

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2006 ÅRGÅNG 27



KL

Hör amning hemma i familjeläkarverksamheten? /sid 5

Kolinesterashämmare vid Alzheimers sjukdom – en återvändsgränd? /sid 17 • Fastlegeordningen /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.

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

I nästa nummer av AllmänMedicin:

Colon irritabile
Allmänläkaren
som företagsläkare
Att vara doktor
– en vardagsberättelse

Omslagsillustration:
Katarina Liliequist

3 Ledare

Vårdprocesser eller personliga läkare
Roland Morgell

5 Vetenskap & Utveckling

Hör amning hemma i familjeläkarverksamhet?
Margaretha Löf-Johansson
Notiser

9 Avhandling

Hittar primärvården patienter som har astma?
Mikael Hasselgren
Erytema migrans i primärvård (Louise Bennet)
Karin Ranstad
Stressande kvinnor med god social ställning får oftare bröstcancer (Östen Helgesson)
Jörgen Månsson

17 SFAM.L granskar

Kolinesterashämmare vid Alzheimers sjukdom
– en återvändsgränd?
Robert Svartholm, Jan Håkansson, Anders Hernborg

21 Praktik

NDR eller inte NDR – det är frågan
Peter Olsson
Goda möten berikar
Eva Bergholz
Norges fastlegeordningen i fokus
Anders Lundqvist
Goda råd för att undvika blåskatarr, håller de måttet?
Peter Rosenberg

29 Debatt

SFAM bäst med tankefrihet
Bengt Järhult

31 Recensioner

Läkarroll i förändring
Maria Wolf
En handbok om att arbeta i grupp
Ulf L Eriksson
Suicidalitet ur ett kognitivt perspektiv
Stig Andersson
Mörkret faller snabbt
Stig Andersson
Äldres läkemedelsbehandling
Birger Ossiansson

41 SFAM informerar

SFAMs råd och nätverk
Dripp... dropp...
Eva Jaktlund
Kontaktpersoner

44 Krönika, kalendarium

Den tomma tidens fasa
Kennert Lenhoff



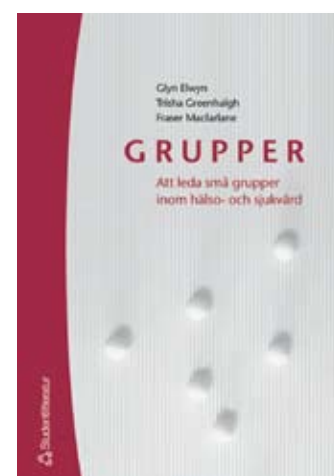
Läs om Louise Bennets avhandling om Borreliainfektioner i primärvård.
Sidan 13



Mikael Hasselgren använder fiskemetaforer för att beskriva hur primärvården identifierar patienter med astma. Sidan 9

”2005 hade vi 294 patienter med diagnos diabetes, varav en tredjedel (100 patienter) inte rapporterats till NDR.”

Det nationella diabetesregistret används vid flera vårdcentraler medan andra varit avvaktande. Sidan 21



Nu finns det en bok som samlar olika teorier om grupparbete anpassade för situationer som kan uppstå inom hälso- och sjukvården.
Sidan 33

ANNONS

Vårdprocesser eller personliga läkare

Regeringen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting lagt fram ett förslag till nationell IT-strategi, som bland annat innebär att klinisk information skall följa patienten och inte kliniken eller yrkesgränser. När man läser sådant, så kan man få intryck att det finns två oförenliga synsätt när det gäller hur vår framtida sjukvård bäst utvecklas. Antingen beskrivs sjukvården i termer av processer som skall effektiviseras, med fokus på befolkningsgrupper och sjukdomstillstånd. Standardiserade vårdprogram och specialisering ses som framgångsfaktorer medan patienter, läkare och annan vårdpersonal är utbytbara enheter.

Eller så lyfter man fram vikten av kontinuitet och etablerandet av långsiktiga förtroendefulla relationer mellan patienten och den läkare som patienten valt. I detta nummer kan vi läsa om de utvärderingar som Norge gjort efter införande av sitt system med "fastlege". Mycket har blivit bättre även om allt inte blivit bra. På det hela taget tycks ändå deras erfarenheter bekräfta de fördelar som tidigare beskrivits med sjukvård som baseras på familjeläkare. Systemet förutsätter att det finns ett rimligt antal familjeläkare att välja bland, och i det avseendet har man i Norge lyckats väl vad gäller läkartäthet.

Även om det är viktigt att medvetandegöra och diskutera dessa skillnader i synsätt, så kanske de ändå inte är så oförenliga som de förefaller. Man kan jämföra med de politiska partiernas retorik inför valen, då olikheter lyfts fram för att tydliggöra skillnaderna, även om likheterna egentligen är större än skillnaderna mellan de olika



partierna, när det gäller grundläggande värderingar. I spelet ingår också att man på olika sätt försöker ge förvanskade niddbilder av vad motståndarna egentligen menar.

Läkekonst innebär att läkaren använder sina medicinska fackkunskaper om sjukdomar och deras behandling till att hjälpa sin enskilde patient utifrån dennes unika förutsättningar och önsksningar. Så länge det finns andra starka krafter som sätter fokus på processer, så behöver SFAM lyfta fram behovet av personliga läkare som ser det unika hos varje individ. Det finns dock ingen motsättning mellan vår inställning och att vi samtidigt vill medverka till att utveckla svensk sjukvård i ett helhetsperspektiv. Det är därför helt följderiktigt att SFAM arbetar tillsammans med andra yrkesgrupper för att ta fram gemensamma kvalitetsindikatorer.

Vårdcentralen i Jokkmokk har länge använt det Nationella diabetesregistret för att följa kvaliteten i sitt arbete. I detta nummer kan man läsa hur Peter Olsson tittat närmare på de diabetiker som av olika skäl inte blivit registrerade. Hur ser det ut på din mottagning?



Roland Morgell

ANNONS

Hör amning hemma i familjeläkarverksamhet?

I ett pågående forskningsprojekt som studerar sambandet mellan bröstcancer och amning samt amningens villkor i vårt samhälle ställdes denna fråga helt oväntat på sin spets. Vem tar ansvar för amningsfrågan i vården och vem borde göra det? Vid ett fokusgruppsamtal i september i Linköping med företrädare för vården stod det klart att familjeläkare är den yrkesgrupp som utöver barnhälsovårdens personal oftast träffar nyblivna föräldrar. Därmed borde familjeläkare kunna spela en nyckelroll för att stimulera amning.



Flera studier har visat att det finns ett samband mellan lång amningstid i livet och minskad risk att insjukna i bröstcancer. Lancet redovisade 2002 en genomgång av 47 epidemiologiska studier gällande samband bröstcancer och amning (1). Kvinnor som fick bröstcancer hade färre graviditeter och kortare amning (9,8 månader jämfört med 15,6 månader för kvinnor utan bröstcancer). Man beräknade att bröstcancer i utvecklade länder kan reduceras med mer än hälften, från 6,3 till 2,7 per 100 kvinnor i 70 års ålder. Hur de fysiologiska sambanden ser ut mellan amning och bröstcancer är dock ännu inte klarlagda.

1950–75 skedde en rejäl minskning i amningsfrekvensen och av och till kan man åter skönja nedgång i vissa lands- tings (2,3). Idag finns tendenser till ett ointresse för amning. Somliga skribenter hävdar tom att ”amningslidandet” borde ses som ett folkhälsoproblem (4).

Insjuknandet i bröstcancer fortsätter att öka (3) och kvinnor som tidigare ammat i låg utsträckning kan vara överrepresenterade i den ökande grupp som drabbas idag.

Vårdens roll för amningen

I alla tider har mödra- och förlossningsvården haft ett stort informations- och utbildningsansvar för att amningen kommer igång efter förlossningen. Gravida kvinnor har svårt att engagera sig i amning, eftersom den förväntade förlossningen ligger emellan (5). De flesta anser att amning är naturligt och att det just

därför helt säker ordnar sig (6). Dagens korta eller obefintliga vårdtider på BB blir den arena där amningen ska etableras. Det innebär att barnhälsovården får ett stort ansvar för att uppmärksamma hur amningen går och framförallt för att stärka 6-månaders amning som idag rekommenderas (7).

Det ideala är naturligtvis om barnhälsovården sköts som en självklar del i familjeläkarmottagningen. Husläkaren som känner familjen kan på ett osökt sätt ge anpassat stöd tidigare än andra yrkesgrupper. Amning eller inte är framförallt en fråga om kvinnans inställning, upplevelser och livsvillkor efter förlossningen. Dvs. hur ser hela familjesituationen ut – ytterligare barns behov som ska tillfredställas, sociala villkor, nätverk och inte minst hur kvinnan mått tidigare och hur hon mår efter förlossningen.

