

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 4 2007 ÅRGÅNG 28



SFAM.L granskar glitazoner /sid 9

Referat från Nordiska kongressen på Island/sid 15 • Integration är vår specialitet!/sid 24

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Allmänmedicin är ett brett område och det finns mycket att skriva om. Läs våra författaranvisningar på SFAMs hemsida: www.sfam.se Texter som bedöms aktuella för publicering bearbetas av redaktionen i samråd med författaren. Glöm inte bilder. Skicka manus och bilder som bifogade filer till anders.lundqvist@lvn.se



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 papperskopior 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.

Tekniska frågor om bilder besvaras av Gunnar Brink gunnar@mediahuset.se Tel 0525-323 52

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Spirometritolkning
Björn Ståhlberg

Smygremsor
Karin Hed

Omslagsfoto: Anders Lundqvist

3 Ledare

Allmänläkarens villkor har vital betydelse för solidaritetsprincipen – Karin Ranstad

4 Avhandlingar

Hur lär sig läkarstudenter att tala med patienter?
Björn Landström

Rehabilitering efter längre sjukskrivning – hur och varför gick det som det gick? – Helena Almer

Prevention av höftfrakturer hos äldre kvinnor
Hans Thulesius

9 SFAM.L granskar

Glitazoner – ifrågasatta diabetesläkemedel
Jan Håkansson, Anders Hernborg

12 Utbildning

Essä – spännande men krävande möjlighet till fördjupning
Peter Olsson

13 Praktisk

Kvinnor och tarmar – Elisabet Ekman

15 Kongress

Rapporter från Nordiska kongressen på Island
Anders Lundqvist/Lena Ekelius m.fl./
Charlotte Holst och Björn Nilsson

19 Konferens

The Golden Gate to broader knowledge
Lars Agréus

21 Globalt

Om meningsfullhet och hopp – och ett tydligt uppdrag
Anna-Karin Svensson

24 Debatt

Integration är vår specialitet!
Allmänmedicin som yrke och vetenskap – Peter Olsson

26 Recension

Sjuka Pengar
Bengt Järhult

27 Notiser

28 Fortbildning

Läkardagar i Köpenhamn bjuder åter in svenska läkare i november – Kirsten Talbro Laignou
Vill du arbeta med riskbruksfrågor? – Sven Wählin

28 SFAM informerar

Kallelse till fullmäktigemöte
SFAMs Höstmöte i Visby – program

Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård – SFAMs nästa stora utmaning
Anna-Karin Svensson, Per Säberg

SFAMs råd och nätverk
Kontaktpersoner

36 Krönika, kalendarium

Sommarvardag på mottagningen
Meta Wiborgh

”Den genomgående ökade risken för hjärtsvikt har gjort att FDA – den amerikanska läkemedelsmyndigheten – ålagt tillverkarna av glitazoner att förse förpackningarna med en ”Black box warning” – den allvarligaste graden av varning.”

SFAM.L granskar ifrågasatta diabetesläkemedel. Sidan 9



Rapporter från Nordiska kongressen på Island. Sidan 15



Peter Olsson ställer sig frågan: Vad är egentligen en vetenskaplig specialitet som allmänmedicin? Sidan 24



Bengt Järhult recenserar Sjuka pengar av Peter Rost. Sidan 26

ANNONS

Allmänläkarens villkor har vital betydelse för solidaritetsprincipen

För några år sedan framhölls Västmanland som modell för svensk primärvård, numera tycks Hallands kundvalsmodell lyftas fram, och Vårdval Stockholm står i startgroparna. Farhågor finns kring bägge modellerna vilket sommarens Läkartidningen speglar, och Västmanland visade sig vara politiskt sårbart på ett sätt som få förutsåg. De privata, lokala, små företagen konkurrerades ut av stora vårdbolag och patient-läkarrelationer blev listor som kunde användas som handelsvara.

Iona Heath har nyligen i BMJ uttryckt sin oro för att engelska NHS är hotat. Det är inte långsökt att fundera över om liknande hot vilar över de nordiska länderna.

Våra system bygger på en social solidaritet, där vi gemensamt finansierar vården för att den ska vara tillgänglig för alla när behov uppstår. Detta uttrycks bland annat i förarbetena till den svenska prioriteringslagen, där solidariteten slås fast som princip. Man resonerar sig fram till att varken patientens nytta för samhället eller ekonomiska resurser håller som urvalskriterium i en situation, när resurserna för sjukvården inte räcker till.

Vad händer när vård blir en handelsvara som styrs av efterfrågan på en marknad där resurserna är begränsade i förhållande till utbudet som ökar för varje år? Efterfrågan på vård är oändlig och lätt att påverka med känslomässiga argument. Behovet är inte lätt att värdera för den enskilde, särskilt inte i relation till andra.

Vad händer när marknadskrafterna växer sig starkare i sjukvårdens organisation samtidigt som individens behov, uttryckt som efterfrågan, uppmuntras? Går det då i praktiken att hävda att re-

surserna ska fördelas efter medicinska behov? Begreppet medicinska behov behöver diskuteras. Behov relateras i de allra flesta fall till något annat, exempelvis när barnen behöver en ny leksak för att "alla andra" redan har, eller tonåringen som behöver få göra den resa som alla andra får lov att göra. Behoven kan vara starka och välformulerade, men när de vägs mot familjens resurser och "alla andra" är en överdrift, kan det visa sig att efterfrågan var större än det behov föräldrarna ser när de väger in familjens övriga behov.

Marknaden drivs av önskan att optimera vinsten. Vinsten behöver inte bara räknas i pengar, men de ökar rimligen i betydelse med avståndet mellan kund och företagsledning. En utmaning när man skapar en marknad för sjukvård är därför att säkerställa att icke vinstgivande behov kan ges prioritet framför efterfrågan, som bygger på mindre tvingande behov. Även den som har svårt att stå på sig ska ha tillgång till resurskrävande vård för sin allvarliga sjukdom, framför den som kan betala för avancerad vård för lindriga tillstånd. Konkret behövs något som balanserar marknadskrafterna när resurserna fördelas mellan upplevda behov och efterfrågade behandlingar, om solidaritetsprincipen ska överleva.

Hur detta ska gå till har vi naturligtvis ingen färdig lösning på, men det finns all anledning att reflektera nu för att undvika att i all välmening konstruera ett sjukvårdssystem där metoderna motverkar målen.

Allmänmedicinen verkar i gränslandet där behov och efterfrågan definieras. I yrkesrollen integreras kunnande om både individ och samhälle, subjektivt lidande och sjukdomsdiagnoser,

liksom en bred kännedom om sjukvårdens möjligheter. Allmänläkare kommer därför att bli allt viktigare för att balansera solidaritet med de som behöver mer än de kan betala för, och en sjukvård som erbjuder mer än den har fog för. Tillit är en viktig faktor för att allmänläkare ska kunna fullgöra samhällets uppdrag att värna om solidariteten. Trovärdighet och tillit hör ihop och byggs på lång sikt, oavsett om man ser allmänmedicinen ur patientens, sjukvårdens eller samhällets perspektiv.

När sjukvården privatiseras i allt större utsträckning finns det följaktligen skäl att ägna extra omsorg om vilka villkor som ska gälla allmänläkarverksamhet. Nuvarande kvalitetsindikatorer och marknadskrafterna behöver kompletteras med faktorer som uppmuntrar sådant som trovärdighet, tillit, långsiktighet, solidaritet och personligt engagemang när organisationsmodeller skapas och allmänmedicinsk vård upphandlas. Incitament som stöder allmänläkarens uppgift att värna om solidariteten är grundläggande, annars kommer efterfrågan att driva kostnaderna och solidaritetsprincipen att falla.



Karin Ranstad

Hur lär sig läkarstudenter att tala med patienter?

Blir läkarstudenterna mindre empatiska under läkarutbildningens gång? Sådana oroväckande resultat har rapporterats på senare år. Kanske kan man som allmänläkare också ha en sådan minnesbild av egen förvandling, framtvungad av de teoretiska kunskapernas mängd och karaktär, under studieåren!?

Mats Wahlqvist, psykiatrispecialist, har under många år intresserat sig för och engagerat sig i läkarstudenternas grundutbildning och särskilt i konsultationslärandet. Auditoriet var välbesökt när han lade fram sin avhandling på Allmänmedicinska avdelningen i Göteborg.

Mats Wahlqvists avhandling består av fyra delarbeten. De belyser från olika håll hur läkarstudenter utvecklar sin förmåga att tala med patienter i en konsultation. Genom gruppintervjuer har Mats Wahlqvist, hans huvudhandledare professor Bengt Mattsson och andra, utvecklat en *timglasmetafor* för hur studenternas kommunikationsstrategier utvecklas under och efter studietiden. Det tycks som en öppen attityd under studiernas inledning övergår i ett mer instrumentellt synsätt under studieåren för att under slutet av studietiden och efteråt, kanske som en påverkan av många patientmöten och handledning kring dem, åter närma sig en mer öppen attityd.

Fakultetsopponenten Margareta Troein Töllborn från Lund, var mycket positiv till avhandlingen, kallade den lärd och betydande för läkarutbildningen. Hennes opposition var vänlig och resonerande men också skarp.

Ett intressant meningsutbyte utspann sig om språket i ramberättelsen, där Mats Wahlqvist valt engelska. Margareta Troein skärskådade ett antal översättningar, och fick auditoriet att se hur exakthet ofta förloras i en översättning. Mats Wahlqvist försvarade sin engelska

med den ytterligare inträngningsprocess i materialet som arbetet med engelskan inneburit.

Arbetet med avhandlingen har utmynnat i en inlärningsmodell som beskriver en *studentcentrerad kunskapsbildande process för att utveckla konsultationsskicklighet*. Studentcentreringen kan fungera som en parallellprocess till en patientcentrerad hållning i patient-läkarkonsultationen. Den instrumentella strategin med fokusering på schematisk kunskap kan ses som en motbild.

” Med Mats Wahlqvists avhandling har farhågor för en minskande empatiförmåga under studieåren fått en ny och mer hoppfull vinkling.

En slutsats som avhandlingsarbetet pekar mot är att lärandet av konsultationen bör ske fortlöpande i den kliniska utbildningen, och inte enbart under vissa kurser.

Avhandlingen är mycket välskriven och den redovisar olika inlärnings teorier och sätter dem i en fruktbar relation till de empiriska undersökningarna. Avhandlingen förtjänar att bli läst av allmänläkare som är intresserade av läkarutbildningen och allmänmedicinens roll inom läkarutbildningen. Jag ser fram emot den bok på svenska som Mats Wahlqvist borde skriva.

Med Mats Wahlqvists avhandling har farhågor för en minskande empatiförmåga under studieåren fått en ny och mer hoppfull vinkling.

Björn Landström

Tidans vårdcentral

Bjorn.landstrom@vgregion.se



Mats Wahlqvist

Titel: Medical students' learning of the consultation and the patient-doctor relationship

Datum: 25 maj 2007

Författare: Mats Wahlqvist, specialist i psykiatri

Arbetsplats: Avdelningen för Allmänmedicin, Göteborgs Universitet; Primärvården Centrum, Göteborg, Box 454

E-post: Mats.Wahlqvist@allmed.gu.se

Institution: Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/Allmänmedicin, Göteborgs Universitet

Handledare: Bengt Mattsson, prof. allmänmedicin, Gösta Dahlgren, Annika Skott

Opponent: Margareta Troein Töllborn, Universitetslektor allmänmedicin, Lunds Universitet

Rehabilitering efter längre sjukskrivning – hur och varför gick det som det gick?

Per-Olof Kaiser, Gustavsbergs vårdcentral, har disputerat på avhandlingen "Health and rehabilitation in a psychosocial context. A ten year perspective".

P-O Kaiser arbetade under de första åren av avhandlingsarbetet som distriktsläkare i Sundsvall, vårdcentralen Centrum. Han hade då även deltidstjänst som försäkringsöverläkare vid Försäkringskassan. Kaiser har dessutom, från tiden innan sina medicinska studier, en fil kand i psykologi. I avhandlingsarbetet har han vävt samman dessa kunskapsområden och därmed bringat nytt ljus i ett för oss allmänläkare skuggigt område

Avhandlingens fyra delar bygger på data från knappt 400 långtidssjukskrivna män och kvinnor med muskuloskeletala diagnoser, vilka erhöll yrkesmässig rehabilitering under 90-talet i Västernorrland. Gruppen följdes under 10 år.

Faktorer som upplevd hälsa, känsla av sammanhang, diagnos, kön och ålder vägs in. Dessutom introduceras ett nytt begrepp, "psykosocial markör", PM. Det är ett index för psykosocial stress och definieras som relevant information om patientens psykosociala livssituation som inte direkt spelat in i den ursprungliga sjukdomsbilden. Som exempel kan ges ej känt missbruk, relationsproblem eller svår sjukdom hos anhörig

P-O Kaiser visar att det finns skillnader mellan män och kvinnor avseende vilka PM som påvisas. Inte förvånande finns hos männen fler med alkoholproblem och hos kvinnorna fler med problem i privatlivet. Intressant nog kan noteras att endast en tredjedel av patienterna hade direkt yrkesassocierad psykosocial stress.

Begreppen känsla av sammanhang, KASAM, och upplevd hälsa, skattas hos patienterna i materialet. Här visas till exempel att förtidspensionerade män har sämre känsla av sammanhang än kvinnor i samma situation.



Per-Olof Kaiser

P-O Kaiser har delat upp sitt material i patienter med lokaliserade besvär i ländrygg och jämfört dem med gruppen med nackvärk och/eller generaliserade besvär, typ kronisk värk. Han visar att en generaliserad sjukdomsbild är förenad med ökad psykosocial belastning samt ökad grad av sjukförmån. Detta är för mig intressant och användbar kunskap.

I tioårsmaterialet visar P-O Kaiser att hög ålder och låg upplevd hälsa har störst betydelse för utfallet av rehabiliteringen på sikt. Även detta är något att fundera över för oss distriktsläkarkollegor.

Avhandling: Health and rehabilitation in a psychosocial context. A ten year perspective

Datum: 4 juni 2007

Författare: Per-Olof Kaiser, Gustavsbergs vårdcentral, Värmdö

E-post: pokaiser@pomedic.se

Institution: Allmänmedicinska institutionen, Göteborg

Handledare: Professor Bengt Mattsson, GU, professor Staffan Marklund KI, samt professor Anders Wimo, KI

Opponent: Professor Lars Borgquist, institutionen för samhälle o hälsa, Linköping

Behöver vi och Försäkringskassan bättre skattningsinstrument?

Avhandlingen presenterades och diskuterades i en trevlig och engagerad ton. P-O Kaiser visar i texten en djup respekt för patienten och inte minst för det svåra allmänläkararbetet.

Avhandlingen ger ny och angelägen kunskap i det delvis okända gränslandet där Försäkringskassa, allmänläkare och patient möts.

Helena Almer, Gustavsbergs vårdcentral
helena.almer@sll.se

Notis

Material för ST-grupper

I Norge har man en lång tradition av veiledningsgrupper för blivande specialister i allmänmedicin. Sedan 1996 har den mycket läsvärda Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin (skriven av Linn Getz och Steinar Westin) funnits att tillgå som stöd för upplägg av seminarier.

Nu har Bente Aschim, Kristin Prestegaard, Sverre Lundevall och Peter Prydz i Den norske laegeforening gjort en värdefull uppdatering i form av två häften: **To år sammen Håndbok for veiledningsgrupper i allmennmedisin** (en slags introduktion), samt **Allmennmedisinsk**

gruppereise Møteopplegg for veiledningsgrupper i allmennmedisin.

ST-grupper, oavsett om de bedrivs som självständiga ST-fora eller leds av studie-rektorer, skulle kunna ha stor nytta av att läsa detta material. Det kan laddas ned på www.legeforeningen.no

Under kolumnen Utdannelse och fagutvikling klickar du på specialiteter och hittar allmennmedisin överst. En lista över dokument uppenbarar sig och där hittar du ovannämnda publikationer.

