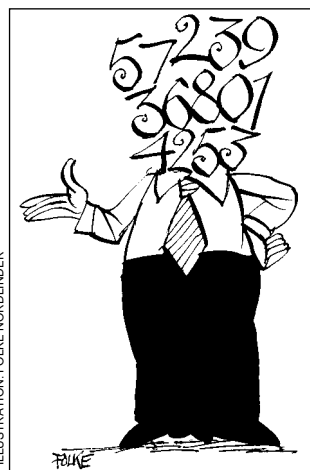


ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»I våra datasystem kan inläggas »default»-värden (förvalda siffror) för diagnoser. Lämpliga sådana kan t ex vara R688P (Okänd orsak till sjuklighet), eller Z54-P (Vårdåtgärd), eller i förekommande fall Z760 (Receptförnyelse).»

register för detta. Naturligtvis kommer vi att kunna lägga in vår förskrivarkod i ADB-systemet, och den kan vi förmodligen inte fuska med.

Enligt Apoteksbolaget är deras ADB-system kopplat till Folkbokföringen, så vi kan inte heller underlåta att ge korrekta födelsennummer.

Det vi kan dribbla med är alltså dels diagnosen, dels rutan om patienten tillåter att deras uppgifter förs till dessa register eller ej.

I våra datasystem kan inläggas »default»-värden (förvalda siffror) för diagnoser. Lämpliga sådana kan t ex vara R688P (Okänd orsak till sjuklighet), eller Z54-P (Vårdåtgärd), eller i förekommande fall Z760 (Receptförnyelse).

Rutan för om huruvida patienten vill att deras uppgifter förs vidare eller ej skall självklart förkryssas med ett kraftfullt NEJ! I de få fall våra patienter begär att uppgifterna skall samlas centralt (för inte kommer vi att fråga!) får vi väl blanka ut kryssen ...

Om vi håller ihop i detta står Socialstyrelsen maktlös. Om vi använder diagnosklassifikationen på ett korrekt, men fullkomligt galet vis, förstörs hela meningen med registreringen, och så småningom rinner det hela ut i sanden.

Carl Johan Westborg
leg läkare, Boden

PBI – Problematisk inläring?

Som student tänkte jag göra min stämma hörd i frågan om förändring av grundutbildningen. I Läkartidningen 3/97 fanns två mycket intressanta artiklar i ämnet. Dels Läkarförbundets programförslag, dels en artikel om en undervisningsavdelning i Linköping. Själv studerar jag i Stockholm och ser inte röken av någon PBI (problembaserad inläring), även om Karolinska institutet, KI, många gånger försöker hävda att de tillämpar just detta. Nu vet jag inte om jag tror att PBI är lösningen på alla problem, men det är just Linköping som försöker sig på nya grepp. Oftast verkar de dessutom lyckas med det.

Pedagogisk ambition saknas

Problemet med den i huvudsak katedrala undervisningen som bedrivs på KI är att den tenderar att passivisera oss studenter. Någon större pedagogisk ambition verkar man inte heller ha. Jag har full förståelse för att man satsar mer resurser på forskning än på utbildning, men nog måste det vara möjligt att ha ett system som gynnar goda pedagoger.

Nu vill jag inte enbart svartmåla det nuvarande systemet. Det är med all säkerhet betydligt bättre nu, än det har varit. Det finns många lärare, som är mycket engagerade i att ge studenterna en god utbildning. Men det måste bli bättre! Om Läkarförbundet har ambitionen att införa system som gynnar pedagogisk kompetens kan jag inte annat än buga mig.

Den lokala antagningsformen genom vilken jag själv kom in har nog betytt mycket för utbildningen. Jag tror att det är bra att bereda fler vägar in. KI har berikats av studenter från »landet» (missförstå mig rätt).