Stor medicinsk betydelse

Den mångdimensionella handling som amning innebär och som är en logisk avslutning på en graviditet är så mycket mera än näring till barnet. Det handlar om känslomässig ”bounding” till barnet, kroppens återhämtning efter graviditeten, stunder med lugn och ro för eftertanke inför en förändrad familjebild. Amning har också en stor medicinsk betydelse för barnet med det immunologiska skydd som bröstmjölken ger och för mamman med ett möjligt förebyggande av bröstcancer. Med detta breda perspektiv borde det vara en självklarhet för oss allmänläkare att engagera oss i amningsfrågan. Om och när vi har BVC

kan vi engagera oss djupare i möjligheterna att ge ett bra och individualiserat amningsstöd till kvinnor där tecken syns till amningssvikt. Ett sådant stöd blir bra först när hela familjebilden är tydlig för den som har möjlighet att agera.



Margaretha Lööf-Johanson
Mörbylånga, doktorand
0485.40311@telia.com

Carl Edvard Rudebeck
med dr, handledare

Referenser

1. Breast cancer and breastfeeding: The Lancet 360.No 9328; July 2002
2. Amning. En bok om amning och bröstmjolk. h-fakta 4. Socialstyrelsens byrå för hälsoupplýsning. Socialstyrelsen 1982.
3. Folkhälsorapport 2005.s 123-124;252-253; Socialstyrelsen 2005.
4. Tidskriften Arena. Juli 2005
5. Lena Dahl. Amningspraktikens villkor. Akademisk avhandling. Göteborg Studies in educational sciences 220.2004
6. Egna opublicerade data. Vad påverkar kvinnors amningsbeteende.

ANNONS

För patienter utan övriga riskfaktorer kan ASA inte rekommenderas för prevention av hjärtkärlsjukdom



ASA minskar risken för hjärtkärlsjukdom hos vuxna med ökad risk. Det är oklart om kvinnor har samma nytta som män. Journal of American Medical Association har publicerat en metaanalys av sex olika studier gällande primärprevention av hjärtkärlsjukdom med ASA hos män och kvinnor med låg risk (1). Man tog med studier som var prospektiva, randomiserade, med deltagare utan känd hjärt-kärlsjukdom och som rapporterade resultat i form av hjärtinfarkt, stroke och hjärt-kärl dödlighet samt biverkningar i form av allvarliga blödningar. Man hittade sex studier med sammanlagt knappt 100 000 deltagare.

För både kvinnor och män minskade ASA risken för sammanlagda hjärt-kärlhändelser på grund av dess effekt att minska risken för ischemisk stroke hos kvinnor och hjärtinfarkter hos män. ASA ökade dock signifikant risken för allvarliga blödningar i motsvarande storleksordning hos både män och kvinnor.

Resultaten kan sammanfattas som att man behöver behandla 333 kvinnor eller 270 män i drygt 6 år för att undvika en hjärtinfarkt, stroke eller hjärt-kärl dödsfall hos någon av dem under dessa 6 år. Ett annat sätt att uttrycka detta på är att man under 6,4 års behandling undviker

3 allvarliga hjärt-kärlhändelser hos 1 000 behandlade kvinnor och 4 händelser hos 1 000 ASA-behandlade män. Priset är 2,5–3 allvarliga blödningar för 1 000 behandlade under 6,4 år.

Anders Hernborg

Allmänläkare och informationsläkare
Läkemedelskommittén Halland
Anders.hernborg@lthalland.se

1. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women and Men. A Sex-Specific Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. JAMA. 2006;295:306-313

Kunskapens ljus

Örebro läns allmänläkarklubb har delat ut "Kunskapens ljus" – pris för bästa pedagogiska insats inom allmänmedicinen – till avdelningsläkare Per-Ola Sundin, medicinska kliniken,



Per-Ola Sundin

Universitetssjukhuset i Örebro. Han får priset för sitt utomordentliga arbete med att skapa bättre utbildningsföretag för ST-läkare i allmänmedicin. Genom sitt nyskapande arbetssätt i planering och genomförande av våra ST-läkares tjänstgöring på medicinkliniken, ges unika möjligheter att förverkliga författningens intentioner om en individualiserad och målstyrd utbildning. Arbetssättet sätter en ny standard för uppläggning av kliniktjänstgöring.

Priset består av ett vandringspris i form av en ljusstake i silver med plats för kunskapens ljus samt ett diplom.

Bengt Karlsson, Örebro
bengt.karlsson@orebroll.se

Varför vill inte patienter börja med insulin vid typ-2 diabetes?

Patienter med typ-2 diabetes brukar inte ha några problem med att inse vikten av livsstilsförändringar eller att vilja börja med tablettbehandling. Senare tvekar dock många när de kan behöva börja med insulin. En tysk avhandling [1] visar att detta motstånd främst beror på rädsla för viktuppgång, även om oro för smärta och svårighet att acceptera att sjukdomen blivit så pass allvarlig är bidragande

orsaker. Många är förstås dessutom rädda för att det skall bli krångligt att ta insulin varje dag. När patienterna väl börjat med insulin så märkte de att det inte var så besvärligt som de trodde innan.

Roland Morgell

1. Scholze, Andrea: Angst vor Insulintherapie bei Typ-2-Diabetikern. Bamberg 2005.

Blir man utbränd om man brinner?

Det är känt att utbrändhet och utmattningssyndrom kan bli följden av långvarig arbetsrelaterad stress. Resultaten från en ny avhandling vid psykologiska institutionen vid Stockholms universitet [1] kan tolkas som att endast dem som är drivna av ett innerligt engagemang i arbetet riskerar att bli utbrända. En kroniskt dålig arbetssituation förvandlar forna eldsjäl till glödhärdar av pyrande missnöje, medan Typ A-människor inte tycks drabbas av utbrändhet på samma sätt. Att Typ A-människor inte löper samma risk för utbrändhet betyder inte att detta beteende inte har negativa effekter på hälsan. Tvärtom tycks den ständiga hetsjakten på



resultat och prestation vara kopplad till överansträngning och utmattning. Det är också känt sedan tidigare att dessa personer löper en större risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar.

Roland Morgell

1. Ulrika Eriksson Hallberg: "A thesis on fire: Studies on work engagement, Type A behavior and burnout". Stockholms universitet 2005

ANNONS

Hittar primärvården patienter som har astma?

Den första beskrivningen av astma kommer från en 4 500 år gammal kinesisk text. Men det är först numera som astma blivit en av de vanligaste folksjukdomarna. På 1960-talet hade 1–2% av den svenska befolkningen astma, medan det idag uppskattas till 6–10%. Det finns flera hypoteser men orsakerna är långt ifrån kända.

Epidemiologiska studier kan användas för att beskriva sjukdomsförekomst i befolkningen. Ofta används enkäter som frågor efter symptom och som kompletteras med kliniska undersökningar av ett urval personer. Denna typ av undersökningar kan liknas vid en fisketrål som fångar alla med ett visst tillstånd i befolkningen. Se figur 1.

Det är sådana mätningar som visat en prevalensökning. Förutom självrapporterad astma har även symptom och objektiva mått som allergisk sensibilisering ökat. Idag visar flera studier dock att prevalensen verkar plana ut eller rentav minska.

Huvudansvaret för behandling av astma har överförts från sluten till öppenvård, sedan inhalationssteroider minskat behovet av sjukhusvård. Primärvård är störst inom den öppna vården, men även barnläkare i öppen vård behandlar barn med astma. Ungdomar behandlas hos barnläkare, vårdcentral eller i samarbete.

Vissa vårdcentraler har infört astmamottagningar, där en sjuksköterska i samarbete med en ansvarig läkare på ett strukturerat sätt genomför utredningar och uppföljning av astma och har tillräcklig tid för verksamheten. Inom Uppsala-Örebro regionen har ungefär hälften av vårdcentralerna astmamottagning.