ANNONS

Prevention av höftfrakturer hos äldre kvinnor

En regnig majdag disputerade distriktsläkare Daniel Albertsson, Växjö, vid allmänmedicinska institutionen i Göteborg med titeln "Hip fracture prevention by screening and intervention of elderly women in Primary Health Care". Avhandlingen berör alltså förebyggande av höftfrakturer hos äldre kvinnor. Våra äldre patienter och i synnerhet kvinnor, faller och får frakturer som orsakar lidande och avkortar deras liv. Opponent var professor Magnus Carlsson, en smäländsk ortoped från Malmö. Frågorna började om fotboll, men handlade sedan om epidemiologi och statistik. Disputanden svarade eftertänksamt och ödmjukt, men ändå bestämt. Kärnan i hans fynd handlar om upptäckten av fyra riskfaktorer som förutsäger höftfrakturer och död hos äldre kvinnor. Ålder över 80 år, kroppsvikt under 60 kg, tidigare fragilitetsfraktur och oförmåga att resa sig från en stol utan att använda armarna ger maximal riskpoäng i Daniels modell. Projektet började på en 20-poängs forskningsmetodikkurs 1998. Då var det inte många som tog hans kontrollerade befolkningsbaserade studie på allvar. "Det räcker mer än väl för en avhandling" fick han sedan höra. Och det stämde ju. Daniel fortsätter nämligen med sitt projekt.

Metoderna för att förebygga frakturer är multipla, men allra viktigast verkar



Daniel Albertsson tillsammans med professorerna Bengt Mattsson och Cecilia Björkelund.

vara rörelseträning, följt av nutrition, och sist läkemedel. Fall Related Injury Prevention (FRIP) heter projektet som tar vid i höst.

Med professor Robert Eggertsen som huvudhandledare vid Allmänmedicin i Göteborg har Daniel haft en halvtids doktorandtjänst i Landstinget Kronoberg sedan 2001. Han lyckades inte med att disputerar före sin 50-årsdag, men hade i gengäld anledning att feta två gånger våren 2007 tillsammans med vänner och kollegor!

Hans Thulesius

FoU-enheten Kronoberg, Växjö
hans.thulesius@ltkronoberg.se

Hip fracture prevention by screening and intervention of elderly women in Primary Health Care

Disputation: 20070511 Allmänmedicin, Sahlgrenska Akademien, Göteborg

Doktorand: Daniel Albertsson, distriktsläkare Växjö
daniel.albertsson@ltkronoberg.se

Opponent: Professor Magnus Carlsson, ortopedkliniken, universitetssjukhuset MAS, Malmö

Huvudhandledare: Professor Robert Eggertsen, Allmänmedicin, Göteborg
ISBN 978-91-628-7127-7



Kurs i Modern Ortopedisk Medicin
för läkare och sjukgymnaster
29 dec 2007 – 14 jan 2008
Kerala, Indien
www.langtbortlara.se

ANNONS

Glitazoner – ifrågasatta diabetesläkemedel

Synden på diabetes mellitus typ 2 (T2DM) har förändrats avsevärt de senaste decennierna. Längre betraktades T2DM som en lindrigare variant av diabetes mellitus typ 1, där det främst var den störda glukosregleringen som var i fokus. Genom främst den omfattande brittiska studien UKPDS har vi lärt att det är risken för komplikationer, främst av hjärtsjukdomar, som utgör det största problemet vid T2DM. God effekt av livsstilsåtgärder vid förstadiet till T2DM har påvisats då utvecklingen till manifest T2DM kan förebyggas eller åtminstone förskjutas [1,2]. Aktiv behandling med blodtryckssänkande läkemedel [3,4] och statiner [5,6] har visats kunna minska risken för allvarliga kardiovaskulära komplikationer. Bättre reglering av blodsocker visade i UKPDS minskad risk för mikrovaskulära komplikationer (retinopati, nefropati, neuropati), men inte för makrovaskulära komplikationer (kardiovaskulär död, hjärtinfarkt och stroke) [7].

För blodsockerreglerande läkemedel har viss effekt på makrovaskulära komplikationer påvisats med metformin [8] och akarbos [9], men inte för sulfonylureapreparat eller insulin. Behovet av glukosreglerande läkemedel som förbättrar prognosen vid T2DM är därför stort.

Förhoppningar har knutits till läkemedelsgruppen glitazoner (tiazolidindioner), som introducerades på den europeiska marknaden år 2000. Pioglitazon (Actos) och rosiglitazon (Avandia) finns tillgängliga, rosiglitazon även i kombination med metformin (Avandamet).

Farmakologiskt tillhör glitazonerna gruppen PPAR-gamma agonister (PPAR= Peroxisome Proliferator-Activated Receptor). Peroxisomer finns i cellkärnan och glitazoner kan därmed ha tänkbara effekter på alla kärnförande celler och därmed på de flesta av kroppens organ och funktioner [10]. Genom effekt på en underavdelning av PPAR – PPAR-gamma – som särskilt finns i fettväv, har

glitazonerna visats ha effekt på insulinresistens. Det har legat till grund för förhoppningen att glitazoner skulle kunna förbättra prognosen vid T2DM.

Kostnaden för behandling med glitazoner av T2DM är i storleksordningen 5–10 gånger högre jämfört med behandling med metformin eller sulfonylureapreparat.

Marknadsföringen har varit intensiv, men användningen av glitazoner har hittills varit begränsad i Sverige, men mera omfattande i USA, där diskussionen om glitazonernas säkerhet varit livlig och även föremål för kongressförhör. Alltsedan introduktionen har glitazonerna varit föremål för ifrågasättanden, och problemen med misstänkta eller påvisade biverkningar har ökat senaste året.

Biverkningar som är säkerställt ökade med glitazoner

Hjärtsvikt

I de flesta studier som gjorts med glitazoner har en ökad frekvens av hjärtsvikt kunnat påvisas jämfört med placebo eller jämförelsepreparat. Effekten kan delvis tillskrivas den vätskeretinerande effekt som finns hos glitazonerna [10]. Ödem- och hjärtsviktseffekten förstärks i kombination med insulin. Diagnostiken har dock oftast varit bristfällig – UKG har i regel inte använts i studierna för att särskilja ödem som berott på hjärtsvikt och andra ödem. Den genomgående ökade risken för hjärtsvikt har gjort att FDA – den amerikanska läkemedelsmyndigheten – ålagt tillverkarna av glitazoner att förse förpackningarna med en ”Black box warning” – den allvarligaste graden av varning [11].

Viktuppgång

En viktuppgång på i genomsnitt 3–4 kg har setts [10]. Viktuppgången anses inte bara ha med vätskeretention att göra utan också på en ökad mängd fettväv, vilket förstås är ogynnsamt vid en överviktsrelaterad sjukdom som T2DM.

Frakturer

I två studier med rosiglitazon sågs en ökad förekomst av frakturer hos kvinnor [12,13]. Vid en eftergranskning av studier med pioglitazon kunde också för det preparatet ses en ökad risk för frakturer hos kvinnor [14]. Frakturerna drabbade armar, händer och fötter, däremot inte ryggkotor eller lårbenhalsar. Den ökade frakturrisken jämfört med placebo eller jämförelsepreparat var strax över 1 per 100 patientår för rosiglitazon, och strax under 1 per 100 patientår för pioglitazon. Det är en ökad frakturrisken i samma storleksordning som *minskningen* av frakturrisken vid behandling med bisfosfonater av högriskpatienter [15]!

Biverkningsrisker med glitazoner som ej är säkerställda, men föremål för observans

Cancerrisk?

I prekliniska studier på djur har en ökad risk för maligna tumörer påvisats, särskilt i urinvägar och muskulatur [16]. Om en ökad risk finns även för människor är oklart, men läkemedelsmyndigheterna kräver särskild uppmärksamhet på cancerrisken i studier som genomförs med glitazoner.

Leverbiverkningar?

Den första glitazonen som introducerades på den amerikanska marknaden men aldrig hann bli godkänd i Europa – troglitazon – blev indragen efter att allvarliga leverbiverkningar påvisats. Särskild uppmärksamhet har därefter inriktats på möjlig leverpåverkan av de senare introducerade glitazonerna, men någon sådan har ännu inte påvisats.

Makulaödem?

Flera rapporter om makulaödem vid behandling med glitazoner har inkommit och är föremål för granskning av läkemedelsmyndigheterna i Europa och USA [17]. ►►

Ökad risk för hjärtinfarkt med rosiglitazon?

En metaanalys av tillgängliga studier med rosiglitazon publicerades nyligen och påvisade en signifikant ökad risk för hjärtinfarkt, och en icke-signifikant ökning av kardiovaskulär död för patienter som använt rosiglitazon jämfört med placebo eller jämförelsepreparat [18]. Metaanalysen har en del påtagliga brister, men har väckt stor uppmärksamhet i USA med bland annat kongressförhör och FDA:s roll i säkerhetsarbetet har ifrågasatts [19]. Paralleller till frågan om coxibernas säkerhet och Vioxx indragning har legat nära till hands. Frågan är naturligtvis av särskild betydelse då förhoppningen med glitazonerna varit att de skulle minska risken för allvarliga hjärtkärlkomplikationer.

Studier med glitazoner

En förhoppning – och på lägre sikt närmast ett krav – för att behandling med glukosreglerande läkemedel ska bli rekommenderade, är att de inte bara ska påverka glukosvärden utan att de också ska kunna förhindra eller senarelägga allvarliga hjärt-kärlkomplikationer. Sådan effekt har hittills visats för metformin [8] och akarbos [9]. Det kommer att bli den prövosten som avgör glitazonernas framtid.

PROActive (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events)

Den hittills enda redovisade studien med allvarliga kardiovaskulära hjärtkärlsjukdomar som huvudsyfte är PROActive [14]. Drygt 5 000 patienter med diabetes och någon form av genomgången hjärtkärlsjukdom randomiserades till tilläggsbehandling med pioglitazon eller placebo. Deltagarna hade omfattande övrig mediciner. Studien pågick i knappt tre år. Ingen skillnad kunde påvisas på studiens primära endpoint (hjärtinfarkt, stroke, död och kärloperationer), men däremot på studiens huvudsakliga endpoint (hjärtinfarkt, stroke och kardiovaskulär död). Bland biverkningarna noterades främst en ökad förekomst av hjärtsvikt och ödem bland de pioglitazonbehandlade. Det var större skillnad

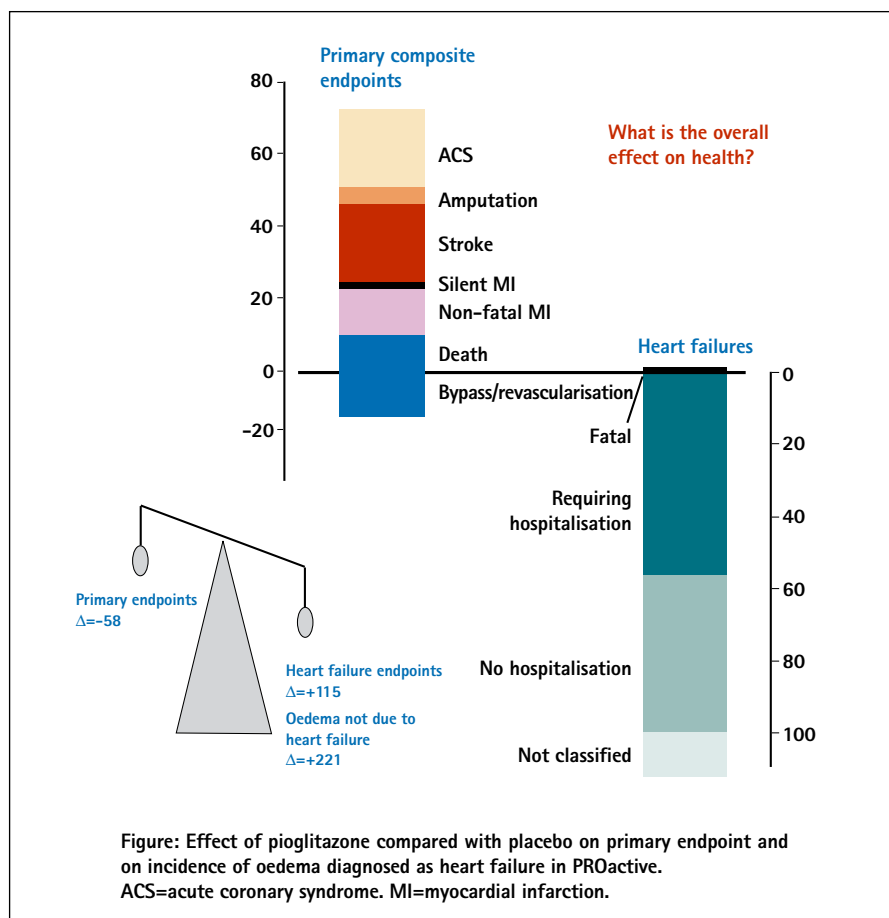


Fig. 1. Balans mellan den ökade risken för hjärtsvikt å ena sidan och den minskade risken för primär endpoint (hjärtinfarkt, stroke, död och kärlrekonstruktioner) i ProActive. Från Yki-Järvinen H. The PROActive study: some answers, many questions. The Lancet 2006; 366: 1241-42

till pioglitazons nackdel för hjärtsvikt än det var till pioglitazons fördel för primär endpoint (Fig. 1). I en ledarkommentar till PROActives publicering [20] ställs frågan om den tendens till färre hjärtinfarkter som fanns i studien kan kompensera för den signifikant ökade risken för hjärtsvikt. Bland biverkningarna noterades också en icke-signifikant ökad förekomst av blåscancer för de pioglitazonbehandlade. Även om studien var för kort för att ge säker upplysning om eventuell carcinogenicitet, och skillnaden inte var signifikant är det notabelt eftersom just cancer i urinvägarna noterats i de prekliniska studierna med glitazoner.

RECORD (Rosiglitazone Evaluated for Cardiac Outcomes and Regulation of Glycaemia in Diabetes)

Med rosiglitazon finns ännu inga studier

med kardiovaskulära händelser redovisade, men RECORD [21] har ett sådant syfte. Till skillnad mot PROActive har patienter utan känd hjärtkärlsjukdom med otillräcklig glukosreglering med ett läkemedel rekryterats. RECORD är upplagd som en "non-inferiority-study", det vill säga det räcker att visa att rosiglitazon inte är signifikant sämre än traditionell behandling för att resultatet ska anses som positivt, vilket måhända är en väl defensiv ansats. RECORD beräknas avslutas 2010 och resultatet kommer troligen att bli avgörande för glitazonernas framtid.

ADOPT (Glycemic durability of rosiglitazone, metformin, or glyburide monotherapy.)

Studien genomfördes för att se vilken av behandlingarna rosiglitazon, metformin och glibenklamid som kunde göra

att nydebuterade diabetiker klarade att hålla en viss nivå av glukosreglering med monoterapi [12]. Slutresultatet efter 4 års uppföljning var till rosiglitazons fördel; det var fler som höll sin glukosreglering på den förutbestämda nivån med rosiglitazon än med jämförelsepreparaten. Studien hade en del problem, främst att det var många som avslutade den behandling de randomiserats till. Biverkningsproblematiken skilde sig mellan de olika behandlingsprinciperna; mer hjärtsvikt, ödem och vikt uppgång med rosiglitazon, mer gastrointestinala biverkningar med metformin och mer hypoglykemi med glibenklamid.

DREAM (Diabetes Reduction Assessment with Ramipril and Rosiglitazone Medication)

Studien genomfördes för att utvärdera rosiglitazons effekt på förstadiet till T2DM [13]. Kan man med behandling med rosiglitazon fördröja debuten av T2DM hos personer med nedsatt glukostolerans? Eftersom ACE-hämmare i andra studier [22] visat sådana tendenser ingick också en grupp som fick behandling med ramipril med samma frågeställning. Studien visade att rosiglitazon, men inte ramipril kunde fördröja debuten av manifest T2DM. Studiens uppläggning och redovisning har gett upphov till många kritiska kommentarer – mest välformulerat av Montori [23], som menar att behandling med rosiglitazon för att förebygga diabetes medför skada och ökade kostnader medan fördelarna för patienterna är tveksamma. Även i DREAM sågs ökad risk för hjärtsvikt för rosiglitazonbehandlade.

Kommentar

Studieupplägget med rosiglitazon har ifrågasatts för att de mer tycks vara anpassade till marknadsföringen (ADOPT och DREAM) än för att besvara viktiga frågor om säkerhet och effekt på viktiga kardiovaskulära komplikationer, som ju ändå RECORD har för avsikt att belysa. Den hittills enda studien som utmanar den frågeställningen är PROActive där

resultatet av vissa bedömts som en framgång, men av flertalet som en besvikelse, då studiens primära endpoint inte nåddes och problematiken med hjärtsvikt var betydande.

Det ligger nära till hands att jämföra introduktionen av glitazoner på marknaden med introduktionen av coxiber. De avgörande säkerhetsfrågorna har inte belysts tillräckligt innan preparaten kommit i allmänt bruk.