Jag tycker liksom Läkarförbundet att det måste finnas större möjligheter att avskilja olämpliga element. Viktigast är nog dock att få den enskilde medveten om sitt betende. Det finns säkert plats för de flesta inom yrket. Det gäller bara att man själv inser att man kanske inte passar som t ex kirurg eller allmänläkare.

En betydligt mer utarbetad form av regelbundet återkommande utvecklingssamtal vore

önskvärt. Ledarskapsutveckling och ett större utrymme för etiska diskussioner måste också till.

Större inflytande

Den enskilde studenten borde ha ett större inflytande på innehållet i sin utbildning. Ökade möjligheter att välja annan studieort under delar av grundutbildningen och även ett ökat internationellt utbyte skulle, med säkerhet, öka kvaliteten på utbildningen. Ett större utrymme för egna initiativ leder till fler och bättre initiativ.

Undervisningsavdelning

Undervisningsavdelningen i Linköping (se Läkartidningen 3/97) tycker jag verkar vara en mycket bra idé. Eftersom det dessutom verkar fungera bra, ser inte jag någon anledning att inte andra lärosäten gör liknande försök.

Johan Hellström
med stud, Stockholm

Etanol vid akut ischemisk hjärtsjukdom

Trombolytisk behandling av hjärtinfarkt är effektivare ju snabbare den sätts in.

Den med fördröjd trombolysbehandling ökade mortaliteten beror bl a på reperfusionsskada. Det torde vara sällsynt att på diagnos grundad fibrinolytisk kan insättas så tidigt att sådan reperfusionsskada uteblir.

Det finns därför anledning att påminna sig ett tidigare välkänt medel som försvunnit ur läroböckerna, nämligen etanol. Dess effekt vid angina pectoris, liksom dess kärlprotektiva egenskaper, är kända av de flesta äldre läkare och dess infarktprofylaktiska möjligheter numera säkerställda i studier på mer än en halv miljon människor [3].

Till kliniska observationer av Tanabe och medarbetare [4] har nu fogats experimentella studier av Greenberg och medarbetare. Utöver en direkt kärilvidgande effekt frisätter etanol NO (kvävemonoxid) och ett prostaglandin, sannolikt PGI₂ från endotelet [5]. Blodkoncentrationen av PGI₂ ökar parallellt med koncentrationen av etanol [6].

Eftersom PGI₂ stabiliserar produktionen av NO och vice versa [7] och båda minskar ar-

**Max 400 ord
i korrespondensspalten!**

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

tärkontraktionen och främjar fibrinolytisk är etanol en sannolikt överlägsen ersättare av NO-frisättande läkemedel.

NO dilaterar koronarkärl och främjar fibrinolytisk genom hämning av plasminogenaktivatorhämmaren PAI-1. NO-radikalen är också den naturliga antagonisten till endoteliner, de starkt kärilkontraherande substanser som bildas vid bl a reperfusionsskada. PGI₂ dilaterar koronarkärl och frisätter plasminogenaktivator, t-PA. Substansen kan dessutom desaggregera trombocyttaggregat, allt främjande fysiologisk fibrinolytisk. Allt i kärlsystemet bildat PGI₂ har möjlighet att nå hjärtat. (Halveringstid ca 3 minuter.)

Effektivt på smärta och ångest

Etanol har också en gynnsam effekt på smärta och ångest, genom blockad av den adrenerga stressreaktionen. Denna kan framkalla infarkt hos på annat sätt friska djur och förvisso också hos koronarsjuka personer [8].

Undertecknad (HL) har observerat ett livshotande anfall av instabil angina pectoris som kunde kuperas med ca 7 cl konjak och har till synes med framgång bromsat två egna med liknande dos brännvin.