Min första studie var en tvärsnittstudie, en träl av 5 000 individer i den vuxna värmäländska befolkningen. Drygt 200

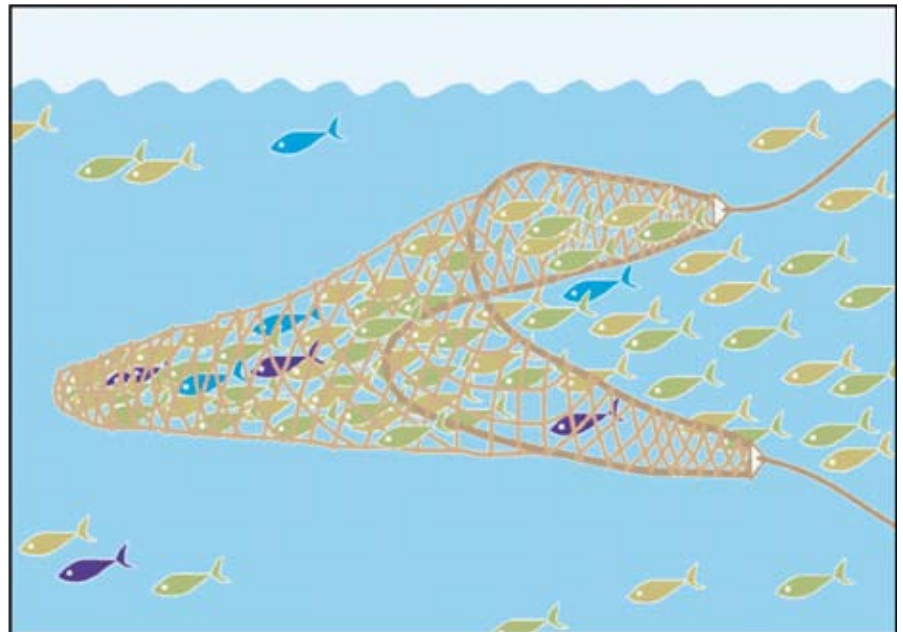


Illustration: Julia Megyeri

Figur 1. Tvärsnittsstudier kan liknas vid att tråla efter en viss sorts fisk.

personer genomgick en klinisk undersökning med spirometri som visade att 8% av dem har astma. Hälften angav att de hade tidigare fått en diagnos. Genom att tänka sig förekomsten som åtta personer så angav fem att primärvården var deras huvudkontakt. En person sökte inte vård alls, en hade kontakt med lungkliniken och en fick recept på lufrörsvidgande vid besök hos annan läkare, t.ex. företagshälsovård eller gynekolog. Se figur 2.

Den andra studien tittade på prevalensen av diagnosticerad astma på vårdcentraler inom Uppsala-Örebro regionen. Det finns flera journalsystem, olika tradition att sätta diagnos och det var svårt att få ut data från alla vårdcentraler. Men 137 vårdcentraler kunde rapportera tillförlitliga data. Den genomsnittliga prevalensen, motsvarande andelen av befolkningen med diagnos astma under en tvåårsperiod var 2%. Det motsvarar de två glada gubbarna i vårdcentralgruppen till

höger i figur 2. Men det fanns skillnader i diagnosprevalens mellan vårdcentralerna, högre diagnosgrad 2,5% noterades på vårdcentraler med astmamottagningar mot dem som erbjöd vanlig vård 1,7%. ►►

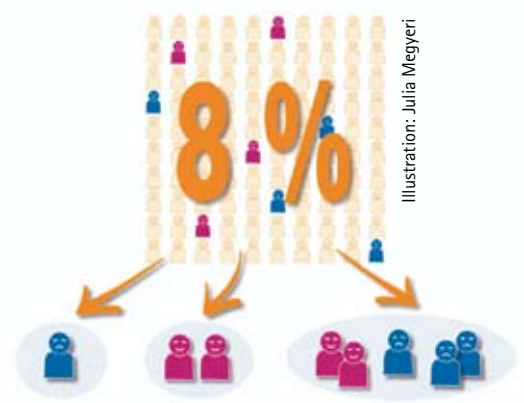
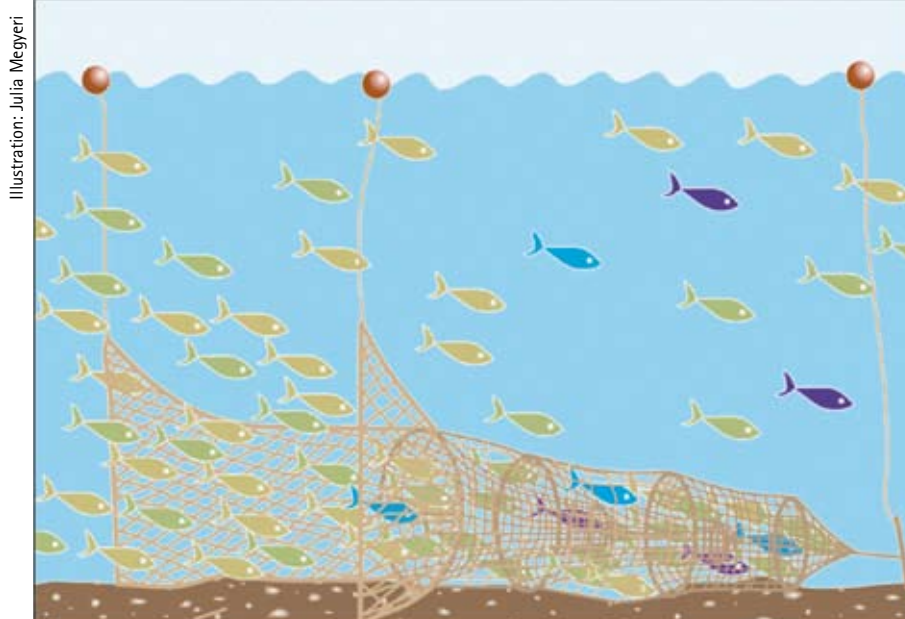


Illustration: Julia Megyeri

Figur 2. Av 100 personer har 8 astma, de glada har en klinisk diagnos. Från vänster, en söker inte vård alls, två har kontakter på sjukhus eller vårdgivare utanför primärvården. De fem till höger har sin huvudkontakt inom vårdcentral men bara två har en registrerad diagnos.

ANNONS



Figur 3. En ryssja, eller en vårdcentral, fångar de som simmar in.

Avhandling: Epidemiological Aspects of Asthma in Primary Care. Special Reference to Prevalence, Clinical Detection and Validation

Doktorand: Mikael Hasselgren

Institution: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, enheten för allmän- medicin och klinisk epidemiologi, Uppsala Universitet

Datum: 2005-12-09

Handledare: Gunnar Johansson, Uppsala och Staffan Janson, Karlstad

Opponent: David Price, Aberdeen

Länk: http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_uu_diva-6144-1_fulltext.pdf

Skillnaderna var oberoende av storlek, landsting och bemanning utan det var förekomst av astmamottagning som var en viktig faktor. Det var inte heller så att astmamottagningar behandlar fler barn med astma eller tar emot många astmapatienter från andra områden som förklarade skillnaderna.

Detta innebär att astmamottagningar är bättre på att fånga patienter med astma i sin befolkning och att sätta diagnos. En astmamottagning har därmed möjlighet att ge vård till en större del av dem med astma i upptagningsområdet. Ett sätt att illustrera detta är att tänka sig vårdcentraler som ryssjor. En ryssja fångar inte alls som en trål, men de kan säkert ha skilja sig åt i sin förmåga att fånga fiskar. En astmamottagning har en bättre fångstförmåga. Se figur 3.

En annan tvärsnittsstudie jämförde ungdomar med astma som behandlades i primärvård med dem som behandlades på barn- och ungdomsmottagningar. Primärvården hade problem med bristande kontinuitet och lägre besöksfrekvens, men gick inte att påvisa skillnader i behandlingsresultat mätt som symtomfrihet eller akutbesök. De som gick på barnmottagningar hade dock haft astma

längre och med en högre svårighetsgrad. Om man ser till hela gruppen tonåringar med astma så är det uppenbart att de har mycket symptom och inte använder förebyggande mediciner på "rätt" sätt.

Vi studerade också vilka riskfaktorer i inomhusmiljön som kan tänkas orsaka astma och allergi hos barn. Undersökningen var dels en "trål" av alla barn i Värmland år 2000 och dels en fallkontrollstudie där vi letade potentiella riskfaktorer. Ett spännande fynd från denna studie är samband mellan ftalater (mjukgörare av plast) och astma och andra allergiska sjukdomar. Riskfaktorerna kommer att testas i en ny studie, Swedish Environmental Longitudinal Mother/Child and Allergy. Det finns flera kunskapsluckor om orsakssambanden mellan miljö och sjukdomsutveckling

Sammanfattningsvis visar avhandlingen att förekomsten av astma ligger i linje med andra nationella och internationella jämförelser. Att hälften av dem som hittas med en enkät och valideringar har en klinisk diagnos överensstämmer också med tidigare undersökningar. I tidigare sammanställningar av SBU och Cochrane har fördelen av astmamottagningar

varit måttlig. Ny kunskap är att det kan finnas skillnad i kvantitet, att astmamottagningar ger förutsättning att ge vård till fler med astma. För ungdomar med astma verkar organisationsformen vara av mindre betydelse. Det är generellt svårt att behandla ungdomar med astma.

Att försvara en klinisk avhandling i allmänmedicin är slutet på en lång resa, för mig ett decenniums deltidarbete av varierande intensitet, varvat med klinik och föräldraskap. Ett problem med deltidarbete och olika forskarmiljöer är avsaknaden av en tydlig röd tråd.