Under detta år introduceras en ny grupp läkemedel för behandling av T2DM – gliptinerna. Det kommer troligen att dröja många år innan vi vet tillräckligt om deras nytta i förhållande till risker. Det räcker inte att veta att de på kort sikt sänker glukosnivåerna!

Systematiska översikter

Under de senaste två åren har Cochranebiblioteket publicerat systematiska översikter om både pioglitazon och rosiglitazon. Samma författargrupp har skrivit bägge översikterna och har i sin sammanfattning om bägge preparaten samma formulering: "Publicerade studier av minst 24 veckors behandling med pioglitazon/rosiglitazon hos typ 2-diabetiker gav inga övertygande evidens för att utfall viktiga för patienterna, som dödlighet, sjuklighet, biverkningar, kostnader eller hälsorelaterad livskvalitet positivt påverkas av dessa substanser" [24]

I en alldeles färsk systematisk översikt i *Annals of Internal Medicine*, "Systematic Review: Comparative Effectiveness and Safety of Oral Medications for Type 2 Diabetes Mellitus" har man gjort en ambitiös sammanställning av nytta och risker med olika blodsockersänkande tablettbehandlingar [25]. Man konstaterar att de ingående studierna hade omfattande svagheter, men konkluderade att jämfört med nyare och dyrare medel (glitazoner med flera) har de äldre medlen (andra generationens SU-preparat och metformin) liknande eller bättre effekter på blodsockerkontroll, lipider och andra intermediära mål. Stora långtidsstudier krävs för att bestämma jämförda effekter av orala diabetesmedel på hårda kliniska utfall.

Sammanfattning

Efter drygt sju år på marknaden har frågetecknen för behandling med glitazoner hopat sig. De avgörande frågorna om de förbättrar eller försämrar prognosen för de betydelsefulla komplikationerna vid T2DM har inte besvarats. Säkerställd biverkningsproblematik avseende hjärtsvikt, frakturer och viktuppgång har dokumenterats, och ett antal möjliga men inte säkerställda biverkningsproblem från många olika organsystem misstänks. Mot den bakgrunden bör glitazoner inte användas i vardagssjukvården.

Blodsockerkontroll vid T2DM är inte oviktig, men mot de dominerande makrovaskulära hoten ter sig med dagens vetande rökstopp, blodtryckskontroll och statinbehandling som viktigare åtgärder. Mjukare värden som patientmedverkan i beslut om behandlingsmål med betoning på autonomi och livskvalitet är mera svårgripbara, men inte desto mindre eftersträvsvärda bland alla siffrvärden som ofta dominerar diskussionen.



Jan Håkansson

distriktsläkare, Krokoms HC ordf. i SFAM.L
jan.hakansson@jll.se



Anders Hernborg

distriktsläkare Halmstad, medlem i SFAM.L
anders.hernborg@lthalland.se

Intressekonflikter: Båda författarna är aktiva i Jämtlands läns resp. Hallands läns läkemedelskommittéer. För övrigt har vi inga personliga eller professionella omständigheter eller kommersiella relationer, som kan tänkas påverka vår syn på det aktuella ämnet.

Referenser:

1. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002 Feb 7;346(6):393-403.
2. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001 May 3;344(18):1343-50.
3. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998;317:703-713.
4. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998;351:1755-1762.
5. Collins R, Armitage J, Parish S, et al. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003;361:2005-2016.
6. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al; CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-696.
7. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet.* 1998 Sep 12;352(9131):837-53.
8. UK Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998;352:854-865.
9. Chiasson JL et al. Acarbose Treatment and the Risk of Cardiovascular Disease and Hypertension in Patients With Impaired Glucose Tolerance *JAMA.* 2003;290:486-494.
10. Yki-Jarvinen H. Thiazolidindiones. *N Engl J Med.* 2004;351:1106-18
11. Tanne JH FDA places "black box" warning on antidiabetes drugs *BMJ* 2007;334:1237
12. Kahn SE, Haffner SM, Heise MA, Herman WH, Holman RR, Jones NP, et al. Glycemic durability of rosiglitazone, metformin, or glyburide monotherapy. *N Engl J Med* 2006;355:2427-43.
13. DREAM (Diabetes Reduction Assessment with Ramipril and Rosiglitazone Medication) Trial Investigators. Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;368:1096-105
14. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet* 2005;366:1279-89
15. Black DM, Cummings SR, Karpf DB, Cauley JA, Thompson DE, Nevitt MC, et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Fracture Intervention Trial Research Group. *Lancet.* 1996;348:1535-41.
16. PPAR agonister i behandlingen av typ 2 diabetes. En uppdatering av kunskapsläget. Information från Läkemedelsverket 2005: (16) 2
17. Maculaödem vid behandling med rosiglitazone (Avandia, Avandmet) och pioglitazon (Actos) http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage_1333.aspx
18. Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death. *N Engl J Med* 2007; 356:2457-2471.
19. Rosen CJ. The Rosiglitazone Story — Lessons from an FDA Advisory Committee Meeting Published at www.nejm.org August 8, 2007 (10.1056/NEJMp078167)
20. Yki-Järvinen H. The PROactive study: some answers, many questions. *The Lancet* 2006; 366: 1241-42
21. Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H, Gomis R, Hanefeld M, Dargie H, Komajda M, Gubb J, Biswas N, Jones NP. Rosiglitazone Evaluated for Cardiac Outcomes and Regulation of Glycaemia in Diabetes (RECORD): study design and protocol. *Diabetologia.* 2005 Sep;48(9):1726-35.
22. Yusuf S, Gerstein H, Hoogwerf B, Pogue J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme-inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med.* 2000;342:145-53
23. Montori VM, Isley WL, Guyatt GH Waking up from the DREAM of preventing diabetes with drugs *BMJ* 2007;334:882-884
24. Richter B, Bandeira-Echtler E, Bergerhoff K, Clar C, Ebrahim SH. Rosiglitazone for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006063. DOI: 10.1002/14651858.CD006063.pub2.
25. S. Bolen, L. Feldman, J. Vassy, L. Wilson, H.-C. Yeh, S. Marinopoulos, et al. Systematic Review: Comparative Effectiveness and Safety of Oral Medications for Type 2 Diabetes Mellitus *Ann Intern Med* 2007; 146:702-710.

Essä – spännande men krävande möjlighet till fördjupning!

I varje handledning, utbildning eller yrkesliv finns återkommande teman. Det kan vara frustration, förundran, eller nyfikenhet inför människans utsatthet, hälsans mysterium eller vår roll i konsultationen.

Alla läkare brottas med problem som i någon mening är möjliga att undersöka. Den som har svårt att finna ämne borde kanske reflektera över det. Det kan handla om begrepp, företeelser eller fenomen.

Verksamma läkare producerar mängder med digital journaltext, men ges sällan tid att mera precist formulera sina tankar. "Essä" har en ursprunglig betydelse av "försök", men kraven på uppsatsen bör motsvara tidsåtgången på fem veckor. Nedan anges några hållpunkter för bedömningen.

Omfånget måste bestämmas av ämne och vald form, och här bör försvaras en konstnärlig frihet.

Hänsyn tas till språklig klarhet och begriplighet. Det problem som tas upp ska vara relevant och behandlas allsidigt, invändningar bemötas. Den metod som används, hur man gått tillväga i sin analys, bör framgå. Eventuella teoretiska referenser bör tydligt anges liksom moraliska överväganden. Originalitet i tanken och kritisk självreflexion att verkligen ifrågasätta sina egna grundantaganden ökar läsvärdet. Tankarna bör avslutningsvis knytas samman till antingen en konklusion eller en ny problemformulering.

Vid oenighet eller tveksamhet om essän är godkänd kan förmågan, hos texten, att väcka diskussion i en grupp av kolleger tas som ytterligare ett kvalitetskriterium.

Tänk också över möjlig publicering!

Som enda stimulerande lästips vill jag ange en liten, utsökt formulerad bok som kom ut 1985: Lagercrantz Olof. Om konsten att läsa och skriva. W&W. 95s. ISBN 91-46-16892-3



Peter Olsson, Jokkmokk

Kvinnor och tarmar

Trots över 20 år som allmänläkare kan jag fortfarande stanna till och grubbla: Vad håller jag på med? Till vad nytta? Hur gör andra?

Jag har de sista åren fått en känsla av att personer med dålig mage, buller i tarmarna och problem med avföring och gaser blivit allt fler. Och kanske framför allt kvinnor med dessa besvär. I varje fall hade jag en klar känsla av att mitt rektoskoperande ökat allt mer, nästan varje vecka står jag framstupa och tittar in i mänskors inre.

Gräv där du står

Jag beslöt därför att se om jag kunde få fram lite kunskap kring detta, via vår datajournal – Swedestar. ”Gräv där du står” – visst är det spännande!

Vår systemförvaltare hjälpte mig att via sökordet ”rektoskopi” ta fram alla patienter som genomgått denna undersökning under 2002–2006 (fem år) på vår vårdcentral, Jämsjö. Vi har ett befolkningsunderlag på cirka 7 000 patienter, tre fasta läkare (nyligen fått en fjärde tjänst) som alla jobbar heltid utan alltför många sidouppgifter. Vi har ungefär lika många besök årligen, cirka 2000. Mina två kollegor är män och det finns en liten skillnad i könsfördelningen hos våra listade patienter (jag som kvinna har 68% kvinnliga patienter, mina kollegor 48% kvinnor vardera).

Vad visade då den enkla journalsökningen på våra rektoskoperade patienter?

Olikheter i vardagen

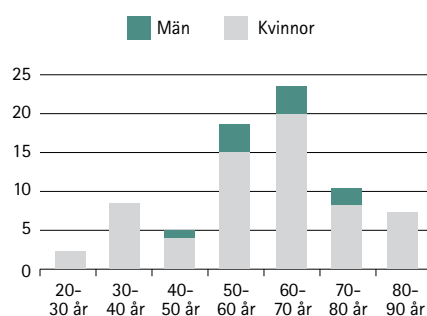
Jag blev ganska förvånad då jag såg de stora olikheterna oss kollegor emellan. Jag hade under de fem åren gjort 74 rektoskopier på 70 olika patienter, manlig kollega A: 29, manlig kollega B: 9, utbildningsläkarna 30.

Hur kan det bli så olika? Varför rektoskoperar jag så mycket och dr B så lite? Vilka undersöker jag och varför? Vad hittar jag? Är det meningsfullt att lägga så mycket arbete på detta?

Mina patienter

För att få svar på några av dessa frågor har jag därför gått igenom de 70 olika journalerna på mina egna patienter, orken och diskretionen har avhållit mig från att titta i kollegornas journaler. Jag fann då att 60 av de 70 var kvinnor. Kvinnor har mer besvär med magar, tarmar än män tydligen, eller har lättare för att söka hjälp? Eller har jag den kvinnliga övervikten i materialet för att jag är kvinna själv?

Åldersfördelningen hos de undersökta patienterna fördelade sig enligt diagrammet.



24 av de 70 undersökta hade positiva rektoskopifynd, vanligast hämorrhoider/fissurer (tolv), proktiter-IBD (nio), flertalet i de yngre åldersgrupperna. Bara en rektalcancer hittade jag av alla dessa, min äldsta kvinnliga patient. Men ytterligare två coloncancer upptäcktes vid den fortsatta röntgenundersökningen samt tio divertikuloser.

En stor grupp är IBS/colon irritabile. I min patientgrupp fann jag 25 som fick denna diagnos, varav tre män och 22 kvinnor. Behöver då denna grupp utredas med colonröntgen och rektoskopi? Visst är anamnesen viktigast, men många har långdragna och återkommande episoder, lider mycket och är oroliga och man kommer inte ifrån en utredning för att lugna och kunna lära patienten att handskas med sina problem. Min erfarenhet är att en duktig dietist kan ge bra kostråd och hjälpa denna patientgrupp.

När och varför undersöka?

Mina indikationer för rektoskopi är följande:

- Nyttillkommen avföringsrubbning, förstoppning/diarré
- Oklar järnbristanemi.
- Blod i avföringen
- Sänkestegring med mag-tarmbesvär eller positivt Actim
- Oklara bukbesvär.

De allra flesta av de som rektoskoperas genomgår också en colonröntgen, (51 av mina 70 patienter gjorde detta). De som slipper är de med klara fynd med en hämorrhoid eller fissur som ger förklaringen till besvären och som blir bra på någon veckas lokalbehandling och avföringsreglering.

Hur har ni det?

Så ser alltså min verklighet ut vad gäller dessa besvär. Hur ser den ut för dig?

Har fler samma erfarenhet angående skillnader kvinnliga och manliga patienter? Och finns samma skillnader mellan kvinnliga och manliga doktorer? Rektoskoperar vi kvinnor mer för att vi har fler kvinnliga patienter eller finns andra förklaringar? Är förhållandena på min arbetsplats inte genusbetingade utan bara personliga olikheter?

Hoppas att få synpunkter tillbaka på denna lilla utgrävning, som alltså inte på minsta vis vill vara något mer än en enkel vardagsbetraktelse.



Elisabet Ekman, Jämsjö vårdcentral
elisabet.ekman@ltblekinge.se

ANNONS

Nordiska kongressen på Island 2007

The human face of medicine in a hi-tech world

På väg in i flygbussen från Keflavik till Reykjavik fascinerades jag åter igen av det karga vulkaniska landskapet. Det var tjugo år sedan jag var här senast, men det var något nu i synintrycket som hade förändrats. Jag kunde inte erinra mig alla dessa Alaskalupiner som nu pryddes de gröna kullarna vid infarten till Reykjavik. Den fortskridande erosionen är ett stort problem, och dessa växter binder jorden bra fick jag höra. En färgklick var det allt. Annars noterade jag tecken till ökat välstånd i form av en relativt stor mängd splittrerna stadsjeepar.

Detta var den 15:e nordiska kongressen i allmänmedicin, men det var första gången som The Nordic Federation of General Practice fanns med i sammanhanget. Enkelt uttryckt är NFGP ett samarbetsorgan mellan de nordiska länderna som äger dels Scandinavian Journal of Primary Health Care, men också de nordiska kongresserna. En vision för de nordiska kongresserna har formulerats:

To become one of the world's most renowned arenas for stimulating the development of high-quality and innovative primary health care, with particular reference to the professional environment in the Nordic welfare systems.

På www.nordicfederationofgeneralpractice.com – federationens hemsida – kan man läsa mer om syftet med dessa kongresser.

Anna Stavdal, ordförande NFGP, noterade i sitt inledningsanförande med förtjusning det stora deltagarantalet: närmare 1300 allmänläkare varav ungefär 150 motsvarande ST-nivå. Svenskarna var glädjande nog nästan lika många som danskarna till antalet, närmare 300 deltagare från vardera landet. I globaliseringens tidevarv förvånade det mig föga att inte bara deltagare från de fem nordiska länderna fanns där. I deltagarförteckningen kunde man räkna upp inte mindre 22 länder. Kongresspråket var följaktligen engelska.



Utsikt över Thingvellir.

Foto: Anders Lundqvist



Scandinavian Journal of Primary Health Care firade 25-årsjubileum. Längst fram syns från vänster Jörgen Kragstrup (Danmark), Johann Agust Sigurdsson (Island), och Anna Stavdal (Norge).

Foto: Anders Lundqvist

Lancets chefredaktör Richard Horton höll ett politiskt laddat anförande med den något kryptiska rubriken, The Birth of the Metaphysician. Doktorer måste bli mer samhällsmedvetna och politiskt engagerade var hans främsta budskap. Hans kritik mot de globala orättvisorna var rättfram och skoningslös, men med volymknappen uppvriden till 11 saknade i alla fall jag en del nyanser i hans "nonsense"-framförande. Senare under första dagen hölls symposiet Social Solidarity or Commercial Profit? som kändes mer spännande i sin politiska laddning (se referat intill).

Scandinavian journal of Primary Health Care firade sitt 25-årsjubileum med att ordna ett symposium följt av förfriskningar. Den akademiska allmänmedicinen i de olika nordiska länderna genomlystes i de olika presentationerna med tankeväckande statistik och reflektioner. Tidskriftens Journal Impact Factor (det vill säga hur ofta artiklarna från den blir citerade i andra internationella vetenskapliga tidskrifter) är relativt stor, och den rankas efter ansedda British Journal of General Practice (som toppar listan över de allmänmedicinskt vetenskapliga tidskrifterna), i detta avseende. SJPHC ►►

är ju i första hand en skribenternas tidskrift, och dess framtida utseende är under diskussion i NFGP. I dessa tider av open access-publicering, med höga kostnader för tryckning etc. finns det anledning att fundera över vilket sätt att publicera som är mest funktionellt.