Redan så små mängder etanol tagna upp till 24 timmar tidigare har skyddat mot hjärtinfarkt [9]. De ger inga förändringar i hemodynamiken hos kardiosklerotiker [10]. Det gör däremot 3–5 gånger högre doser som kompensatoriskt ökar sympatikustonus och pulsfrekvens. Därvid ökar syreförbrukning och uppkommer angina pectoris tidigare vid ar-

betsprov [11]. Detta är en varningssignal mot höga doser. Vid ansträngningsangina saknas förutsättningarna för gynnsam effekt av etanol: koronarartärspasm och initial koagulation.

Den viktigaste faktorn vid behandling av hjärtinfarkt är tidig start. Den kan åstadkommas genom ordination av 5–10 cl starksprit. Systematiska försök är önskvärda.

Henrik Lagerlöf
professor emeritus,
Stockholm

Carl-Gustaf Nilsson
överläkare,
Huddinge sjukhus

Referenser

1. Tanabe K, Nanke T, Nakasava A, Miyake F, Murayama M, Sugai J et al. Inhibition of vasospastic angina by alcohol ingestion. *Kokyo to Junkan (Respiration and Circulation)*. 1990; 38: 919-23.
2. Greenberg SS, Xie J, Wang YE, Kolls J, Shellito J, Nelson S et al. Ethanol relaxes pulmonary artery by release of prostaglandin and nitric oxide. *Alcohol* 1993; 10: 21-9.
3. Jackson R, Scragg R, Beaglehole R. Does recent alcohol consumption reduce the risk of acute myocardial infarction and coronary death in regular drinkers? *Am J Epidemiol* 1992; 136: 819-24.
4. Kelbaeck H, Heslet L, Skagen K, Munch O, Christensen NJ, Godtfredsen J. Cardiac function after alcohol ingestion in

Läkartidningens författar-anvisningar publicerades senast i nr 42/96. De kan även beställas från sekretariatet.

patients with ischemic heart disease and cardiomyopathy. A controlled study. *Alcohol and Alcoholism* 1988; 23: 17-21.

11. Orlando J, Aronow WS, Cassidy J, Prokash P. Effect of ethanol on angina pectoris. *Ann Intern Med* 1976; 84: 652-8.

Fullständig referenslista kan rekvideras från CG Nilsson, Kliniskt forskningscentrum, Novum, Huddinge sjukhus.

Var inte så noggrann med procentsiffrorna!

Även i välrenommerade tidskrifter kan man av och till läsa procentsiffror som är noggranna i överkant. I gymnasiefysiken och -kemin lärde man sig att den angivna noggrannheten inte kunde vara större än det minsta antalet siffror i de värden man använde. Nu för tiden kallas de »värdesiffror». Samma regler borde väl även gälla inom biologi/medicin?

I medicinska artiklar är den, enligt min mening, överdrivna noggrannheten ofta konsekvent; i ett arbete anges t ex att 64 av 113 patienter är 56,6 procent och att 2 av 143 är 1,4 procent [1]. Men ibland är noggrannheten inkonsekvent; i en och samma artikel anges 1 161 av 1 492 bli 78 procent, men 13 av 44 blir 29,5 procent och 4 av 48 blir 8,3 procent [2].

Noggrannheten blir ju dessutom av mindre betydelse om det 95-procentiga konfidensintervall anges.

Procentsiffror som anges med decimal ger ett vetenskapligt intryck. Vi skriver emellertid för våra läsare och decimaler gör siffrorna svårare att memorera.

Kan vi inte alltid använda procentsiffror utan decimal i sådana sammanhang som beskrivits ovan? Finns regler?

Rickard Eitrem
docent, överläkare

Referenser

1. Haglund M, Forsgren M, Lindh G, Lindquist L. A 10-year follow-up study of tickborne encephalitis in the Stockholm area and a review of the literature: need for a vaccination strategy. *Scand J Infect Dis* 1996; 28: 217-24.
2. Varenhost E, Carlsson P, Hagström I, Lindahl T, Löfman O, Helle Noorlind B et al. All-männ screening är inte aktuell! *Läkartidningen* 1996; 93: 2940-6.