Mikael Hasselgren
Mikael.hasselgren@liv.se

ANNONS

Avhandling om Erytema migrans i primärvård

9 december 2005 försvarade Louise Bennet, Tullgårdens vårdcentral i Karlskrona, sin avhandling om Borreliainfektioner i primärvård vid Lunds universitet. Disputationen gick av stapeln på allmänmedicinska institutionen i Malmö med Sigvard Mölsted som fakultetsopponent.

Vanlig infektion i primärvården

Lyme borrelios är den vanligaste vektorburna infektionen på norra halvklotet. Den lokala hudinfektionen, erytema migrans, representerar ca 70% av fallen och nästan alla diagnostiseras och behandlas i primärvården.

Redan 1910 beskrevs erytema migrans som en migrerande ringformad hudrodnad efter fästingbett av den svenske hudläkaren Arvid Afzelius. Under 40-talet behandlades erytema migrans och acrodermatit med penicillin av svenska läkare och en spirochetliknande struktur föreslogs som agens. Det dröjde dock till 1980-talet innan Lyme borrelios blev ett begrepp och borrelia-spirocheten upptäcktes i samband med endemiska utbrott av ledinflammationer hos barn i "Lyme district" i Nordamerika.

Södra Sverige, speciellt kustlänen Kalmar och Blekinge, är högendemiskt område för Lyme borrelios och avhandlingen bygger på tidigare lokal forskning i Blekinge inom området liksom traditionen med tvärvetenskapligt arbetssätt. Insjuknandet i erytema migrans i Blekinge har ökat 3-faldigt sedan början av 90-talet.

Avhandlingen består av fyra delarbeten med olika inriktning som väl speglar respondentens utveckling som forskare. Den första studien är en retrospektiv studie som visar att risken att insjukna i Lyme borrelios ökar om man tidigare haft infektionen. Den andra studien visar att penicillin ger god utläkning, vilket internationellt inte är accepterat. Den tredje studien visar på samband mellan klimat och fästingförekomst respektive infektion. Den fjärde studien visade olika hudmanifestationer beroende på faktorer som kön och borreliaart.



Foto: Anders Halling

Bildtext?

Flera intressanta fynd

Erytema migrans diagnostiseras huvudsakligen under sommarmånaderna, snarare beroende på när människor vistas i naturen än när fästingen är mest aktiv. Medelålders kvinnor löper ökad risk att insjukna, trots att de var fästingbitna i samma utsträckning som män. Skillnader i exposition eller immunitet skulle kunna tänkas förklara observerade könsskillnader. Kvinnorna vistades mindre i skog och mark och vidtog fler skyddsåtgärder, men indikationer finns på att kvinnor attraherar fästingarnas värdsökande stimuli och att äldre kvinnor lättare blir infekterade med borrelia vid fästingbett.

Den kliniska manifestationen av erytema migrans visade sig bero både på kön och vilken form av borrelia som orsakat infektionen. Borrelia afzelii visade sig vara vanligast. Ungefär hälften av infektionerna var klassiskt ringformade. Kvinnor drabbades oftare av icke ringformade erytem om de smittats av B afzelii, vilket skulle kunna innebära ökad risk för utebliven behandling och därmed risk för spridd borreliainfektion.

Säsongsincidensen av erytema migrans varierar avsevärt mellan de studerade

Disputation 051209

Louise Bennet

Erytema Migrans in Primary Health Care

Media-Tryck

Lund 2005

ISBN 91-85481-14-9

Department of Clinical Sciences, Malmö
Lund University

Fakultetsopponent: Sigvard Mölsted

Handledare: Johan Berglund, Anders
Håkansson, Anders Halling

åren. Klimatfaktorer påverkade beteendet hos både fästingar och människor. Kalla vinterdagar minskar förekomsten av fästingar medan varma somrar ökar människors vilja att vistas i skog och mark.

Forskningen fortsätter kring den immunologiska reaktionen vid borreliainfektion. Teoretiskt kan kvinnor vara mer mottagliga för borrelia än män och därmed också få mer uttalade lokala reaktioner.

Avhandlingen har under vintern uppmärksammats i media både lokalt och rikstäckande på ett sätt som är ovanligt för en allmänmedicinsk avhandling.

Karin Ranstad

ANNONS

Stressande kvinnor med god social ställning får oftare bröstcancer

En ny allmänmedicinsk avhandling presenterades i Göteborgs den 3 juni 2005. Då försvarade Östen Helgesson sin avhandling om psykosociala aspekter på cancersjukdom hos kvinnor. Studiematerialet är hämtat från kvinnopopulationsstudien i Göteborg.

Kvinnopopulationsstudien i Göteborg startade 1968–69 och har följts upp vid fyra skilda tillfällen, vilket möjliggjorde uttag av 24-års incidensdata för avhandlingen. Syftet med avhandlingen var att studera registrering av cancerincidens, psykosociala faktors påverkan som riskfaktor och förändringar i livskvalitet för kvinnor med cancer-diagnos.

Verifikation och registrering av cancerdiagnos baserades på anamnes och klinisk undersökning i populationsstudien, data från cancerregistret, information från öppen- och slutenvårdsjournaler, histologiskt utlåtande, intervju av

ej deltagande kvinnor per telefon eller mail samt information om avlidna genom dödsbevis.

Studiepopulationen visade sig ha liknande bild avseende incidens och prevalens som kvinnor i riket. Samstämmigheten mellan cancerregistrets data och populationsstudien var mycket hög.

Hög socioekonomisk status var korrelerat till högre cancermortalitet i motsats till minskad kardiovaskulär mortalitet. Denna korrelation var oberoende av utvalda riskfaktorer. Mental stress visade sig vara en oberoende riskfaktor för bröstcancer.

Livskvaliteten, mätt med SF-36, påverkades negativt av att leva med cancer under de första fyra åren, men efter detta fanns ingen skillnad i subjektivt skattad hälsa förutom en lägre score avseende "general health". Överlevande med bröstcancer beskrev en känsla av trötthet och energilöshet mätt genom en lägre score avseende "vitalitet".

Fakultetsopponenten Sigvard Mölstedt ledde disputationen på ett trevligt sätt med väl avvägda frågor och ifrågasättanden, vilket respondenten med stor skicklighet besvarade. Östen Helgesson lyckönskas med förhoppning om fortsatta studier i ämnet.

Jörgen Månsson, Kungsbacka
jorgen@huslakarna.se

Avhandlingens titel: Psychosocial aspects of cancer in women: The prospective population study of women i Göteborg

Institution: Institutionen för samhällsmedicin, avdelningen för allmänmedicin, Göteborgs universitet

Disputand: Östen Helgesson
Tel. 031-834051.
e-post: h.helgesson@privat.utfors.se

Huvudhandledare: Lauren Lissner

Biträdande handledare: Professor Calle Bengtsson

Notis

Utbildningsmaterial om Hälsa, Arbete och Kön

Landstinget i Stockholm har tillsammans med Landstingsförbundet skapat en vandringsutställning om sambanden mellan kön, arbetsförhållande och hälsa. Utställningen har bland annat visats i entréhallarna på flera sjukhus, då man ville nå både personal och allmänhet. Utställningen finns nu både sammanställd som en A4-skrift och tillgänglig via landstingets hemsida www.sll.se under jämställdhet. Dessutom finns ett arbetskompendium med kunskapsfrågor

och värderingsövningar samt ett handledarkompendium för chefer och andra som vill diskutera på sin arbetsplats. Med personal och Karolinska institutet som målgrupp har man även sammanställt utbildningsmaterial samt ordnat föreläsningar och arbetsplatsträffar. Inte minst lärarna på KI är viktiga att nå, eftersom deras attityder förmedlas till dem som i framtiden kommer att arbeta i vården. Kontakta birgitta.evengard@sll.se om du vill veta mer eller rekvirera material.



ANNONS

Kolinesterashämmare vid Alzheimers sjukdom – en återvändsgränd?

Demenssjuka patienter och deras anhöriga har rätt att ställa höga krav på sjukvården och primärvården i synnerhet. Förväntningarna på läkemedel är högt ställda, men underlaget för att rekommendera farmakologisk behandling är svagt. Risken är att intresset förskjuts från det viktiga omhändertagandet, där kontinuitet och tillgänglighet är av stor vikt. Donepezil har inte visats förbättra betydelsefulla funktioner för patienter eller anhöriga på lång sikt. Övriga medel är inte utvärderade ur det perspektivet.

Demenssjukdomarna utgör en vanlig orsak till försämrad livskvalitet för patienter och anhöriga och vårdbehoven betingar stora samhällskostnader, som har uppskattats till mer än 40 miljarder kronor per år i Sverige [1]. SBU beräknar antalet patienter med Alzheimers demens (AD) till 90 000. Närmare 50% av individer över 90 års ålder beräknas ha någon form av demens. Kostnaden för kolinesterashämmarna uppgår för närvarande till ca 300 miljoner per år.