Det intressanta temat för kongressen fick sina kontraster belysta, förmodligen lite mer än vad som var avsikten, under de avslutande föredragen. Milestones in Molecular Medicine presenterades i hög hastighet av den i USA verksamme barnläkaren Hakon Hakonarson, medan Doctoring as Leadership: Power and Ethics in General Practice fick en betydligt mer eftertänksam inramning genom Edvin Schei, allmänläkare verksam på universitet i Bergen, Norge. Visst fanns annars en stor spännvidd i programpunkterna och sammantaget höll programmet för det mesta hög klass, men jag hade gärna sett ännu mer av vardagspraktiskt tankeutbyte. Bortsett från enstaka tidsöverdrag flöt organisationen på bra. Kongresslokalerna var ändamålsenliga, och det fanns gott om tid att träffa kollegor på fikaraster och vid posterutställningarna. Läs mer om innehållet i kongressen i artikeln intill.

Professor Marjukka Mäkelä, Helsingfors, Finland, tilldelades The Nordic Research Prize in General Practice 2007. Prissumman var 100 000 danska kronor. Håkan Bergh, distriktsläkare i Falkenberg, erhöll pris för bästa poster: Predictive Factors for Longterm Sick Leave and Disability Pension Among Frequent and Normal Attenders in Primary Health Care over 5 Years.

Socialt sett blev det en stor succé med den fina banketten (fantastisk underhållning av en gudabenådad operasångare) som kronan på verket. Dessutom bjöds det på god mat och trevliga utflykter. En stor eloge ger vi till våra driftiga isländska kollegor med professor Johann Agust Sigurdsson i spetsen, för detta fina arrangemang. Nästa gång arrangeras kongressen i Köpenhamn 13–16 maj 2009.

Anders Lundqvist

Ett lovvärt initiativ

Studierektorererna i Kronoberg, Christer Petersson och Filippa Hummer, reste till kongressen tillsammans med ett stort antal ST-läkare. Här kommer ett axplock av ST-läkarnas kommentarer:

Richard Hortons stärkande inledning där han öppnade upp för eftertanke och debatt, genom att diskutera läkarens roll i ett samhällsperspektiv, skapade förväntningar på kongressens övriga innehåll, som tyvärr inte riktigt infriades. En annan höjdpunkt var John Salinskys ödmjuka beskrivning om sitt liv som allmänläkare i London, och att påverka och låta sig påverkas och utvecklas parallellt med sina patienter. Som vanligt var det värdefullt att utbyta erfarenheter med kollegor, och jag uppskattade att få höra och diskutera hur specialiseringstjänstgöringen är upplagd i de andra nordiska länderna.

Lena Ekelius

Stimulerande och upplyftande att vi blev 17 ST-läkare från Kronoberg som gemensamt kom iväg på Nordiskt Allmänmedicinskt möte i Reykjavik. Beträffande innehållet och talarna på kongressen tycker jag att det belyser den bredd själva specialiteten allmänmedicin innefattar. Från allmänmänskligt medverkande (Richard Horton, Editor-in-chief, the Lancet) till allmänmedicinsk vardag (John Salinsky: A life in general practice,) och mer konkreta råd och tips kring hur man kan ta sig an blodfetter och kardiovaskulär risk (Håkansson och Hernborg). Klart inspirerande!

Daniel Bäck

Jag kände mig mycket rikare efter kongressen.

Monika Baldea



Foto: Anders Lundqvist

17 ST-läkare från Kronoberg tillsammans med studierektorererna Christer Petersson och Filippa Hummer besökte kongressen på Island.

Nordiska kongressen på Island 2007

Björn och Charlottes höjdpunkter



Foto: Björn Nilsson

John Salinsky

Hernborg och Håkansson – Prevention av kardiovaskulär sjukdom. Morötter eller piller till alla? En dialog om en försvarbar praktik.

Kardiovaskulär risk och praktisk medicin – hur stora är egentligen riskerna? Hur gamla vill vi bli och vad ska vi dö av? Hur mycket kan vi påverka, vem ska ta besluten och på vilka grunder? Ett paradigmskifte kommer vad gäller förebyggande av kardiovaskulär sjukdom. Hur hanterar vi förändringen? Bevittnar vi en riskpandemi som exploateras av det medicinskt-industriella komplexet? Hur kan vi kommunicera risk så att individen får en ärlig möjlighet att delta i besluten? Frågetecknen är sannerligen fler än utropstecknen.

För oss som starkt berördes av Linn Getz inlägg om hållbar och ansvarig förebyggande medicin på SFAMs höstmöte i Umeå, var Anders Hernborgs och Jan Håkanssons inlägg ett välkommet kapitel två, med praktiska råd om tillämpning av riskfaktorer och beslutsunderlag för möjliga vinster med farmaka. Vi vill se föredraget i text snarast. Det vore av stort värde att sprida det i en mycket vidare krets, exempelvis i Läkartidningen eller på Riksstämman!

John Salinsky – ett liv i general practice

John Salinsky har arbetat på samma mottagning i norra London i 33 år. Han undervisar och leder Balintgrupper. Han har skrivit böcker om läkekonst och anser att Tolstoy kan lära oss mer



Foto: Björn Nilsson

Andri Snaer Magnason

om våra patienter än en lärobok i psykologi. Salinskys föreläsning var lärorik och underhållande. Ett levande bevis på att det går att fortsätta att arbeta i samma distrikt ett långt läkarliv, och fortfarande ha glädjen i arbetet kvar. Salinsky berättade hur hans idéer förändrats med tiden, hur han balanserat vetenskap mot personliga relationer till sina patienter, och om glädjen i att se deras liv utvecklas parallellt med hans eget.

Andri Snaer Magnason

är en isländsk poet och skribent med en läkare som far. Inför sitt deltagande i symposiet "Good doctoring in a globalized, hi-tech world" läste han den hipokratiska eden och började undra om det inte borde läggas till något:

– Är det inte en viktig medicinsk uppgift att bry sig om, inte bara enskilda individer utan också hela samhället?

Magnason kom nyligen ut med boken "Drömlandet" som handlade om Island, och orsakade stor debatt. Han fick det isländska litteraturpriset 2006.

Iona Heath och Steinar Westin

– Solidariskt samhälle eller kommersiell profit – utmaningar för 2000-talets vård Titeln är utmanande, och efter symposiet blev det också en debatt där det hettade till. Iona är en för AllmänMedicins läsare välkänd GP i London, tillika hedersmedlem i SFAM. Steinar Westin är allmänmedicinare och professor i samhällsmedicin i Trondheim tillika engagerad samhällsdebattör.

Sjukvårdssystemen i Norden har mycket gemensamt med brittiska National



Foto: Charlotte Holst

Iona Heath och Steinar Westin

Health Service (NHS). Men kombinationen av offentlig finansiering, solidaritet och rättvisa kan försvinna i en värld där vårderna nu öppnas för privat profit. (Då skall man veta att i Storbritannien är GPs av tradition egna företagare men med ett samhälluppdrag, i likhet med allmänmedicinerna i Norge och Danmark. Det de har gemensamt med Sverige, där merparten allmänläkare är offentligt anställda, är den offentliga finansieringen. De har ingen eller liten kostnad för läkarbesök, och patienterna knyts till sin egen läkare. När dessa system luckras upp, som nu i England där man börjat lista på mottagning, inte på doktor, så öppnar man för storbolag att ta över mottagningar, vilket har lett till kraftiga protester.) Marknadsbaserade lösningar kan underminera idealen om likhet inför läkaren och kontinuitet i vården. Cityakuter eller olika mottagningar för "instant care" med direkt tillgång till specialiserad vård introduceras i Norden och ännu mer i brittiska städer. I Norden och i Storbritannien kan de gamla värdena av ömsesidighet, socialt ansvar och delaktighet återupptäckas.



Foto: Ingvi Guðjón Geirmundsson

Charlotte Holst och Björn Nilsson, Västerås
charlotte.holst@ptj.se bjorn.nilsson@ptj.se

ANNONS



The Golden Gate to broader knowledge!

I skuggan av den fantastiska Högakustbron på Hornöbergets närmast poetisk vackra konferensanläggning hölls VII:e nationella konferensen i glesbygdsmedicin i slutet på april. Salen var full, hotellet utsålt och vädret fantastiskt.

Ordföranden i Svensk Förening för Glesbygdsmedicin Anders Ehnberg hälsade alla välkomna och noterade en deltagarspridning från Göteborg till Norrbotten, med lägst antal i vardera änden! Inledningsanförandet hölls sedan av primärvårdsdirektör Lennart Moberg, Västernorrland.

Grönland

Därefter globaliserade vi oss via AT-läkarna Jesper Eriksson och Jan Stenberg på Ånge VC, som redogjorde för hur det varit att göra en månad av sin Primärvårds-AT på Grönland. Vårdcentralen de arbetade på var en liten sjukstuga med operationsrum och möjlighet att sköta förlösningar. Grönländarna har 10 års kortare livslängd, högre spädbarndödlighet och fler självmord än i större delen av västvärlden. Utanför huvudorten fanns småbyar i väglöst land och på öar.

Vid bra flygväder kunde man ta sig ut dit, samt remittera till centralsjukhuset. Vid dåligt flygväder fick det gå ändå med hjälp av skoter eller båt. Folk får arbete på skola, dagis, sjukhus och med fiske men samhället går helt enkelt inte ihop, vilket är deprimerande.

På akutrummet

Därefter var temat Sviktande vitalfunktioner i primärvården, där IVA-läkare Lars Sundholm, S:t Görans sjukhus i Stockholm, redogjorde för en endagars primärvårdsanpassad kurs "På akutrummet" med extra fiffigt utrustade övningsdockor. Kursen är granskad och godkänd av IPULS och SFAM. Tidig, det vill säga på vårdcentralen i såväl stad som land, identifiering av adekvata åtgärder räddar liv och förbättrar prognos. Allmänheten förväntar sig att första linjens sjukvård ska klara detta. Vi fick en del smakprov, till exempel handfast differentiering av chock: lyft upp benen 45 grader – stiger blodtrycket så är det troligen inte kardiellt orsakat. Går blodtrycket upp kan du ge vätska. Vikten av medelartärtryck (MAP) = diastoliskt (systoliskt – diastoliskt/3) poängterades, även om man kan ha systoliskt blodtryck > 100 som ett enklare mål för påvätskning. Som sepsis-antibiotika rekommenderas enligt nationell överenskommelse av infektions- och IVA-specialister numera meropenim (Meronem) vid transport > en timme. Vid KOL ska målet vara SO₂ 88–90%. Man får inte vara rädd för syrgas så att patienten har lägre syremättnad än så... Eller för att sammanfatta det: gå kursen, förslagsvis läkare och sköterska ihop.

Hemokromatos

Det vetenskapliga programmet fortsatte med en oerhört stimulerande föreläsning

om Hemokromatos av överläkare Sigvard Olsson, från Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, även väl förankrad i den jämtländska glesbygden. Det finns fortfarande isolat av sjukdomar i olika äldrar. Hemokromatos är den vanligaste genetiska sjukan hos kaukasier, som kan resultera i hepatocellulär cancer hos de få som får cirros. En mutation, som man tror inträffade för över 2 000 år sedan, ger järnöverskott med högt transferrinin och högt ferritin. Man kan även ta ett gentest. En intresserad glesbygdsdoktor kan sköta handläggningen av patienterna när diagnosen väl är satt, men patienterna går tyvärr ofta oförstådda länge dessförinnan. Det ska inte behöva gå så illa som för Michael Rickfors, som i Aftonbladet redogjorde för sin ökenvandring i sjukvården ända till någon slog huvudet på spiken och gjorde honom frisk 30 l blod senare.

Annika Ljung från Ljusdal redogjorde sedan för deras fyradagarskurs i Akutverksamhet i primärvård. Man planerar nu utöka upptagningsområdet från Hälsingland till hela Sverige, och man sökte liksom akutrumskursen allians med Glesbygdsmedicinska föreningen.

I väntrummet

Andrée Wennstig och Fredrik Alsén från Sundsvall redogjorde för sitt ST-projekt, en intervjustudie om "Patienters förväntningar, farhågor och känslor inför läkarbesöket". Personers uppfattning om ►►

varför man går till doktorn var skiftande – ”eftersom homeopaten dött så tänkte jag att...”. De två värsta farhågorna var att man skulle få veta att man ska dö, och att inte doktorn ska lyssna på en. De flesta hade inte orealistiska förväntningar på utredning eller bot. En vanlig dag på vårdcentralen kan omfatta 15 patienter med tillsammans 60 problem, 150 farhågor, 70 förklaringar till sina problem och 150 förväntningar. Inte undra på att det tar på för doktorn att koncentrera sig!

Lars Carle från Övertorneå, gick igenom risken för en förödande utveckling där organisationsförändringar nästan per automatik nedvärderar det perifera. När så läkarna abdikerar från maktpositionerna till förmån för mer lättstyrda yrkesgrupper, är det än mer förödande för glesbygden. Ingen tar ett långsiktigt ansvar för att vården är hälsoekonomiskt optimerad ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Läkekonst och jazz

Till sist före middagen talade gamle folkskolläraren, författaren Nicke Sjödin, själv som nyfödd jorddragen under en rot när månen stod i nedan, om ”Läkekonst förr i världen” i Norrlands inland, där avstånden var så stora att det var närmare till bortamatchen än till hemmamatchen. Han funderade även över livets motpoler vinterkräksjuka och sommarsolståndet, samt konkluderade att: ”till en doktor gick du en enda gång, o då dödde du!”.

Efter en ljuvlig middag spelade så Barfota Jazzmen upp, där bland andra den fullständigt fabulöse klarinettisten Kjell Sundin trollband oss helt sakralt när den klotröda solen brände ner bakom bron med Ångermanälven i bakgrunden, utklassande även en kombination av New Orleans Mississippi och San Fransiscos Golden Gate. Vi var lyckliga.

Internationell utblick

Nästa dag inleddes med det idépolitiska programmet under Anders Ehnbergs ledning. Peter Berggren redogjorde för risken för avveckling av de sju sjukstugorna i Lappland, och gjorde sedan en internationell utblick och jämförde med

den nya satsningen med Community Hospitals i Skottland, där små välutrustade sjukhus byggs ut, och i USA där över 1000 ”rurala” samhällen nu har ett ”Critical Access Hospital” i en sentida mycket offensiv satsning. I Norge och Australien finns liknande system, som här med svårigheter att rekrytera folk. I Australien har man börjar specialrekrytera folk i glesbygden som kan förväntas stanna kvar. Man har även upptäckt att student med glesbygdbakgrund är som O+ blod – kan användas till allt!



Glesbygdsp profilerad specialistutbildning

Sjukvårdschefen i Västerbotten, Mats Brännström, ”tidigare läkare” som han själv sa, samt primärvårdschef Tommy Renström från Jämtland och primärvårdsdirektör Lennart Moberg från Västernorrland, spann nu vidare på detta. Det visade sig att dom tillsammans med kollegor från Norrbotten bestämt sig för att sluta ”bara snacka” utan ”göra verkstad”, och försöka skraddarsy glesbygdsp profilerad läkarutbildning som en informell gren av allmänmedicinen. Man förutspådde en snar inbjudan till Föreningen om att delta i en ”tankesmedja” i ärendet, både för operativt tänkande och planerande av en studierektorsfunktion, och där den nära verkligheten går över i en dröm, en akademisk förankring kanske i ett lektorat.

Nordiskt vemodsdrickande

Det medicinska programmet avslutades sedan med en alkoholföreläsning av Peter Berggren, Storuman, och psykolog Jack Winberg, Beroendepsykiatri i Umeå. I Sverige dricker män 14 liter och kvinnor sex liter ren alkohol om året, och 10% av oss sätter i sig hälften av detta! SBU har evidens för att en kort intervention kan ändra mönstret hos ej beroende högkonsumenter, och att för beroende kan det fungera med farmaka och strukturerad psykosocial behandling. I Storuman är man mycket på hugget exempelvis vid nyupptäckta rattfyllor. Det visar sig även att det nordiska vemodsdrickandet har spridit sig söderut på kontinenten, en export att vara föga stolt över.

Hälsingland nästa år

Hela konferensen slutade med det formella årsmötet, där vi såg tillbaka på ett framgångsrikt år med framträdande på Läkarsällskapetets tisdagssammankomst som en höjdpunkt, samt gladdes åt att vi nu i pipeline har några av våra drömmar – medverkande i kurser för sjukvårdare i glesbygd samt en skraddarsydd utbildning för glesbygdsläkare med ett formaliserat och landstingsförankrat innehåll i sikte. Anders Ehnberg i Strömsund omvaldes till ordförande, och en nygammal styrelse konstituerades. Måtte det snart ha gått ett år så vi får dra till Hälsingland för det VIII:e nationella mötet – missa inte det du!