Klinik

Cirka 60% av alla demenser orsakas av AD, som är en neurodegenerativ sjukdom, som med säkerhet endast kan diagnostiseras post mortem. På avbildningar av hjärnan (CT, MRT, SPECT) kan ofta atrofiska förändringar ses, men dessa kan saknas – särskilt i sjukdomens tidiga skeden – men de kan även ses vid normalt åldrande [2], varför sjukdomen vanligen diagnostiseras kliniskt. När andra sjukdomar (som t.ex. vaskulära skador, eller psykiska sjukdomar) utesluts ska kognitiv svikt med minnessvikt, progress (under minst 6 månader) uppfyllas för att diagnosen ska kunna ställas. Försämrade ADL-förmågor brukar också

krävas [3]. Den kliniska bilden liksom försämringstakten varierar stort, och den går olika fort under olika faser av sjukdomen. Medelvärden av försämringar är därför väldigt svåra att tolka.

Pålagringar i form av social svikt (t.ex. dålig kosthållning och bristande mental stimulans) och psykiatriska symtom (depressioner, ångest, aggressioner) är vanliga. Betydelsen av god omvårdnad kan därför inte nog betonas, och speciellt den initiala "interventions(placebo)-effekten" vid behandling är därför stor. Det måste man komma ihåg, särskilt när studier utan placebokontroll redovisas. Där används ofta "förväntat sjukdomsförlopp" som jämförelse, vilket inte tar hänsyn till denna betydande interventionseffekt.

Metodproblem vid studier av AD

En mängd skattningsskalor har skapats för att användas vid studier av AD. De är generellt dåligt anpassade till kliniskt arbete och avspeglar inte flera av de problem, som är förknippade med AD (bristande validitet). De vanligaste skalorna är ADAS-cog (Alzheimer Disease Assessment Scale – cognitive subscale) med 70 steg och CIBIC+ (Clinician's Interview Based Impression of Change scale with caregiver input). Kliniskt används oftast MMT/MMSE (Mini Mental State Examination) med 30 steg.

Behandlingsstudier med läkemedel vid AD har en tendens att övervärdera vinster och undervärdera bieffekter. Bortfallet är i många studier stort – ofta 30–40 procent. Ofta redovisas resultatet med metoden "Last observation carried forward" (LOCF). För en sjukdom med progressiv försämring som AD, medför det att effekten av behandling överskattas eftersom behandlingsavbrott pga. biverkningar (vanligare i den aktivt behandlade gruppen) i regel sker tidigare än avbrott pga. bristande effekt [4]. Eftersom de

flesta av behandlingsmålen är svåra att mäta är det svårt att utvärdera effekten av behandling. Behovet av dubbelblinda randomiserade och kontrollerade studier (RCT) är stort. Flera meta-analyser och systematiska sammanställningar är nu tillgängliga, och bör ligga till grund för beslut om hur vi behandlar patienter med Alzheimers demens.

Vilka utfall är viktiga för patient och vårdare?

Eftersom ingen botande behandling finns, kan man definiera följande behandlingsmål för patienter som bor i eget boende [5]:

- Att undvika eller skjuta upp behov av institutionsboende.
- Att bevara ADL-funktioner och kognitiva funktioner som att läsa och skriva, att delta i samtal, att ha glädje av radio, TV och musik.
- Att förbättra patientens och vårdgivarens livskvalitet.
- Att undvika läkemedelsbiverkningar och extra kostnader eller läkarbesök.

Resultat från kontrollerade studier (RCT)

Kan institutionalisering fördröjas med hjälp av kolinesterashämmare?

En stor oberoende långtidsstudie finns som försökt svara på detta – AD2000 [6]. Det är en engelsk primärvårdsstudie, med klinisk bas, där donepezil (Aricept) jämfördes med placebo. Mycket färre patienter än planerat kunde inkluderas, eftersom guidelines från NICE under studien kom med en positiv rekommendation om donepezil. Man kunde dock inte finna några hållpunkter för att institutionalisering uppskjöts med farmakologisk behandling. AD2000 har liksom de flesta studier brister, men är ändå den enda som följt patienterna under längre tid (3 år). ►►

ANNONS

Hälsoekonomiska bedömningar

Hälsoekonomiska studier har hypotetiskt kalkylerat med vissa vinster, men det har inte kunnat styrkas. "It is difficult to quantify benefits from the evidence available in the literature. Statistically significant improvements in tests such as ADAS-cog may not be reflected in changes in daily life" [7]. SBU konstaterar: "Det är... inte möjligt att dra några slutsatser... angående kostnadseffektivitet för läkemedelsbehandling" [1]. I en nyare brittisk sammanställning konstateras att kolinesterashämmarna inte kan betraktas som kostnadseffektiva med de mått som vanligen används av det brittiska sjukvårdssystemet NHS [8].

Kolinesterashämmarna och kognition

En nyligen publicerad sammanställning fann att det vetenskapliga underlaget för att rekommendera kolinesterashämmare bör ifrågasättas. Behandlingseffekten är blygsam, biverkningsproblematiken är påtaglig och metodproblemen i studierna är stora med en tendens att över-skatta läkemedlens effekter. Ett vanligt metodproblem man noterade var hur de ofta stora bortfallen i studierna hantades [9].

En kanadensisk metaanalys med 16 RCT fann vid jämförelse med placebo:

- 9% fler patienter uppvisade förbättringar på skalor som t.ex. CIBIC+.
- 8% fler patienter fick biverkningar [10].

Systematiska sammanställningar

NICE

Engelska NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) har i ett preliminärt yttrande från mars 2005 skrivit att man tycker att kolinesterashämmarna har för dålig dokumentation för att man överhuvudtaget skall använda dem vid Alzheimers sjukdom. Slutsatsen har modifierats i en senare version. Under vissa villkor är nu medlen "recommended as options" för patienter med medelsvår AD (MMSE 10–20 p), men inte för mild AD (MMT 21–26 p). Kraven på utredning och uppföljning är mycket noggranna [11].

CCOHTA

Kanadas motsvarighet till SBU – CCOHTA – har gjort en liknande analys och av identifierade 1000 artiklar skulle 200 kunna vara relevanta, men bara 69 höll måttet med hänsyn till de uppställda inklusionskriterierna. Dessa svarade mot 25 olika unika studier, vilket visar att många enskilda studier presenteras i flera olika artiklar ("multiple publications"). Analysen påvisade att patienter kunde uppleva förbättrad livskvalitet efter 12 veckors behandling med donepezil, men att effekten försvann efter 24 veckor. Tre studier analyserade graden av "institutionalisering", men fann ingen skillnad mellan aktiv behandling och placebo. Definitiva slutsatser blev svåra att dra, bl.a. eftersom man använde en mängd olika skalor för rapportering och uppföljning, att studier inte alltid publicerades ("publication bias") och att biverkningar inte definierades [12].

Therapeutic Letter

I en sammanställning av RCT från universitetet i British Columbia [5] fann man 11 studier angående donepezil som visade positiv effekt avseende kognitiva effekter jämfört med placebo under observationsstudier på 3–12 månader. Rivastigmin har studerats i 5 studier över 3–6 månader med liknande resultat. Galantamin har studerats i 5 studier över 6–12 månader. Slutsatsen blev att vissa mätbara men blygsamma förbättringar gick att finna, men att deras kliniska signifikans var svår att värdera. Man konstaterade att donepezil inte förbättrade livskvaliteten eller förebyggde institutionalisering, men att för de övriga preparaten var underlaget för litet för att dra några slutsatser. Möjligheten av en "klasseffekt" uteslöts inte.

SBU

Sammanfattningen av SBU:s omfattande rapport om demenssjukdomar har nyligen publicerats [1]. Man konstaterar att resultaten från studier med kolinesterashämmare vid AD är svåra att generalisera eftersom de ofta gjorts vid specialkliniker och förutom farmakologisk behandling ofta inneburit ambitiösa omhändertä-

gandeåtgärder. Behandling med donepezil i 6–12 månader och galantamin i 6 månader bedömdes kunna förbättra eller vidmakthålla den globala funktionen och kognitiv funktion vid lätt till måttlig AD. För rivastigmin gällde detta bara kognitiv funktion. SBU anger att stabilisering eller förbättring kunde ses hos 57–75 procent av de behandlade och hos 42–56 procent av placebopatienterna. Effekten av läkemedelsbehandling motsvarade i genomsnitt 1,5 poäng bättre än kontrollgruppen mätt med MMT. SBU noterar också att biverkningsproblematiken är betydande.

Finns skillnader

mellan olika kolinesterashämmare?

Inga dubbelblinda RCT finns över jämförelser, men tre öppna eller partiellt blinda studier finns, som var och en hävdar att just deras respektive sponsors medel är bäst! [5]

Kan behandling

med kolinesterashämmarna avbrytas?

Frågan har varit kontroversiell. Man har befarat att det skulle uppstå en snabb irreversibel försämring vid utsättande. AD2000 observerade minst 167 patienter som avbröt donepezilbehandling under dubbel-blinda förhållanden och det fanns inga tecken på bieffekter av detta. Andra studier har påvisat en snabb försämring när behandlingen avslutats [13]. SBU konstaterar endast att "detta förhållande... inte varit föremål för systematiska studier varför kunskapen är osäker." [1] En snabb försämring (inom några veckor) efter att kolinesterashämmare utsatts måste rimligen tolkas som att behandlingen haft effekt och den kan då återinsättas.

Ny evidens om prevention

Är det viktigt att tidigt ställa diagnosen AD och inleda behandling? Definitions-mässigt är detta svårt, eftersom de diagnostiska kriterierna förutsätter nedsatta funktioner OCH progression. Olika typer av "förstadier" har man försökt hitta och definiera. Minor Cognitive Impairment (MCI) är den vanligaste. Diagnosen ställs om ingen annan sjuk- ►►

dom förklarar den nedsatta kognitiva funktionen (OBS – ej isolerad minnesstörning) [1]. Tidig behandling av MCI har misslyckats. Donepezil har testats på patienter med MMT på 27 och med en medelålder på 73 år. Under en period på 3 år fick patienterna ingen effekt, men ett flertal biverkningar [5].

Två stora opublicerade RCT angående galantamin visade inte heller någon effekt. Däremot fann man en ökad dödlighet, (1,4% av galantaminbehandlade, 0,3% av placebobehandlade) vilket föranledde utfärdandet av säkerhetsvarningar i Canada, och ändring av produktresumén i Europa. De europeiska läkemedelsmyndigheterna genomför nu en granskning av säkerheten för galantamin och övriga kolinesterashämmare [14].

Andra studier

Nya studier presenteras kontinuerligt. De är i de flesta fall öppna behandlingsstudier, uppföljningar eller försök att vidga indikationsområdena. SBU pekar på stort behov av ytterligare forskning. Andra författare specificerar forskningsbehoven till områdena diagnostik/differentialdiagnostik, identifikation av responders och utvärdering av uppföljningsmetoder [9]. Dessa problem observerades tidigt under introduktionsfasen av läkemedlen, men har ännu inte funnit sina svar [15].

SFAM.L:s slutsatser

Demenssjuka patienter och deras anhöriga har rätt att ställa höga krav på sjukvården och primärvården i synnerhet. Förväntningarna på läkemedel är högt ställda, men underlaget för detta är tyvärr svagt. Risken är att intresset förskjuts från det viktiga omhändertagandet. Vår bedömning berör kolinesterashämmarna, vilka är godkända och registrerade för behandling av mild och måttlig AD. De små effekter som visats kan bero på att diagnosen inte är korrekt, att ingen progressiv sjukdom föreligger, att bortfallet i studierna gynnar den aktiva behandlingen, men kan också bero på att bara vissa patienter svarar på behandlingen (responders). Svårigheterna kan också bero på att utvärderingsredskapen (skalorna) inte är funktionella.

Allmänt om läkemedelsbehandling vid demens

- Demenssjukdom ställer stora krav på omhändertagande och vårdkedjor. Kontinuitet och tillgänglighet i behandlingsrelationen är av stor vikt.
- Metodproblem gör att resultaten i studier innebär att behandlingseffekter ofta överskattas.
- Det saknas vetenskapligt underlag för att behandla andra demensformer än Alzheimer med kolinesterashämmare.

Om behandling av Alzheimer demens med kolinesterashämmare

- Det vetenskapliga underlaget för behandling av AD med kolinesterashämmare är bristfälligt.
- Kolinesterashämmare har inte visats påverka sjukdomens förlopp, effekten begränsas till symtomlindring.
- Donepezil har inte visats förbättra betydelsefulla funktioner för patienter eller anhöriga på lång sikt. Övriga medel har inte utvärderats utifrån dessa aspekter.
- Kolinesterashämmare orsakar ofta besvärande biverkningar, även allvarliga biverkningar finns beskrivna.
- Vid korrekt diagnostiserad AD är det rimligt att överväga att pröva behandling med kolinesterashämmare om patient och anhöriga så önskar.
- Det finns inga övertygande belegg för att det är skadligt att pröva bryta behandlingen under 2–3 veckor, med beredskap att återinsätta den om klar försämring inträder
- Om behandling med kolinesterashämmare inleds är det angeläget att den följs upp noggrant, regelbundet och strukturerat och att behandlingen avslutas om ingen övertygande effekt finns inom 6–12 månader. Detta bör tydliggöras och planeras tillsammans med patient och anhöriga innan behandlingen påbörjas. Man bör även begränsa förväntningarna till realistisk nivå genom att upplysa om blygsam effekt hos en minoritet av patienterna.

För SFAM.L
Robert Svartholm
Jan Håkansson
Anders Hernborg
polarull.svartholm@telia.com

Referenser

1. SBU. Demenssjukdomar. En systematisk översikt 2005. <http://www.sbu.se/>
2. Wallin A. Alzheimers sjukdom. Nord Geriatrik 2005;5:16-23.
3. Alastair JJ. Treatment of Alzheimer's Disease. NEJM 1995;341:1670-77..
4. Melander H. Bortfallsproblemet i läkemedelsstudier av demenssjukdomar. Information från Läkemedelsverket 7-8/2002
5. Therapeutic Letter 56. Drugs for Alzheimer's disease. University of British Columbia, Vancouver, Canada. 2005. <http://www.ti.ubc.ca/pages/letters56.htm>
6. Courtney C, Farrell D, Gray R, et al. for the AD 2000 Collaborative Group. ong-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): Randomized double-blind trial. Lancet 2004; 363:2105-2115.
7. Clegg A, Bryant J. Clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine and galantamine for Alzheimer's disease: a rapid and systematic review. Health Technol Assess. 2001;5(1):1-137.
8. Loveman E, Green C, Clegg A. The clinical and cost-effectiveness of donepezil. Health Technol Assess. 2006; 10 (1). http://www.nccta.org/ProjectData/1_project_record_published.asp?PjId=1398&status=6
9. Kadoszkiewicz H, Zimmerman T, Beck-Bornholt HP, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. BMJ 2005;331:321-327 <http://bmj.bmj-journals.com/cgi/content/full/331/7512/321>
10. Lanctot KL. Efficacy and safety of cholinesterase. CMAJ 2003; 169:557.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (23 Jan 2006) Appraisal Consultation Document. Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease.
12. Perras C, Shukla VK, Lessard C, Skidmore B, Bergman H, Gauthier S. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials [Technology report no 58]. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; 2005.
13. Rainer M et al. Cognitive relapse after discontinuation of drug therapy in Alzheimer's disease: cholinesterase inhibitors versus nootropics. J Neural transmission 2001;108:1327-33.
14. Kompletterande utredning av säkerheten inleds för galantamin (Reminyl) – ett läkemedel mot Alzheimers demens. Information från Läkemedelsverket 1/2005. http://www.mpa.se/observanda/obs05/041216_galantamin.shtml
15. Bandolier New dementia drug. 1997; 40-2. www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band40/b40-2.html

NDR eller inte NDR – det är frågan

Nationella kvalitetsregister för specialistvård har skapats för att läkare och vårdenheter skall kunna följa egna behandlingseffekter och även jämföra med andra. Det nationella diabetesregistret används vid flera vårdcentraler medan andra varit avvaktande.

Jokkmokk vårdcentral rapporterar sedan 2002 till Nationella diabetesregistret, NDR, vilket vi berättat om i tidigare artiklar [1, 2]. Efterhand har vi registrerat allt fler patienter och allt fler vårdgivare medverkar sedan fördelarna visat sig. Det är dock fortfarande många diabetiker som inte registrerats och vi ville se om de skiljer sig från de andra.

2005 hade vi 294 patienter med diabetes, varav en tredjedel (100 patienter) inte rapporterats till NDR. Samtliga läkare och diabetessjuksköterskor har haft patienter som inte registrerats. Patienternas kön var utan betydelse för om rapportering skett eller inte. Bland de yngre patienter som inte rapporterats fanns unga insulinberoende som sköts av barnkliniker. Bland de äldsta oregistrerade fanns multisjuka, de som bor på sjukhem samt en grupp med psykisk sjukdom. Dessutom fanns en stor grupp medelålders som inte registrerats. Andelen med enbart kostbehandling var dubbelt så stor bland de icke registrerade, medan det omvända gällde tablettbehandlade. Behandling med insulin eller kombination låg på samma nivå som för registrerade. Medianvärdet för HbA_{1c} var samma i bägge grupperna.