Foto: Daphne Macris

Lars Agréus

Öregrunds vårdcentral och Centrum för Allmänmedicin, Karolinska Institutet
Lars.Agreus@ki.se

Om meningsfullhet och hopp – och ett tydligt uppdrag

Foto: Svenja Kratz



I januari åkte jag och min dotter Maria på en kombinerad studie och semesterresa till Durban, Sydafrika. Vårt mål var sjukhuset McCords. Maria skulle skriva ett projektarbete om HIV/AIDS och vi hade möjligheten att för en vecka avsluta på sjukhusets HIV-klinik, och tala med både personal och patienter.

I Sydafrika finns inget nationellt sjukvårdssystem, man kan söka vilken läkare som helst, och vilket sjukhus som helst. På de statliga klinikerna kan man få gratis vård, men väntetiderna är långa och – enligt vad vi fick höra – bemötandet ofta sämre än på privata vårdinrättningar.

McCords

McCords är ett sjukhus med nära 100-åriga anor, som från början var ett missionssjukhus för Zulufolket. Det drivs nu som en stiftelse, fortfarande med kristna förtecken. Det har cirka 120 bäddar, ki-

rurgiklinik, internmedicin, förlossning och BB och en liten barnavdelning. Det finns ett "Medical Centre" med både specialistmottagning och allmänmedicinsk mottagning, samt air condition och tidsbeställning.

Akutmottagningen för "out patients" saknar både tidsbeställning och luftkonditionering. Här är det både varmt och rörigt, och överfullt med folk från klockan sex på morgonen. Läkarna arbetar vid små skrivbord i varje hörn, men standarden på behandlingen är god. Mindre operationer med höga krav på skicklighet och sterilitet utförs.

HIV-klinik

"Sinikithemba" är zulu och betyder *Vi ger hopp*, eller *Ge oss hopp*. Det är också namnet på sjukhusets HIV-klinik, vilken var det huvudsakliga målet för vårt besök. Verksamheten startade några år innan bromsmedicinerna blev tillgängliga, som en stödverksamhet för HIV

och Aidssjuka. Då var det enda man kunde göra att med så goda levnadsvanor som möjligt stärka immunförsvaret, och behandla andra infektioner, framförallt TBC. Många, många har TBC och dess utbrott är ofta anledningen till att HIV-smittan identifieras. Man noterade att meningsfullhet i tillvaron, gemenskap och god sysselsättning ökade både upplevd hälsa och överlevnad. Utifrån denna kunskap startades terapiverksamhet. I Sydafrika sjunger man när man arbetar, och en kör bestående av enbart HIV-smittade (varav flera var personal på sjukhuset) startades. Denna har sedermera turnerat i USA vid ett flertal tillfällen. Sjukhuset bedriver forskning i samarbete med Harvard, och det är genom den kontakten turnéerna kommit till. Kören sjöng på invigningen av WONCA 2001, och de har en CD inspelad, och en DVD.

Till Sinikithemba kommer de människor som inte har rätt till Medical Aid, ►►

det vill säga sjukförsäkring. Situationen har ändrats dramatiskt sedan bromsmedicinerna blev tillgängliga. Medicinen är inte gratis, men priserna är starkt subventionerade. Man följer sina patienter från konstaterad smitta och framåt.

Kliniken är liten, i utkanterna av miljonstaden Durban. Här träffar man 4–5000 patienter/år, lika många som samtliga som lever med HIV i Sverige idag. Man är långt framme i utvecklingen, sannolikt då man startade verksamheten tidigt, och redan i inledningsskedet såg till att möta hela den sjuka människan.

Noggrannhet och tydligt uppdrag

Behandlingen följer två spår, som är nära kopplade organisatoriskt, men utförs av olika människor. *Counselling och training* det vill säga rådgivning/själavård/psykosocialt stöd utförs av kuratorer, socialarbetare och en pastor. Det finns en utbyggd barnverksamhet, med lekterapi och sysselsättning, rådgivning till far- och morföräldrar (föräldrarna är ofta döda), och en fond för mediciner och utrustning till barn som inte har råd med behandling. På den här kliniken får man inte en tid till doktorn, utan en dag till doktorn. Man kommer på morgonen, registrerar sig, och får en klisterlapp med ett nummer på handen, och väntar på sin tur. Väntetiden används till lek, undervisning och rådgivning.

Den medicinska delen sköts på själva mottagningen av läkare som i de flesta fall är påtagligt unga, civilklädda och vita (eller indiska), och sköterskor som oftast är Zulu och bär uniform. Mottagningen ser ut som en villa med massor av hörn och prång, små mottagningsrum vars utrustning inte nämnvärt skiljer sig från en svensk allmänläkarmottagning. Men några saker slog mig särskilt i deras arbete med HIV-patienterna: Noggrannheten och det tydliga uppdraget, hoppfullheten och glädjen i att kunna behandla, patientansvaret för sin egen sjukdom och hur man försökte utrusta patienterna inför det. I den medicinska mottagningen handlar nästan ingenting om patientens psykiska mående, men i konceptet för omhändertagande, så är alla delar med.

Resistensutveckling

Noggrannheten inför medicinering är fascinerande och lärorik. En patient som är HIV-positiv kontrolleras med två värden – CD4 (T-hjälpar-celler) och Viral Load. Det senare mäts inte förrän man börjat behandla. När CD4-värdena kryper under 200 är det dags att överväga behandling med bromsmediciner. Viral Load ligger då vanligen på några miljoner, men målvärdet är ”undetactable” (<50) och det är sedan måttet på att man inte utvecklar resistens. Jag hade inte detta som aktiv kunskap hemifrån, men fick snabbt lära mig. Om resistens utvecklas så kan man i Sverige göra genotypning och få fram vilken av medicinerna resistens utvecklats emot, men det har man inte råd med här. Vid resistensutveckling måste alla mediciner bytas ut. Det är därför oerhört viktigt att man är noggrann med sin medicin. Många är analfabeter eller läser dåligt, många förstår inte heller engelska. Innan man får börja medicinera, måste man genomgå utbildning. Den utförs i grupp, och jag fick tillfälle att delta. Undervisningen är delad på tre tillfällen, det första handlar om värdet av att berätta om sitt HIV-status, för sina närmaste, och förmå dem

att testa sig, den andra handlar om hur man lever med HIV och den tredje om medicineringen. Undervisningen sker på zulu, men det viktigaste intrycket var den avspända dialogformen, frågor, svar, skratt, diskussioner. PPT-presentationen var delvis på engelska, den kunde jag förstå. Jag deltog i den del som handlade om vikten av att ta sin medicin. Praktiska tips lärs ut, som t.ex. att ställa tiduret på mobiltelefonen (många fler än jag trodde, har en sån), ha en ”medicineringskompis” och hjälpas åt att påminna varann, skriva stora lappar eller lägga medicinen i dosett. Alla uppmanas att lära sig (de rätt krångliga) namnen på medicinerna, Alla får så småningom hos doktorn sin ”Treatment Plan” med bilder på medicinerna inklustrade på rätt tidpunkt. Varje person bestämmer själv vilken tid man ska ta sin medicin – morgon och kväll – och detta antecknas som ett kontrakt. När man sedan kommer på återbesök finns kartor med mediciner uppklistrade, där man får peka och upprepa hur man tar medicinen. Åh, vad jag plötsligt avskydde alla våra små vita piller och generikabyten, där mediciner inte bara ser olika ut, utan också heter olika från gång till gång...



Maria Svensson framför muren vid Sinikithemba.

Foto: Anna-Karin Svensson



Foto: Anna-Karin Svensson

Compliance.

Delat ansvar

Det är påtagligt hur ansvaret fördelas mellan läkare och patient och tydliggörs. Jag var ganska förskräckt över den låga graden av patientcentrering i konsultationstekniken, och därför blev insikten om den respekt som ändå finns i mötet mellan läkare och patient så påtaglig. Det var tydligt att läkare och patient på ett sätt kommer från olika världar, men möts i ett samarbete runt kampen mot sjukdomen. Även samtalen med läkarna på de avstressade och väl tilltagna tepauserna, gav intrycket av stor arbetstillfredsställelse och meningsfullhet i att vara med och påverka livet så påtagligt till det bättre för människor. Kliniken hade inga problem att få tjänstgörande doktorer.

Intervjuer och konsultationer

Min dotter fick chansen att intervjua två personer som var HIV-positiva. De har båda kommit till sjukhuset som patienter, och så småningom anställts, den ena som forskningsassistent, den andra i barnverksamheten. Ganska många i personalen är HIV-positiva. Både i de intervjuer min dotter gjorde, och i de patientkonsultationer jag fick delta i, speglades svåra livsöden och mängder av sorg. En far kom med sin nioårige

son, som upptäckts vara HIV-positiv för några år sedan, när hans TBC bröt ut. Hans mor hade dött i bröstcancer strax efter hans födelse, och hon var aldrig testad, men hade ju med all säkerhet smittan. Han var nu AIDS-sjuk, med hepatomegali och trött blick. Hans TBC var nu under kontroll så att han kunde börja medicinera. Läkaren förklarade för honom att han hade "soldater i blodet" men att hans soldater är få och sjuka, och måste ha hjälp. Det tog hårt att se de sjuka barnen. Uppemot hälften av de ungdomar man möter på gatan i Durban kan bära på smittan. Även om det nu finns tillgång till bromsmediciner, så finns de inte i den utsträckning som skulle behövas, och misstron mot att testa sig och komma till behandling är stor. Tilltron till traditionell medicin är också stor bland många, och det ställer till mycket, både oväntade interaktioner, terapiavbrott och ekonomisk ruin. Många män tillåter inte sina kvinnor att testa sig. Detta var särskilt tydligt i den del av verksamheten som handlade om att skydda ofödda barn mot smitta. Den leds av en mycket klok barnmorska. I hennes arbete såg jag en tydlig patientcentrering, och hon beskrev ingående hur viktigt det är att göra klart för sig hur patientens värld ser ut, för att kunna

motivera till testning, och medicinering om man skulle visa sig positiv. Hon berättade om ofta förekommande duster med fäder, men även om många praktiska svårigheter för papporna, som inte får ledigt från arbetet för att komma och testa sig (om man nu över huvud taget kan tala om det på en arbetsplats) och där långa resvägar utgör hinder.

Meningsfullhet och hopp

Det går naturligtvis inte att under en veckas tid hinna få en rättvisande bild av landet, sjukvården eller situationen för de HIV-smittade i Sydafrika. Vad jag däremot fick, var möten med människor, både personal och patienter, som påverkat min syn på mig själv och mitt arbete här i Sverige, och som gjort världen större. Jag tror mitt viktigaste intryck är spännvidden mellan det stora behovet och den meningsfullhet och det hopp som jag upplevde både hos många patienter som förbättrats, bland läkarna och personalen. Detta är värt att reflektera över. Är det behovets storlek, eller tydligheten i uppdraget, som är avgörande för hur meningsfull man upplever sin uppgift?

Sydafrikas befolkning: ca 47,5 miljoner
Andel smittade: 12% cirka 5,5 miljoner
Andel smittade i Kwa-zuluNatal (Durban): 30%
Antal smittade i Sverige: cirka 3800 personer
McCords hemsida: www.mccords.org.za



Anna-Karin Svensson, Sandviken
anna-karin.svensson@sfam.a.se

Integration är vår specialitet!

Allmänmedicin som yrke och vetenskap.

Vad är egentligen en vetenskaplig *specialitet* som allmänmedicin? Vad har det att göra med vårt arbete som distriktsläkare i primärvård? Jag ville prova om de begrepp som Sven-Eric Liedman använde i ett kort avsnitt i sin prisbelönta bok, "I skuggan av framtiden, modernitetens idéhistoria" (Specialisering och integration), kunde kasta nytt ljus över dessa frågor. Jag förhåller mig helt fritt till den inspirerande texten som egentligen behandlar motsatsen till det jag vill undersöka; framtiden för generalisten.

Specialitet – profession

En vetenskaplig *specialitet* är ett allmänt accepterat *arbets- och kompetensområde*. Dessa sammanfaller inte nödvändigtvis. Specialisering är inte detsamma som *arbetsdelning*, tvärtom för generalisten. Här finns en pedagogisk svårighet i förhållande till både kolleger, politiker och allmänhet. En *profession* beror alltid på ett *beslut* och regleras ofta av en officiellt sanktionerad examen efter en speciell utbildning. Professionen blir inte alltid en specialitet. Utbildningen kan vara en ren yrkesutbildning. Historiskt har allmänmedicinen tillkommit senare än professionen.

När man talar om den växande specialiseringen i det moderna samhället, till exempel inom vetenskapen, menar man främst den *interna specialiseringen*. I vårt samhälle har den *samhälleliga* specialiseringen, det vill säga den genomsnittliga nivån i befolkningen utvecklats enormt på någon generation. Avståndet till majoritetens kunskaper och färdigheter utgör en viktig aspekt av vårt arbetsfält.

Underordningen

Den alltigenom underordnade är inte, men kan under vissa omständigheter bli specialist. Sjuksköterskor specialiserar sig och kan forska inom omvårdnad, även undersköterskor har disputerat. Allmänmedicinens underordning märks tydligt

i så gott som samtliga övriga specialisters pretentioner på att vilja bestämma innehåll i allmänmedicinens arbets- och kompetensområde. Det omvända är ovanligt och oftast otänkbara. När volymen av något kliniskt problem når en tillräcklig storlek, förväntas det hanteras inom primärvården efter sub- eller organspecialisternas instruktioner oftast utan resurstillskott. Däremot är väl revstrider gentemot ålders- och könsspecifika specialiteter (pediatrik, gynekologi och geriatrik) för tillfället relativt lugna.

Teoretiska bestämningar

Allmänmedicinen definieras utifrån existerande praxis som kan skilja något mellan stad och glesbygd. Även i svenska och europeiska måldokument för utbildning är teoretiska bestämningar sällsynta. Ibland förekommer den oselektade kontakten med alla förekommande hälsoproblem, avgränsningen sjukt/friskt och upplevd ohälsa. I riskbegreppets expansion har marknadsintressen gjort gemensam sak med folkhälsoansvar. En uppräknings av sjukliga tillstånd i katalogform blir ofta ytlig och fångar inte essensen i generalistens kompetens.

Aktuell norrbottensk akademisk forskning inom allmänmedicinen har varit i totalmaterial av en sjukdom, porfyri (C Andersson), förekomst av gastroscopiska fynd i en totalbefolkning (P Aro, J Ronkainen), äldre kvinnors hälsa (A Forssén) och effekter av läkarbesök (A Andén).

Integration

– motsatsen till specialisering

I vårt arbete får vi ständigt pröva att integrera ny kunskap, och argument från det medikoindustriella komplexet med vår egen erfarenhet i mötet med den individuella patienten. Lite tillspetsat kan man säga att vi som generalister blir specialister på integration. Det finns en mängd tillfällen i historien på oförutsägbart utveckling när det slagits bryggor mellan

olika vetenskaper – nanoteknologin är ett sentida exempel.

Evidensbaserad medicin, EBM, är en integrativ möjlighet för allmänmedicinen. Det finns dock en risk att den fräscha ifrågasättande kritiken, från underläge, mot gammal dåligt underbyggda evidensbaserade behandlingar och rutiner, nu slår över i nya dåligt genomtänkta evidensbaserade tvingande normer.

Parat med medikalisering, att den medicinska vetenskapen omfattar alltmer av både människors vardag och ambitionen att även innefatta hälsoekonomi, ligger den farliga scientismen på lur. Effekten kan bli att vi alltmera avlägsnar oss från det humanistiska innehållet, det grundläggande moraliska i patientmötet.

Kuhn (vetenskapshistoriker känd bland annat för paradigmatteori) menade att enhetsvetenskapen var en omöjlighet. Några av EBM:s företrädare verkar ändå ha den positivistiska utopin för ögonen. Den universellt kunnige renässansmänniskan kunde behärska sin tids vetenskap. Både behavioristen Skinner och samhällsfilosofen Marx nämns som utopister om en framtida avspecialisering. Upplysningen har numera inte företrädare framför expertiden. Det är vidare viktigt att skilja på tvärvetenskap och generalism.