Diagnosen var tveksam i åtta fall, där det inte av senaste 10–12 årens journalanteckningar framgick hur diagnosen blivit ställd. De utgjorde hälften av patienter med diabetesdiagnos som hade HbA_{1c} under 5,0. Antingen kan man se det som att information och intervention varit framgångsrik eller att sjukvår-

den vid något tillfälle felaktigt stämplat dessa patienter som diabetiker, vilket bland annat medfört livslånga kontroller. Denna grupp är viktig då okunskap kan medföra att registrering används som styrinstrument, om HbA_{1c} median eller medelvärde utan vidare analys används som kvalitetsmått!

Registrering är naturligtvis inget självändamål, utan ska vara ett verktyg i förbättringsarbetet och komma patienterna till del. Varför avstår då vårdgivaren från registrering? De orsaker som framkom var:

- tveksam diagnos
- sämre datorstöd (på filialmottagning)
- annan sjukdom (somatisk eller psykisk)
- vårdgivaren inte intresserad (någon läkare deltar inte alls i registrering)
- inte behov av checklista vid konsultationen (eller att den inte verkar tillämplig?)

Min undersökning gav inte stöd för att man undviker registrering på grund av väldigt dåliga värden. Artikeln finns publicerad i sin helhet på Internet [3].

Peter Olsson

Jokkmokks Vårdcentral
peter_olsson@hotmail.com

1. DiabetologNytt nr 2-3 2003
2. AllmänMedicin nr 6 2003
3. Allmänmedicin Norrbotten
<http://www.nll.se/twosection.aspx?id=35100>

Nationella Diabetes Registret (NDR) är ett program för strukturerad dokumentation och uppföljning av diabetespatienter som startade 1996 som ett verktyg för lokalt kvalitetsarbete. Målet är bättre vård och minskat antal komplikationer i enlighet med St Vincent-deklarationen. År 2005 deltog 640 vårdcentraler och 121 202 patienter inrapporterades. Läs mer på www.ndr.nu

ANNONS

Goda möten berikar

Det är kontakten med patienterna som gör att allmänläkare trivs med sitt arbete. Möten med människor, i olika åldrar och från vitt skilda miljöer kan ge läkaren en vidgad syn på tillvaron. Möjligheten att kunna etablera en längre och kontinuerlig kontakt och lära känna vissa patienter bättre är givande och berikande. Då kan patienten framstå som en individ, och kontakten går utöver sjukdomen. Både djupa möten om existentiella frågor och mer lättsamma kontakter behövs.

Goda möten ”känns i luften”, märks i patientens kroppsspråk och kan rent konkret yttra sig i att patienten visar förtroende för läkaren och hans/hennes förslag till åtgärder.

Läkare upplever sådana goda möten som berikande. De blir ofta berörda och upplever att de växer och utvecklas även som människor. De ger glädje, intellektuell stimulans och är samtidigt mindre energikrävande.

Sammantaget kan man säga att vid ett gott möte blir kontakten med och gensvaret från patienten berikande, samt att det finns en ömsesidig kontakt. Relationen samskapas av patient och läkare, båda parter blir bekräftade i ett sådant möte.

Bakgrund

De flesta undersökningar om läkares arbetsmiljö, visar att läkare beskriver sin arbetsmiljö som pressande samtidigt som de trivs mycket bra med sitt arbete. Jag har länge undrat hur det kan komma sig.

2005 avslutade jag en 4-årig mastersutbildning till gestaltterapeut, arrangerad av Gestalt-Akademien i Skandinavien i samarbete med University of Derby, Storbritannien. I min mastersuppsats valde jag att undersöka mötet mellan distriktsläkare och patient, ur läkares aspekt. Vad är positivt i mötet och hur upplevs det? Tidigare forskning om patient-läkarrelationen fokuserar främst på patientens erfarenheter eller de problem, som läkare upplever.

Sex allmänläkare, tre kvinnor och tre män, med varierande yrkeserfarenhet deltog i studien. Jag bad dem berätta om ett patientmöte eller patientrelation som varit positiv för dem, och försökte förstå vad de upplevt som positivt och hur de upplevde det.

Gestaltterapiens syn på möte

Människan kan inte leva isolerad utan måste ha kontakt med andra för att överleva och utvecklas. Det är i mötet med vår omgivning som vi blir bekräftade och får våra behov tillgodosedda. Sådana möten är av vitt skilda slag, allt ifrån en vänlig blick från en okänd, till ett djupt möte med en närstående. Båda parter bidrar och samskapar till att kontakten utvecklas.

I ett gott möte uppstår en dialog, där människorna strävar efter att förstå den andre, där båda blir sedda och bekräftade.

Hela omgivningen liksom parternas tidigare erfarenheter påverkar ett möte. Båda parter uppfattar mötet ur sitt perspektiv, utifrån sin unika erfarenhet.

Konsultationen delas ofta in i olika stadier, med inledning, själva samtalet och avslutning. På samma sätt ser gestaltterapi mötet mellan två personer som en process. Initialt är båda trevande, och kontakten kan utvecklas på många olika sätt. När processen fortskrider fokuserar båda alltmer på varandra och blir påverkade av mötet med den andra.

Efter en stund av kontakt behöver individen dra sig något tillbaka för att assimilera den nya erfarenheten som kontakten givit. Man gör en kort paus i samtalet eller börjar tala om mer ytliga saker.

Mina erfarenheter

För mig som allmänläkare har gestaltterapi inneburit att jag blivit mer medveten om hur både patienten och jag påverkar relationen mellan oss, både genom det som sägs och det som är outtalat.

Patientens tidigare erfarenheter kan innebära att hon tolkar mig på ett sätt som jag inte alls väntat mig. En i mitt tycke banal undersökning kan skapa stor

oro hos en patient, vars släkting gått bort i en sjukdom med liknande symptom.

När jag kan se mina patienter som individer, med sin personlighet och bakgrund, och inte bara som sjuka personer, blir jag själv mer stimulerad och känner mig berikad. Om jag är medveten om och accepterar att jag känner irritation eller kanske förakt för ett visst beteende, så har jag lättare att bortse från sådana reaktioner och möta patienten som person och med respekt.

Då blir det lättare att inte värdera eller bedöma patientens känslor och reaktioner, utan inse att de är hennes sanning. De finns, även om jag inte förstår dem.

Samtidigt måste jag värdera och bedöma symptom och medicinska behov. Ibland uppstår konflikter mellan det naturvetenskapliga och det humanistiska synsättet, läkarvetenskap respektive läkekonst. [1]

Jag förstår min egen frustration bättre när jag blir medveten om sådana konflikter, vilket gör det lättare att ändå kunna få ett positivt möte med patienten.



Eva Bergholtz, Stockholm
evabergholtz@hotmail.com

Referens:

1. Stolt, Carl-Magnus (1998). *Läkekonst*. Lund: Studentlitteratur;

Litteratur om gestaltterapi:

Hostrup, Hanne (2002). *Gestaltterapi – En introduktion till grundbegreppen*. Stockholm: Mareld Hycner, Richard & Jacobs, Lynne (1995). *The healing relationship in Gestalt Therapy*. Gouldsboro, Maine: The Gestalt Journal Press.

Karlsson, Göran (1998). *Livet tar gestalt*. Göteborg: Promano.

Litteratur om dialog och möte:

Buber, Martin (1993). *Dialogens väsen*. Ludvika: Dualis Förlag AB.

Stolt, Carl-Magnus (2003). *Medicinen och det mänskliga*. Stockholm: Natur och Kultur.

Norges fastlegeordningen i fokus



Foto: Karin Frydenberg

När den framtida primärvården i Sverige diskuteras är det viktigt att ta del av de norska erfarenheterna. 2001 infördes där ett system som de kallar Fastlegeordningen, som bland annat innebär att patienterna väljer sin allmänläkare. Reformen utvärderas fortlöpande med data från Rikstrygdeverket och Statistisk Sentralbyrå. Norges Forskningsråd gör också en vetenskaplig utvärdering utifrån aspekterna läkartäckning, tillgänglighet, kontinuitet och effektivitet, där man hittills genomfört femton större och femton mindre projekt. En intressant rapport sammanställd av vår norske kollega Hogne Sandvik finns tillgänglig på Internet. Här följer en kort sammanfattning.

Läkartäckningen har förbättrats avsevärt. Före reformen hade 67% av befolkningen tillgång till en fast allmänläkare. Fyra år efter genomförandet är siffran 98,5%. En lista har i genomsnitt 1 200 invånare och hälften av listorna är fortfarande öppna. De listade har rätt att byta fastlege två gånger per år.

Stabiliteten bland fastlege är hög, endast 5,5% av avtalen sägs upp varje

år. Omkring 10% av fastlegene finns på arbetsplatser med gemensamma listor, vilket verkar bidra till ökad stabilitet. I glesbygden är det fortfarande problem på vissa ställen, exempelvis 12% läkarvakanser i Sogn och Fjordane.

Kommunerna har rätt att kräva 7,5 timmars arbete per vecka och heltidsanställd fastlege för arbete med exempelvis särskilda boenden och skolhälsovård. Denna möjlighet utnyttjas inte till fullo.