Drivkrafter till specialisering och integration

På frågan vad som driver specialiseringen av vetenskapen finns dels de som betonar den inomvetenskapliga utvecklingen, och dels de som framhåller yttre faktorer. Liedman föreslår en kompromiss; det är *användningen* av vetenskapen som avgör: han delar upp i en praktisk materiell aspekt, en administrativ och slutligen en ideologisk eller ideologikritisk.

Utvecklingen av subspecialiteterna påverkar vår verksamhet. Frågan är vilken roll ideologikritik mot exempelvis riskfaktorepidemin har i praktiken?

Vad beror skillnaden i genomslag mellan svensk och norsk allmänmedicin på? Är det fråga om historiskt skilda rekryteringsbaser eller personligheterna? Det behövs en kritisk massa av allmänmedicinsk medvetenhet. I Sverige har vi haft betoning på biologisk, naturvetenskaplig internmedicinsk kunskap. En särskiljande fråga har varit samhällsperspektivet i motsats till det individuella ansvaret gentemot patienten. En annan är avgränsningen i diskussionen om närsjukvård och närakuter. En rimlig tolkning är att sjukhusens sekundärvård numera saknar generalister bland både kirurger och medicinare. Att en underbemannad allmänmedicin ska kallas in och underställd lösa sjukhusens problem, när man har som grundläggande uppgift att vara tillgänglig för sina patienter dagtid är felaktigt tänkt. Det förekommer i många olika varianter i hela landet.

Kvalitet

Begreppet har fått ny aktualitet. Politiska beslutsfattare och beställare i den gemensamt finansierade sektorn behöver kriterier för att skriva tydliga kontrakt. Riskerna är stora då de mått och indikatorer som väljs kommer att bli styrande inte minst ekonomiskt. Här finns många lömska fallgropar och risk för byråkratisk stagnation av vårt arbete och specialitetens utvecklingsmöjligheter. Privata enskilda näringsidkare kan då vara mera utsatta jämfört med offentligt anställda som åtminstone hittills varit obenäga att anamma tveklaktiga mätmetoder. När "öppna jämförelser" används i nationella kvalitetsregister är det avgörande att förstå begränsningarna, att det handlar om intern process och utförandekvalitet och inget annat.

Datorn

Liedman citerar Marx om alienationen: "Vetenskapen existerar inte i arbetarens medvetande utan verkar genom maskinen som en främmande makt på honom". Jag vill påstå att vi underskattat datoriseringens negativa inverkan på vår produktivitet. Visst hanterar vi större datamängder och information idag än för 15 år sedan, men främst dåligt utvecklad

programvara och i vissa fall även undermåliga hårdvaror, gör att vi ännu inte gjort någon tidsbesparing. Tendensen är den motsatta, vi tillbringar alltmera tid framför skärmen och allt mindre i direkt patientarbete. För mig har det varit uppenbart när jag växlat mellan arbete i bistånd under enkla förhållanden och tjänstgöringen i vårt välorganiserade system.

En mera strikt strukturerad och kortfattad datorjournal borde begreppsligt skiljas från "fritexten" som är det personliga mellan läkare och patient.

Bifurkation

Enligt Blaus bifurkationsteori accentueras utvecklingen mot experter och en alltmera okvalificerad massa medan mellannivån avfolkas. Det drabbar även den vetenskapliga hierarkin och det kan då ifrågasättas om det verkligen behövs forskning i ryggen för en historielärare eller socionom (eller allmänmedicinare vill jag tillägga)? Ett litet fåtal av allmänmedicinare disputerar. Detta speglas även i organisationen. Numera finns i Norrbottens läns landsting fyra nivåer över mig utan (allmän)medicinsk kompetens och under ingen.

Hänvisningen

Utmärkande för en vetenskaplig text är hänvisningen, referensen [1].



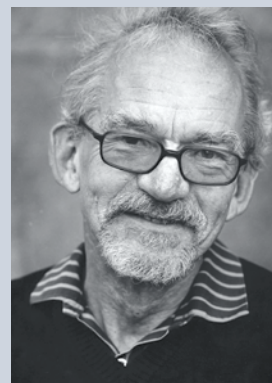
Peter Olsson, Jokkmokk
peter.olsson@nll.se

Referens:

1. Liedman Sven.Eric. I skuggan av framtiden, modernitetens idéhistoria. 1996. S 291-314. (Specialisering och integration.)

LÄSTIPS

till den som vill vara väl förberedd till höstmötet på Gotland där Sven-Eric Liedman ska tala om Frihet och Solidaritet!



Sven-Eric Liedman



Att se sig själv i andra.
Om solidaritet. 1999.



Tankens lätthet, tingens tyngd.
Om frihet. 2004.

SJUKA PENGAR

En svensk insider skakar läkemedelsindustrin

Peter Rost är den svenske läkare som i 20 år arbetat i läkemedelsindustrin och som fick avsked som vice vd i Pfizer. Detta efter att ha försökt rensa upp i Pharmacias skumraskaffärer med försäljning i USA av tillväxthormon utanför godkänd indikation. När så Pfizer slukade Pharmacia fick man Rost på köpet. Någon sanningssägare ville man inte ha. Rost isolerades, trakasserades och kampen mellan läkemedelsjätten och Rost, som i media framställdes som en "whistle blower", startade.

Boken kan läsas som en spännande berättelse; hur David lurar Goliat och sätter de mest infernaliska strategier för stenkastning i verket – med insikt om kolossens blinda fläckar psykologiskt och dess rörelseoförmåga inför den amerikanska opinionen. Rost spelar skickligt på traditioner från självständighetsförklaringens dagar och på en antikapitalistisk retorik; att fattiga människor och skattebetalare inte ska behöva punga ut med miljarder i onödan, därför att läkemedelsindustrin trissar upp priser, vilseleder konsumenterna i sin information och motsätter sig konkurrens från generika och andra väl beprövade metoder i Europa.

Boken belyser i själva verket mycket av demokratins tillkortakommande i ett land som USA där jättebolagen krossar enskilda människor, ställer anställda trotjänare på bar backe och via köpta advokater och lobbyister sätter regler för medicinsk säkerhet och social anständighet ur spel. Det är ingen tillfällighet att Rost i höst, i USA och Sverige, ger ut en thriller. Han har känsla för det dramatiska. Sjuka Pengar ger en illustration av hur kampen mot övermakten riskerar att omforma sanningssägaren, driva in honom eller henne i ett hörn där rättshaveri och Ibsens "En folkefiende" ligger nära. Rost går otvivelaktigt över gränsen vid några tillfällen, bland



Sjuka Pengar. En svensk insider skakar läkemedelsindustrin
Peter Rost
Förord av Arne Melander
Pagina Förlag AB/Optimal Förlag 2007. 232s.
ISBN 978-91-7241-130-2.

annat i redovisningen av sexuella förbindelser inom företaget, men rätar upp kursen och säger sig ångra vissa saker. Rost måste ges ett erkännande att han inte döljer sina felsteg, men om det ändå finns självzensur i denna historia är svårt att bedöma.

Sägs det något nytt om läkemedelsindustrins agerande? Knappast. Ett antal kritiker sedan Olle Hanssons dagar – det svenska vittnet i oxikinolinskandalen – har visat hur läkemedelsindustrin konsekvent tonar ner biverkningsproblem, gynnar indikationsglidning och satsar på medel för sjukdomar och konstgjorda tillstånd, som kan ge profit – detta i stället för angelägna terapibehov i väst och fattiga länder. Vidare hur industrin manipulerar informationen och har stora delar av läkarkåren i ett mentalt järngrepp – fastän inte läkarna vill begripa

det – och tillika infiltrerar kontrollerande myndigheter, läkarsammanslutningar och patientorganisationer.

Det nya är att det är en toppchef inom läkemedelsindustrin som genom autentiska dokument och egna erfarenheter bekräftar att just så här går det till. Och det är inte någon avfalling, som blivit vänsterextremist som talar. Rost är positiv till mycket i läkemedelsindustrin och vad den har gjort under efterkrigstiden. Han har inget emot vinst och de drivkrafter som är en del i den kapitalistiska ekonomin. Kanske glömmer han att dessa drivkrafter just genererar de avarter, olagligheter, och kriminella individuella belöningar han bekämpar. Och han har inte själv blivit lottlös. Kanske inhöstar han ytterligare medel i skadeståndsprocesser mot sin tidigare arbetsgivare?

Det är alltså något knepigt att värdera Rosts motiv och jag drar mig därför att inordna Rost i skaran Bofors Ingvar Bratt, Polhemsgårdens Sarah Wägnert och Anders Ahlmark, fången på fyren. Det hindrar inte att hans bok är ett mycket viktigt dokument. Framtiden får utvisa Rosts plats bland avslöjare. Att han kommer höra tala om sig i USA, men också i den svenska debatten, står helt klart. Efter att han sommarpratade i P1 levererade TT ett telegram från insidern Rost: de multinationella bolagen har satt i system att genom transferpriser mellan lågskatteländer eller skatteparadis och Sverige undgå att betala skatt – således skattesmitning. Men bolagen förväntar sig samhällsservice av alla slag, god moral hos anställda och respektfullt bemötande – inklusive gentemot toppdirektörerna. Rost kallar dem offentligt rövarbaroner.

Bengt Järhult, VC Bäckasinen, Ryd
bengt.jarhult@lj.se



Kompetensportföljen

Ett samarbete mellan Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet har resulterat i www.kompetensportfoljen.se. Den är redigerad och anpassad för olika utbildningsnivåer.

Jag har provat den del som vänder sig till färdiga specialister.

Är den bra? Ja, denna webbaserade portfölj är lätt att använda. Det är tydligt angivet att jag ska notera hur olika aktiviteter skall följas upp, och de fiffiga möjligheter som erbjuds till summering av tider och kostnader som jag lagt ner i min kompetensportfölj är bra. Det finns också utrymme för kommentarer.

Hur kommer den att användas? Det är givetvis helt avhängigt av vilken nytta, och vilket behov jag som utbildningsläkare eller färdig specialist har av den. Kommer sjukvårdshuvudmannen kräva redovisning av innehållet? Kommer det att finnas koppling till ekonomi? Dessa frågor är av avgörande betydelse. Annars blir detta bara ett ambitiöst projekt som några intresserade har glädje av. Vi har sett flera gånger hur olika sjukvårdshuvudmän tillfälligt använt ekonomiska incitament för att läkare skall göra individuella kompetensplaner, och det håller så länge pengarna finns med i spelet. Behövs det ett system med certifiering och recertifiering likt det man har i Norge för att vår professionella utveckling ska fungera?

Meta Wiborgh, Luleå
meta.wiborgh@telia.com

Ny hemsida i Fammis fotspår



Nu finns en ny mötesplats för alla medarbetare i primärvården i Sverige – hemsidan PVSverige.se

Så här presenteras den av Christina Nerbrand, FoUU-chef primärvården i Region Skåne:

”Vi hoppas att den skall bli ett forum för intressant och utvecklande information som är relevant för den kliniska vardagen oavsett var och i vilken roll man arbetar. Ansvar för hemsidan har FoUU Primärvård som är en del av primärvården i Region Skåne. Inom FoUU Primärvård i Skåne finns de flesta professioner representerade.

På www.pvsverige.se kommer det att finnas dels yrkesrelaterad information, dels information om vad som karakteriserar primärvården såsom samverkan, teamarbete och multiprofessionell kompetens. Vi vill ta över traditionen från www.fammi.se men också skapa något nytt. I detta arbete är det nödvändigt att vi kan skapa en dialog med alla Er som arbetar i primärvården i Sverige, så att innehåll och utveckling går i rätt riktning. Innehållet skall spegla vardagen inom primärvården, ta vara på goda idéer, sprida resultat från utvecklings- och forskningsprojekt och främja verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete. Vi inbjuder nu alla att komma med synpunkter, bidrag och goda idéer så att vi tillsammans kan skapa en användbar och modern miljö för kunskapsutveckling.”

Kurs i konsultation och videohandledning, Kalymnos, Grekland 16–23 maj 2008

Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Kursinnehåll: Träning i patientcenterad konsultation med hjälp av patientspel, som spelas in på video och handleds.

Lärare: Lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, studielektor, allmänläkare Ole Risør, överläkare, klinisk lektor, Jørgen Nystrup, allmänläkare, amanuensis Charlotte Hedberg
Deltagarantal: 32, som fördelas på 4 grupper med 8.

Pris: Kursavgift: 9.000:- DKR,
Hotell + 2 middagar: 2.800:- DKR,
Resa ca. 2.500:- DKR.

Kontaktperson:

Jan-Helge Larsen
Fredrikkevej 20, 2. DK-2900 Hellerup
Tlf. +45-4921 5400
E-Mail: jhl@dadlnet.dk



Läkardagar i Köpenhamn bjuder åter in svenska läkare i november

En tur över sundet i november? Kom och få spännande ämnesnyheter och några upplevelserika dagar i Köpenhamn, som i november dessutom sjuder av kulturella upplevelser, exempelvis den nya operan, balett på Kungliga Teatern, konstutställningar och konserter.

Läkardagar, den stora årliga danska kongressen för allmänläkare, hålls återigen i Köpenhamn i november. Även läkare från de övriga skandinaviska länderna är välkomna till denna fortbildningskongress, där 100 kurser hålls.

Med start måndag den 12 november till och med fredag den 16 november erbjuds kurser i en lång rad olika ämnen, till exempel cancer, diabetes, kommunikation, lungmedicin, allergi, neurologisk färdighetsträning, barns sorg, endometrios, och PCO.

I år har vi på tisdagen speciella kurser som vänder sig till hela läkarkåren. Det är mycket som tyder på att den största förbättringen inom praktiken kan ses när man "lyfter i flock". Kurser som "Hur utvecklar vi samarbetet inom allmän praktik?", "Livsstilsbutiken" och "Medicinhantering i praktiken", är några exempel på de nya insatser som avhandlas och vänder sig till hela praktiken.

På Läkardagar finns även workshops där ni dagligen kan prata med rådgivare och lärare. Vi har tre verkstäder; 1) Led- och ryggundersökning, 2) Injektionsteknik på dockor och 3) Verkstad med olika fokus: tympanometri, akupunktur, mikroskopi av urin (snabbkurs i att känna igen de 6 bakterier som oftast orsakar urinvägsinfektion/blåskatarr).



Anmäl er det antal dagar ni önskar delta, och välj mellan många kurs- och workshoperbjudanden. De flesta kurserna varar 3–3½ timma, men det varierar. Verkstäderna är öppna hela dagen – det är bara att komma.

Yngre svenska läkare inbjuds till kongressen – i år för endast 510 dkr per dag. Normalpris är 2040 dkr.

Läkardagar öppnas på måndagen av den danska hälsoministern. Det kommer att hållas ett debattmöte, och dagen avslutas med en buffé och underhållning av det danska bandet, Shu-bi-dua. Parallellt med öppningsarrangemanget hålls det även kurser.

Se kurskatalogen på www.laegedage.dk där man även kan anmäla sig.

Om du har frågor angående arrangemanget, är du välkommen att kontakta Läkardagars sekretariat på ag.plo@dadl.dk telefon +45 35 44 84 66. Vi skickar gärna en kurskatalog.



På återseende på Läkardagar 2007.

Kirsten Talbro Lاراaignou
administrativ ledare på Läkardagar
kti.plo@DADL.DK

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

2007-05-03

Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin

Kallelse till SFAMs fullmäktigemöte 2007

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till föreningens höstmöte i Visby den 10–12 oktober 2007.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAMs kansli, e-post: helene.sward@sfam.a.se

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAMs stadgar:

§4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Plats: Wisby Strand Congress & Event, Visby.

Tid: Kl 15.30–17.30, onsdagen den 10 oktober 2007.

Valberedningens förslag kommer att skickas per brev till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAMs hemsida (www.sfam.se) från den 10 september.

Välkommen!

Annika Eklund-Grönberg
Ordförande

Svensk förening för allmänmedicin	Telefon kansli	+46 8-23 24 05
Postgiro 65 59 74-4		
Box 503	Telefax	+46 8-20 03 35
Bankgiro 5459-4866		
S-114 11 Stockholm		
Org nr 802009-5397	E-post kansli	helene.sward@sfam.a.se
www.sfam.se		

Vill du arbeta med riskbruksfrågor?

Pengar att hämta

Regeringen har de senaste två åren anslagit nästan 40 miljoner till landstingen för arbete med riskbruk av alkohol i primärvården. Folkhälsominister Maria Larsson menar att detta arbete är viktigt och anger att det finns goda förutsättningar för långsiktighet. Man kan därför räkna med att landstingens folkhälsoenheter kommer att få söka pengar även för kommande år.

Svårt nå familjeläkarna

Åtskilliga hälsoplanerare landet runt har uttryckt frustration över svårigheterna att nå ut till familjeläkarna. Det har gått betydligt lättare att nå ut till primärvårdens övriga aktörer. Detta är kanske inte helt förvånande, då man sällan engagerat läkare. Det är inte helt lätt för hälsoplanerare att förstå läkarnas arbetssituation och få acceptans för sina aktiviteter. Dessa har ofta upplevts som kommandoutbildning eller ytterligare arbetsbörda, och inte som en hjälp i vardagen.

Tacksamt arbeta med riskbruk

Cirka 20% av alla män och 5% av alla kvinnor har en riskabel alkoholkonsumtion. Men det är bara vid 13% av läkarbesöken som patienten får frågor

om alkoholvanor. Andra levnadsvanor, framför allt tobak, frågas det om betydligt oftare. Det upplevs fortfarande svårt, för privat och lite tabu att diskutera alkoholvanor. Vi har inte riktigt lärt oss att prata alkohol med våra patienter. Vi tänker lätt felaktigt på tungt arbete med "alkoholister". De allra flesta har inget alkoholberoende, utan ändrar själva sin risk. Här är ett område där livsstilsförändring är lätt att genomföra och får stor effekt. Det är så riskfaktorer ska behandlas! Roligt och tacksamt är det med andra ord.

Exempel

Några landsting har engagerat familjeläkare som resurs för folkhälsoenheten på deltid, ofta 5–20%. Arbetsuppgifterna har inkluderat att vara bollblank, föreläsare, projektledare, utbildare, samordnare m.m. För ST-läkare kan det bli fråga om ett finansierat ST-projekt. Det är brist på lärare i Riskbruksverkstad på många platser. Lärarkursen går 20–21 september.

Kontakta din folkhälsoenhet

Ta en förutsättningslös diskussion med din folkhälsoenhet. Vad är deras behov och vad kan du bidra med? Att söka

pengar kostar inget. Ansökningarna brukar ske kring årsskiftet.

Sven Wåhlin, Bålsta vårdcentral
sven.wahlin@fhi.se

Projektledarna i Riskbruksprojektet:

Anna-Karin
Svensson
(familjeläkare)
08-56613545



Sven Wåhlin
(familjeläkare)
0733-853130



Åsa Wetterqvist
(ST-läkare)
073-2180790



Notis

Hedrande utnämning för Meta Wiborgh

Meta Wiborgh har vid WONCA-mötet i Singa-
pore i juli 2007 blivit
vald till vice ordförande
i WONCA-Europe och
redaktionen ber att få
gratulera. Så här skriver
Meta själv på Ordbyte:



"Wonca Europe har en styrelse bestående av
4 personer samt representanter från EURACT,
EQUIP och EGPRW, de europeiska nätverken
för utbildning, kvalitetsfrågor och forskning
inom Allmänmedicin. SFAM och systerföre-
ningarna i Norden har under några år ar-

betat för ett uttalande på europeisk nivå,
angående vårt förhållande till läkemedels-
industrin. Denna fråga är under arbete och
är en av de frågor jag hoppas kunna driva.
Det jag också märker är att den situation
vi upplever i Sverige, där allmänmedicinen
riskerar att tryckas tillbaka (jämför nya re-
geringens förslag att man ska kunna välja
en annan specialist än en allmänläkare som
"sin" läkare), också föreligger i flera andra
europeiska länder. Jag hoppas på att via
SFAM få föra en dialog vidare om hur vi på
bästa sätt ska kunna ha nytta och glädje av
WONCA-Europe."

Notis

Norsk elektronisk Legehåndbok en suverän informationskälla

På Nordiska kongressen i allmänmedi-
cin gjorde Magne Nylenna, känd norsk
allmänmedicinprofil, reklam för denna.
NEL representerar precis den typ av kun-
skapsstöd som allmänläkaren behöver.
Tidigare har Ordbytesläsarna erhållit
dessa tips. Passa på att kolla in Lege-
håndboka på www.helsebiblioteket.no

SFAMs HÖSTMÖTE 10–12 oktober 2007 i Visby

Wisby Strand Congress & Event (Preliminärt program)

Onsdag 10 oktober

- 10.00–12.00 **Examinatorsmöte**
- 10.00–12.00 **Ordförandemöte**
- 10.00–12.00 **Examinandmöte**
- 12.00–13.15 **Lunch**
- 13.15–15.00 **Studierektorsmöte**
- 13.15–15.00 **Genomgång skriftliga provet**
- 13.15–15.00 **Mitt i livet**
av Mats Berggren med regi av Leif Nilsson.
Medverkar gör skådespelarna Susanne Olofsson och Anders Brunskog.
Föreställning med Friteatern med efterföljande diskussion. Om hur det är att vara över 40 och inte hinna med allt man borde-det allt stressigare jobbet, tonårsbarnen, de krassliga föräldrarna...
– Vart tar drömmarna vägen? Hur ska man orka när det enda man längtar efter är att sitta i en solstol på Bahamas och dricka drinkar?
- 15.30 **SFAMs Årsmöte**
- 19.00 **Buffé**

Torsdag 11 oktober

- ...–07.00 **Morgondopp i Östersjön**
- 07.00–08.00 **Qi-Gong i Almedalen**
- 09.00 **Invigning av mötet**
- 09.15–10.15 **"Frihet och solidaritet"**
Sven-Erik Liedman, nyligen pensionerad professor i idé- och lärdoms historia vid Göteborgs Universitet, författare till en rad rosade böcker inom ett brett lärdoms historiskt område med tyngdpunkt på politisk idéhistoria och kunskapsfilosofi.
- 10.45–11.25 **Illamående i palliativ vård**
Nina Cavalli-Björkman, onkolog, Uppsala Akademiska Sjukhus.
- 10.45–11.25 **Bensår**
Gunnar Ramstedt, hudläkare, Visby.
- 11.35–12.15 **Smärtlindring i palliativ vård**
Nina Cavalli-Björkman, onkolog, Uppsala Akademiska Sjukhus.
- 11.35–12.15 **Bensår, repris**
Gunnar Ramstedt, hudläkare, Visby.
- 10.45–12.15 **Vad är sjukdom, vad gör vi och vad kan vi göra med sjukskrivningsinstrumentet?**
Meta Wiborgh och *Annika Andén*, forskande allmänläkare från Luleå.
- 10.45–12.15 **Förbättringsarbete eller häxjakt?**
Roland Karlsson, pilot och före detta ordförande i Svenska Flygsäkerhetskommittén, möter juristhandläggare *Saadia Aitattaleb* från Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd.
- 10.45–12.15 **Examensuppsatser. Parallella seminarier**
- 12.15–13.30 **Lunch**
- 13.30–15.00 **Iona Heath**
Välkänd allmänläkare från England, hedersmedlem i SFAM, om att sjukliggöra och medikalisera vår naturliga livscykel.
- 15.30–17.00 **Inför nationella riktlinjer för ångest och depression – vad är viktigt från primärvårdens och allmänmedicinens synvinkel?**
Nationella riktlinjer för behandling av ångest och depression är under utarbetande i Socialstyrelsens regi. Faktaunderlag presenteras som underlag för vidare diskussion. Professorn i allmänmedicin i Göteborg *Cecilia Björkelund* och medarbetare samt *Gunilla Nyrén*, projektsamordnare på Socialstyrelsen.

SFAMs HÖSTMÖTE 10–12 oktober 2007 i Visby

Wisby Strand Congress & Event (Preliminärt program)

15.30–16.10	Thyreoida <i>Maria Sääff</i> , endokrinolog, Karolinska Sjukhuset.
16.20–17.00	Thyreoida , repris. <i>Maria Sääff</i> , endokrinolog, Karolinska Sjukhuset.
15.30–16.10	Dyspepsi <i>Lars Agréus</i> , forskande allmänläkare.
16.20–17.00	Reflux <i>Lars Agréus</i> , forskande allmänläkare.
15.30–17.00	Examensuppsatser. Parallella seminarier
18.00	Diplomering av examinander
19.00	Bankett

Fredag 12 oktober

...–07.00	Morgondopp i Östersjön
07.00–08.00	Qi-Gong i Almedalen
08.30–09.30	Perspektiv på bot och bättring Musikaliskt kåseri på temat hälsa och sjukdom, rädsla och ritualer från etnologiskt perspektiv. Musikern och professorn i etnologi vid Högskolan i Visby <i>Owe Ronström</i> .
09.30–10.00	Högtidsföreläsning – Årets avhandling
10.30–12.00	Riktlinjer för sjukskrivning <i>Jan Larsson</i> , biträdande enhetschef för Hälso- och Sjukvård på Socialstyrelsen, om arbetet med diagnoser och riktlinjer.
10.30–12.00	Årets avhandlingar och nya professorer SFAMs forskningsråd presenterar 2006 års allmänmedicinska avhandlingar och de nya professorernas arbete.
10.30–12.00	Allmänmedicin igår, idag, i morgon Samtal utifrån Mogens Heys 50-åriga engagemang inom allmänmedicin. <i>Mogens Hey, Ulf Måwe och Inge Carlsson</i> – alla allmänläkare.
10.30–12.00	Vårdcentralen – en viktig arena för ny läkarutbildning i Stockholm? <i>Helena Salminen</i> , forskande allmänläkare, studierektor för Doktorsskolan i Stockholm.
10.30–12.00	Det skapande mellomrommet i møtet mellom pasient og lege <i>Eli Berg</i> , norsk allmänläkare, disputerade häromåret på en avhandling med denna titel. Avhandlingen publicerades senare omarbetad i litterär form gestaltande den innehållsrika resa som Eli företagit tillsammans med sin patient. Så här skriver hon själv: "Det er mye smerte på et legekontor. Hos pasienten en livssmerte, hos legen en faglig smerte. Pasienten trenger kanskje å finne ord for det som gjør vondt, legen en utvidet forståelse av hva sykdom og helseplager kan handle om. Legekunst er kanskje når pasienten og legen sammen kan lage nye fortellinger, livsberetninger som pasienten kan leve videre med, fortellinger som gir mening og sammenheng i et liv som kanskje har manglet noe vesentlig underveis. Eli Berg tar utgangspunkt i egne erfaringer i allmenn praksis. Etter en omlegging av måten å tenke og arbeide på, ble det langt mindre behov for medisiner, mindre prøvetaking, færre henvisninger videre til sykehus, og ventetiden i praksisen gikk ned. Og det ble svært interessant og meningsfullt å være doktor!"
12.00–13.15	Lunch
13.15–15.00	Framtidens allmänmedicin ST-rådet om goda exempel, utvecklingsmöjligheter och visioner.
15.00	Avslutning

Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård – SFAMs nästa stora utmaning

Upprop till medlemmarna att ställa sin kunskap till förfogande!



Prioriteringsutredningen som gjordes 1996 känner nog de flesta till. Den ledde till att det i HSL finns inskrivet de tre etiska grundprinciperna för prioriteringar, (människovärdesprincipen, behovs-/solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen), och de fyra prioriteringsgrupperna, med akuta livshotande tillstånd, men även vård av svåra kroniska tillstånd, och exempelvis palliativ vård i grupp I.

Verkligheten i vården, både inom allmänmedicinen, men kanske i ännu högre grad specialistvården, är att prioriteringar trots detta sker dolt och efter mycket mer diffusa principer. Allt eftersom mer och mer är möjligt att göra inom sjukvården, så ökar ansvaret att göra rätt saker – och att redovisa hur vi tänker om vad som är rätt.

Prioriteringar kan göras horisontellt eller vertikalt. Horisontellt, det är när man

prioriterar mellan olika områden. Det är huvudsakligen en fråga för beslutsfattare och politiker. Vertikala prioriteringar är prioriteringar av åtgärder inom en grupp av tillstånd, till exempel vad är viktigast inom hjärtsjukvården? Vilka ska behandlas och på vilket sätt? Det här finns beskrivet i ett av SFAMs studiebreve som Kjell Sundin författat.

Detta framgår tydligt av Ansvarskommitténs utlåtande där man inser att det ständigt ökade behovet av sjukvård och prioriteringar måste ske. I utlåtandet har man även lyft fram nödvändigheten av prioriteringar och kvalitetssäkring av primärvården, någon bifogad plan eller strategi framgår dock inte.

Prioriteringscentrum i Linköping har 2006 på regeringens uppdrag utarbetat en nationell modell för öppna vertikala prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård. Den ligger till grund för ett arbete i Socialstyrelsens regi, med revidering av nationella riktlinjer inom en lång rad

sjukdomstillstånd. Vårt deltagande från SFAM är efterfrågat, och Pär Säberg har först medverkat i prioriteringsarbetet vad gäller prostatacancer, därefter colorektalcancer och så småningom i det sammanslagna arbetet med flera cancerformer. Pär började bli SFAMs ansikte i prioriteringsarbetet, och fick uppdraget även när riktlinjerna för hjärtsjukdomar skulle revideras.

När ett prioriteringsarbete utförs till säts först en ledningsgrupp med specialistkunniga läkare och deltagare från Socialstyrelsen.

Arbetet sker sedan i tre steg. Först görs ett faktaunderlag med en inventering av det som bör prioriteras och man upprättar en "Tillstånd – Åtgärdslista" (exempelvis Akut ST-höjning/infarkt – PCI). Samma tillstånd kan ha flera olika åtgärder beroende på lokal tradition eller geografiska möjligheter. Den arbetsgrupp som utför detta benämns

” Vi har chansen att påverka sjukvårdens utformning och prioriteringsgrunder utifrån vad vi ser i mötet med våra patienter, och därmed uppfattar som viktigt för deras välbefinnande.

Faktagruppen. I denna grupp har det ofta saknats allmänmedicinsk kompetens, de brukar bestå av organspecialister, ekonomer och etiker. Därefter görs det egentliga prioriteringsarbetet, där tillstånd – åtgärd rangordnas. I denna grupp, prioriteringsgruppen, sitter specialister från flertalet akademiska sjukhus och erfarna kliniker. Tyvärr har vi oftast bara en delegat från allmänmedicinen. I ett sista steg utformas riktlinjerna, som sedan ska implementeras vid regionala seminarier där företrädare för Sveriges regioner, patientföreningar och specialistföreningar med flera får möjlighet att kommentera. Därefter trycks riktlinjerna i tre versioner; Patient – Profession – Politiker.

Pär berättar:

I arbetet runt cancersjukdomarna hade jag suttit som ensam allmänmedicinsk representant, men kände mig inte helt utlämnad då både palliativmedicinare och andra deltagande yrkeskategorier bidrog till en god primärvårdsrepresentation.

Det blev värre i hjärtsjukvårdsarbetet. En ensam allmänmedicinare har svårt att göra sig hörd bland 16 kardiologer och en thoraxkirurg. Jag upptäckte att den lägsta svårighetsgrad av hjärtsjukdom man tagit upp var ”kardiell svimning – ställningstagande till inläggning”. Var fanns alla hjärtklappningarna, bröstsmärtorna utan säkerställd genes, hjärtneuroserna, blåsljud och våra patienter som är oroliga för hjärtsjukdom av en eller flera anledningar? Eftersom detta var en revidering så fanns ett material att utgå från. Jag kände mig som en gisslan, och uttalade min uppfattning att det förslag till dokument som var upprättat, var omöjligt för mig att skriva under.

Detta togs på allvar, både av socialstyrelsen och kardiologins representanter. Det är viktigt att komma ihåg att vi

alla, organspecialister, allmänmedicinare och tjänstemän från Socialstyrelsen, ser verkligheten från vår egen synvinkel. När någonting hotar att gå fel, så behöver det inte bero på illvilja, utan kan ha att göra med ett ensidigt perspektiv. Pär vägran att underteckna blev till en ”eye-opener”. Vi diskuterade frågan i styrelsen, och vi tycker att SFAM bör vara rekryteringsbas för prioriteringsarbetet. En primärvårdsgrupp tillsattes för omarbetning av hjärt-riktlinjerna. Med stöd av Hans Lingfors, Cecilia Björkelund och Jan Håkansson konstruerade vi tillägg i ”tillstånd – åtgärdslistan” för hjärtsjukdom i primärvården så gott det gick med tanke på den snäva tidsramen. Dessa togs med till prioriteringsgruppen på Socialstyrelsen och samtliga tillstånd blev högt prioriterade. Detta visar på att det inte saknas förtroende eller förståelse för primärvården utan bara att det saknas kunskap och representation.

Vi har också fått och accepterat uppdraget att tillsätta en referensgrupp för allmänmedicinska aspekter på prioriteringsarbetet. Denna grupp består primärt och preliminärt av Malin André, Lars Borgquist, Cecilia Björkelund, Jan Håkansson, Sven Engström och Pär Säberg. Tanken med gruppen är att via våra nätverk ska kunna rekrytera allmänmedicinska experter till de olika prioriteringsgrupperna, både från akademien och kliniken. Socialstyrelsen har i sin tur fått uppdraget att lösa ersättningsfrågan till kliniker, institutioner och enskilda läkare då vi arbetar på helt andra villkor än andra specialiteter. Detta är i högsta grad aktuellt med tanke på de kommande prioriteringsarbeten som rör bland annat rörelseapparaten och diabetes.

Vad som också är av vikt och faktiskt kanske mest betydelsefullt är att Socialstyrelsen ”ärvt” NKI-P efter Fammi, och har intentionen att vidareutveckla detta så att vi får *våra* vertikala primär-

vårdsindikatorer. I den bästa av världar hoppas vi på att kunna få med både vertikala och horisontella primärvårdsriktlinjer/kvalitetsindikatorer i samtliga prioriteringsuppdrag inklusive våra egna. Det är viktigt att primärvården utvecklar sina egna kvalitetsindikatorer istället för att pådyvlas det som har sitt ursprung i andra intressegrupper.

Vårt senaste stora genombrott är att Socialstyrelsen vänt sig till referensgruppen för en representant till Ledningsgruppen för rörelseapparatsens prioriteringar, och Lars Borgquist har tackat ja. Således har vi för första gången en bra allmänmedicinsk representation redan från arbetets början, vilket borgar för god utveckling.

Som synes står vi i SFAM inför ett gigantiskt arbete där allmänmedicinska synpunkter efterfrågas. Vi har chansen att påverka sjukvårdens utformning och prioriteringsgrunder utifrån vad vi ser i mötet med våra patienter, och därmed uppfattar som viktigt för deras välbefinnande. Vi möter de flesta patienterna och vi möter dem nära deras vardag. Ifrån styrelsen vill vi uppmana Dig som läser att fundera över vilka områden Du är intresserad av och om du skulle vilja delta i arbetet. Hör av Dig till oss, för det kommer att bildas många grupper för riktlinjearbete!



Anna-Karin Svensson
facklig sekreterare
anna-karin.svensson@lg.se



Pär Säberg
övrig ledamot
SFAMs styrelse

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Annika Eklund-Grönberg
070-757 81 08
annika eklund-gronberg@sfam.a.se

Vice ordförande

Björn Nilsson, 070-210 20 16
Bjorn.nilsson@ptj.se

Facklig sekreterare

Anna-Karin Svensson, 070-311 39 96
anna-karin.svensson@sfam.a.se

Vetenskaplig sekreterare

Lars Borgquist, 070-882 74 01
larbo@ihs.liu.se

Skattmästare

Gunnar Carlgren, 070-618 55 06
gunnar.carlgren@comhem.se

Övriga ledamöter

Madelene Andersson, 0706-210 20 16
Froken_andersson@hotmail.com

Karin Lindhagen

070-327 09 31
karin.lindhagen@sfam.a.se

Ulf Peber, 070-606 57 65
ulf.peber@lthalland.se

Pär Säberg

070-765 448
Par.saberg@curera.se

Arbetsutskott:

Annika Eklund-Grönberg, Björn Nilsson, Anna-Karin Svensson, Gunnar Carlgren och Lars Borgquist.

Kansli

Heléne Swärd
08-23 24 05
helene.sward@sfam.a.se
(Se även redaktionsrutan)

Examenskansliet

Maria Wittrín Blomqvist
08-23 24 01
Maria.wittrin@sfam.a.se

Tidningen AllmänMedicin

Anders Lundqvist
070-234 26 36, fax 0660-898 03
anders.lundqvist@lvn.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet

Karin Ranstad, 0455-73 57 21
karin.ranstad@telia.com

Läkemedelsterapirådet

Jan Håkansson
Tel: 0640-166 00/-08
jan.hakansson@jll.se

Kvalitetsrådet

Sven Engström, 070-330 48 12
Sven.engstrom@swipnet.se

Informatikrådet

Olle Staf
0485-151 33
Olle.staf@ltkalmar.se

ST-rådet

Pontus Stange
pontus.stange@livmedicus.eu

Utbildningsrådet

Ulf Måwe, 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Malin André
Malin.andre@ltdalarna.se

SFAMs stiftelser

SFAMs stiftelse för allmänmedicin

Jonas Sjögren, 070-679 92 83
jonas.sjogreen@ptj.se

SFAMs stiftelse för allmänmedicinsk forskning

(Se vetenskaplig sekr i SFAMs styrelse)

SFAMs nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Astma och allergiintresserade

Björn Stållberg, 0156-535 07
b.stallberg@saalem.mail.telia.com

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

Tomas Fritz, 0731-80 90 04
thomas.fritz@sil.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Truedsson
maria.truedsson@telia.com

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Olof Englund
olof.englund@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Kjell Sundin
kjell.sundin@lvn.se

GÄVLEBORG

Lisa Lauri
lisa.lauri@lg.se

DALARNA

Christina Klesty
christina.klesty@ltdalarna.se

VÄRMLAND

Mikael Hasselgren
mikael.hasselgren@liv.se

ÖREBRO

Åke Kihlberg
ake.kihlberg@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Christina Kallings Larsson
Christina.Kallings-Larsson@dll.se

STOCKHOLM

Carina Widlund
Car.ina@telia.com
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Ragnar Ottosson
ragnaro@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
Mikael.Olsson@lj.se

KRONOBERG

Sara Holmberg
sara.holmberg@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@lblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Maria Hafstad
maria.hafstad@skane.se

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Lars Kvist
Lars.kv@telia.com
Christina Nilzén
Christina.nilzen@skane.se
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

HALLAND

Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

Diplomerade allmänläkare
Cecilia Ryding, 08-672 38 77
cecilia.ryding@telia.com

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Hemsjukvård
Sonja Modin
Sonja.modin@sll.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Kliniskt mentorskap
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
Charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

Palliativ vård
Anne-Marie Gravgaard
anne-marie.gravgaard@skane.se
042-14 95 60

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@ltdalarna.se
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@klinvet.ki.se

SFAM post.doc
Margareta Söderström
031-61 78 59
margareta.soderstrom@allmed.gu.se

Studierektorskollegiet
Stefan Persson
Stefan.persson@ltblekinge.se

Transkulturell allmänmedicin
Monica Löfvander
monica.lofvander@rinkeby.vssso.sll.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN
Anders Håkansson
Anders.hakansson@smi.mas.lu.se

Euract
Monica Lindh
monica.lindh@lg.se

Equip
Per Stenström

På grund av flyttningar och
byten av telefonnummer
kan felaktigheter finnas på
listan. Meddela eventuella
ändringar till redaktionen.

STOR-GÖTEBORG
Agneta Hamilton
Agneta.hamilton@ptj.se

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katli@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*
Ingen kontaktperson

SÖDRA ÄLVSBERG
Kerstin Holmberg
Kerstin.holmberg@vgregion.se

SKARABORG*
Ingen kontaktperson

* vilande

SFAMs kansli
Heléne Swärd
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Box 503
Grev Turegatan 10E
114 11 Stockholm
Tel: 08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida: www.sfam.se

Beställningstalong

Prenumerera på AllmänMedicin nu!

ÅRSPRENUMERATION: 450 kr

Ja! Jag vill prenumerera på tidskriften AllmänMedicin! Pris: 450 kr
(OBS! Priset gäller endast för tidskriften)

Sätt kryss i rutan

☐

Jag vill istället bli medlem i SFAM – vilket inkluderar tidskrifterna
AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care inklusive
supplement.

Pris: 1 200 kr för heltidsverksamma läkare,
600 kr för ST-läkare och pensionärer.

Sätt kryss i rutan

☐

Supplement 1/01

"Primärvårdens utveckling i Sverige"

Antal

Supplement 2/01

"Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal

Supplement 1/02

"Svensk allmänmedicin – i går, i dag, i morgon"

Antal

Supplement 1/03 – "Skrivande allmänläkare

– specialistexamensuppsatser 1997–2002"

Antal

Pris: 50 kr (inklusive moms) + porto/supplement

Namn: _____

Adress: _____

Telefon/Fax/E-postadress: _____

Skicka din beställning till SFAMs kansli,

Fax: 08-20 03 35 eller e-posta till: helene.sward@sfam.a.se

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM
Postgiro: 65 59 74-4
Bankgiro: 5459-4866
Organisationsnummer: 802 009-5397
Prenumerationsavgift: Den ingår i
medlemsavgiften till SFAM. Tidningen
utkommer med sex nummer per år.
Pris för icke-medlemmar: 450 kr/år.
ISSN 0281-3513

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Anders Lundqvist, chefredaktör
Vårdcentralen Viken, 891 89 Örnsköldsvik
070-234 26 36, anders.lundqvist@lvn.se

Karin Ranstad, redaktör
Nättraby vårdcentral, Nättraby
0455-73 57 21
karin.ranstad@ltblekinge.se

Staffan Olsson, redaktör
Brahehälsan, Löberöd
0413-54 58 51, staffan.olsson@ptj.se

Stig Andersson, adjungerad redaktör
Säffle, gits.joel@tele2.se

Tina Nyström Rönnås, adjungerad
redaktör, Tumba VC
kristina.nystrom-ronnas@sll.se

Hans Händel, adjungerad redaktör
Barkarby VC, Järfälla
08-587 326 80, handel.hans@telia.com

Katarina Liliequist, illustratör
Herrestads vårdcentral, Uddevalla
katli@telia.com

Layout

Mediahuset i Göteborg AB
Gunnar Brink
Box 29, 450 71 Fjällbacka
0525-323 52, fax 0525-329 29
gunnar@mediahuset.se

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10
Dan Johansson
415 02 Göteborg
031-707 19 30
dan@mediahuset.se

Tryck

Åkessonstryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida

Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2007

Nr	Manusstopp	Utgivning
5	18/9	31/10
6	6/11	19/12

Sommarvardag på mottagningen

Sommaren innebär att vi går för halv maskin. Vi som är kvar försöker, genom hårt arbete och vettiga prioriteringar, få det hela att fungera. Det ger mig tillfredsställelse att känna att det betyder så mycket att vi alla gör det lilla extra för att våra patienter ska få den hjälp de söker för. Eller som våra danska kollegor så precis på sitt språk uttrycker det i sin definition allmänläkarens uppgift: "Det er den allment praktiserende læges opgave at hjælpe de mennesker der søger lægens hjælp med at løse deres helberedsmessige problemer på et sundhedsfagligt grundlag i et kontinuerligt læge-patient-forhold og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen."

Under sommaren handlar det mer än någonsin om att prioritera för att räcka till. Varje dag har varit strävsam, men också stimulerande. Jag har arbetat med mina unga kollegor, ST-läkare och en alldeles nyfärdig grundutbildad kollega. Vi har tagit oss tid för att diskutera, och det har gjort det möjligt att just göra de prioriteringar som behövs.

Vi har under två somrar haft helöppen mottagning, det vill säga patienterna behöver inte ringa och beställa tid utan kommer direkt till mottagningen. Det visar sig att patienterna efter några veckor har kommit på att det inte behövs att man kommer halv åtta för att få en tid, utan de droppar in allteftersom under förmiddagen då mottagningen pågår. Att vi återvände till denna form av mottagning efter flera år berodde just på sommarens personalbrist, i detta fall ont om sköterskor som kan sköta telefonrådgivning och tidsbokning. Men min erfarenhet är att den här modellen inte ger fler så kallat onödiga besök, än då patienterna ringt innan och blivit sorterade. Varför har vi inte så här hela tiden då? Jo, för att några kollegor upplever det som mer stressigt med

den här oförutsedda mottagningen, och deras arbetsmiljö måste värnas. Vi får se, kanske vi är mogna för att gå vidare med detta efter vår andra sommar.

Den glädje jag känner i mitt arbete som allmänläkare och personlig läkare för en avgränsad mängd människor är beroende på några saker: Kontinuitet och personlig kännedom är viktiga hörnstenar, kollegial dialog en annan viktig del, men också förvisningen att jag som allmänläkare har en meningsfull roll i den allt mer specialiserade och fragmenterade sjukvården. Om vi skulle vara tillräckligt många allmänläkare i Sverige så skulle inte förslag som "vårdlots" komma upp! Men hur ska vi när allmänmedicinen tvärtom trycks tillbaka (exempelvis förslaget om att den personlige läkaren inte skulle behöva vara specialist i allmänmedicin), värna om den känsla av meningsfullhet och nytta med jobbet som uppstår under dessa sommarveckor?

Det är åter dags att kavla upp ärmarna och tillsammans med alla goda kollegor på nytt försöka få beslutsfattare att förstå det som patienterna vid många olika tillfällen visat att de vill: Ha en egen läkare, och för att det ska bli bra med det, så ska de ha chansen att få en som är specialist i allmänmedicin. Det finns det så överväldigande vetenskapliga belägg för.



Meta Wiborgh, Luleå
meta.wiborgh@telia.com

2007

Oktober

Skandinaviska hälsoinformatikdagar i Kalmar Tema: Utvärdera för att underlätta.

1-3 oktober i Kalmar.

Anmälan senast 15/9.

Information: Annica Aurén, 0480-421021, annica.auren@kalmarsalen.se

Livslångt lärande för skicklighet

Internationell allmänmedicinsk konferens. 4 okt. Älvkarleö Herrgård.

SFAM arrangerar tillsammans med

Euract och Landstinget Gävleborg.

Kontaktperson Monica Lindh

monica.lindh@lg.se

AAFP Scientific Assembly

3-7 okt. Chicago, Illinois, USA

www.aafp.org/online/en/home.html

SFAMs höstmöte i Visby

"Luft under vingarna". 10-12 okt.

Wonca Europe 2007

Conference in Paris

17-20 okt. "Re-thinking Primary Care

in the European Context: a new challenge for General Practice"

www.woncaeurope2007.org/

Sviktande vitalfunktioner i Primärvården

18-19 okt. Göteborg.

www.faktummedica.com. Sista anmälningsdag 10 sep. Utbildningen är såväl

SFAM- som IPULS-granskad.

SFAMs Nationella Kvalitetsdag för Primärvård

24 oktober 2007, 9-16. Viktoriahallen.

Stockholmsmässan i Älvsjö

Konferensavgift 1000 kr

Anmälan till: kjell.lindstrom@lj.se

senast 1/10

November

Sviktande vitalfunktioner i Primärvården

5-6 nov. Stockholm.

www.faktummedica.com. Sista anmälningsdag 10 sep. Utbildningen är såväl

SFAM- som IPULS-granskad.

First EURACT Assessment Course

for Trainers in Family Medicine.

14-18 nov 2007, Zakopane, Polen.

Anmälan senast 8 okt.

http://www.euract.org/html/pdf/Assessment_Course_Leaflet.pdf

Mötet i hemmet

Samordnad vård och rehabilitering

under det gradvisa åldrandet. Vård i

livets slut, sista kapitlet.

15-16 november.

Plats: "Talk" nära Stockholmsmässan i

Älvsjö. Pris: 2500 kronor

Mer info: www.sfam.se

Riksstämman

28-30 nov. Stockholm

December

ASK – Allmänläkarens kompetensvärdering i kollegial dialog

3-5 december i Luleå. Kurs med Provinsialläkarstiftelsen. Se Distriktsläkarförbundets hemsida. För mer information kontakta Robert Svartholm (polarull.svartholm@telia.com).

Utbildning i Modern Ortopedisk Medicin

För läkare och sjukgymnaster i Kerala, Indien.

29 dec-14 jan

www.langtbortlara.se

2008

Januari

Kurs i kompetensvärdering

("v3-kursen") för examinatorer,

studierektorer, handledare mfl

16-18 januari i Jämtland.

(Undersåker).

Anmälan senast 10 dec.

Arrangör:

Kompetensvärderingsrådet (KVIST)

Anmälan och förfrågningar:

Robert Svartholm

polarull.svartholm@telia.com

Full fart framåt

ST-dagar i Piteå

30 jan-1 feb

April

Läkardagarna i Örebro

När minnet sviktar. 8-9 april.

Maj

Berzelius symposium 72

Prehospital care, Stockholm

Kurs i konsultation och video handledning

16-23 maj. Kalymnos, Grekland

Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk



KursDoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare.

Senaste granskning genomfördes 070417. För närmare presentation av aktuella kurser var god se

www.kursdoktorn.nu