Tillgänglighet har blivit ett viktigare kvalitetsmått nu än tidigare och det finns en starkare drivkraft hos fastlegene att erbjuda god tillgänglighet. Väntetiderna har minskat och befolkningen är mer tillfreds med tillgängligheten än tidigare. Ändå är det denna aspekt av fastlegeordningen befolkningen är minst nöjd med, i synnerhet gäller det telefontillgängligheten.

Tilliten till fastlegen har ökat och de flesta patienterna upplever stor tillfredsställelse med sina läkare. Denna var inte oväntat högst hos de patienter som fått sitt förstahandsval tillgodosett.

Läkarna upplever att patienterna fått fler möjligheter att ställa krav, samtidigt

som de medger att de själva blivit mer ödmjuka inför det förtroende som patienterna visat dem genom valet av sin fastlege.

Kontinuitet är viktig för stabiliteten i patient-läkarrelationen, speciellt för de äldre och sjukare i befolkningen. Äldre läkare och specialister i allmänmedicin har störst chans att bli valda. Blivande specialister kan fungera som fastlege. I en Gallupundersökning där brukarnas uppfattning om olika samhällstjänster undersöktes låg fastlegeordningen i topp. Hela 88% uttryckte att man var nöjd med utbudet av läkartjänster. I synnerhet hade tillfredsställelsen med att ha en fastlege ökat mellan 2000 och 2003.

Kontinuiteten i de större städerna var i och för sig god redan före fastlegeordningen. En studie visade att 66% av befolkningen hade träffat en och samma allmänläkare under året, 24% hade träffat två och 10% hade träffat tre eller flera. Både före och efter reformen föredrar 10% av befolkningen möjligheten att kunna gå till olika allmänläkare. Varje kvartal byter 2,5% av befolkningen fastlege varav cirka 40% gör det på grund av bristande tillfredsställelse med tidigare val.

"I en Gallupundersökning där brukarnas uppfattning om olika samhällstjänster undersöktes låg fastlegeordningen i topp."

Läkarna upplever att de känner större ansvar och större bundenhet till praktiken. Likväl känner man en lättnad inför det avgränsade befolkningsansvaret. Det är en fördel att ansvaret nu blivit mer tydliggjort.

Effektiviteten har studerats ur olika aspekter men några klara slutsatser är svåra att dra. Fram till 2002 fanns en tendens att allmänläkarna såg fler patienter på kortare tid än förr. De tidigare löneanställda läkarna har fortsatt att ta färre besök än de som arbetat i privat drift hela tiden. De personliga preferenserna vad gäller arbetssätt har visat sig motstå ekonomiska incitament.

En ökande andel av läkarna känner att de tillbringar längre tid med patienterna. Detta verkar vara oberoende av listans längd. Vissa patientgrupper är mindre attraktiva för fastlegen och en strategi för att slippa dessa patienter är att ha stängd lista. En del fastlege anser att deras praktik blivit mer variationsrik än tidigare.

Ett debatttema har varit om de som har för få listade kompenserar inkomstförlusten med att göra mer för den enskilda patienten. Studierna ger inte belägg för att det tas mer prover, utförs fler undersökningar eller att läkarna kallar till fler kontrollbesök. Ändå tycks det som att dessa läkare ser sina patienter lite oftare och lägger ned mer tid på dem. Olika studier har visat sinsemellan olika resultat, men det är troligt att 1% av alla konsultationer hos norska allmänläkare kan tillskrivas brist på listade patienter. Detta är troligtvis en effekt av ökad tillgänglighet.

Parallellt med fastlegeordningen infördes en strängare remitteringsordning. Remiss är nödvändig för att patienten ska få reducerad avgift. Utvärderingen tyder på att fastlegene är mindre aktiva som grindvakter. De upplever stark konkur-

rens och anstränger sig för att erbjuda god service till patienterna, vilka upplevs som mer krävande än tidigare.

Detta gäller inte enbart remisser utan även sjukskrivning, men också särskilda recept (blåresepter) för beroendeframkallande medel. Antalet patienter som remitteras har ökat, men det beror nog först och främst på att kapaciteten att ta emot remisser har ökat.

En studie visar att patienter med dålig hälsa eller kronisk sjukdom oftare kontaktade andra fastlege och specialister och oftare sökte på jourtid. Emellertid fanns ingen korrelation mellan deras sökbeteende och längden på deras läkares lista, fastleger med långa listor remitterar inte oftare än de med kort listlängd.

Antalet patienter som söker på jourtid har inte ändrats i någon högre grad och det finns ett visst missnöje med hur den så kallade legevakten fungerar.

Samarbetet med det lokala sjukhuset är de flesta fastlege nöjda med, speciellt när det gäller mellanstora sjukhus. Kommunikationen när det gäller epikriser upplevs dock som ett bekymmer speciellt i de fall där någon annan än fastlegen har varit remittent.

En stor andel av fastlegene känner inte till att det finns gemensamma riktlinjer och vårdöverenskommelser med slutenvården. Bättre kommunikation mellan sjuksköterskor i hemsjukvården och läkarna efterlyses. Stora avvikelser finns exempelvis när det gäller läkemedelslistor. Kommunerna är måna om goda relationer med fastlegene, men undviker att detaljreglera avtalen. I konfliktsituationer leder detta förhållningssätt ibland till problem. I stort sett är de kommunala myndigheterna nöjda med fastlegens arbete.

Hela rapporten kan läsas på
http://www.forskning.no/eval_rapport

Kommentar: Även den mest inbitne kritiker av fastlegeordningen måste ju bli imponerad av resultatet vad gäller läkartäckningen.

I Norge har begreppet fast läkarkontakt haft en stark förankring såväl i befolkning som bland kollegor långt innan fastlegeordningen trädde i kraft. Det ideologiska fundamentet KOPF (kontinuerlig, omfattande, personlig och förpliktigande) har haft ett stort genomslag i allmänläkarkåren, och någon motsvarighet till detta finns knappast i Sverige.

Det är inte heller så att alla svenska allmänläkare känner sig bekväma med fenomenet "personal doctoring". Stafettläkeri är fortfarande en realitet. I runda tal 40% av befolkningen i Sverige kan sägas ha en fast läkarkontakt men hur många kan egentligen namnge denna person? Ändå är det så att vi enligt S5 HSL har en lagstadgad rätt till fast läkarkontakt.

Tillströmningen av specialistkompetenta allmänläkare är helt otillräcklig för att nå nationella handlingsplanens mål – 6 000 allmänläkare år 2008. Det förefaller nu som att begreppet fast läkarkontakt är på väg bort från den sjukvårdspolitiska agendan. Istället för att fokusera på allmänläkarbristen pratas det om att primärvården måste hitta andra sätt att lösa sina uppgifter. Med tanke på de behov som kommer till uttryck i nya begrepp som vårdlots, vårdkoordinator osv. är det ju häpnadsväckande hur lite politisk vilja som manifesteras för att komma tillrätta med den svenska allmänläkarbristen.

Den fasta läkarkontakten fyller en väsentlig funktion för att samordna vårdinsatser i en komplex sjukvårdsverklighet. Vilken annan yrkesgrupp klarar att handskas med patienter som har flera sjukdomar samtidigt, hålla ordning på deras läkemedelslistor osv.?

Jag är rädd att utvecklingen i Sverige kommer att försvåra rekryteringen av allmänläkare. Lär av Norge!

Anders Lundqvist

ANNONS

Goda råd för att undvika blåskatarr, håller de måttet?

Landets läkemedelskommittéer lägger ner mycket arbete på information kring läkemedelsanvändning, vilket ofta finns tillgängligt via landstingens hemsidor. Här publiceras ett bearbetat exempel från en artikelserie som publiceras av läkemedelskommittén i Gävleborg. Du hittar dessa artiklar i MiX på internet: www.lg.se/lmk

Myter om blåskatarr

Unga, vuxna kvinnor som ofta drabbas av blåskatarr får en mängd råd om hur de ska leva sina liv. De flesta tycks dock inte ha något stöd i vetenskaplig forskning utan är rena myter. Det finns flera studier där man undersökt vad som ökar eller minskar risken för återkommande cystiter. Är de populära uppfattningarna om bakteriella nedre urinvägsinfektioner hos unga, vuxna kvinnor sanna eller inte?

"Man undviker cystit genom att torka sig från vulva och bakåt."

En studie har visat att det inte spelar någon roll.

"Man undviker cystit genom att bära underkläder av bomull."

Två studier har visat att det inte spelar någon roll.

"Man undviker cystit genom att dricka mycket."

En studie har visat att mängden dryck inte spelar någon roll. Om man dricker stora mängder läskedrycker ökar istället risken enligt en studie.

"Man undviker cystit genom att inte dricka koffeinhaltiga drycker."

En studie har visat att det inte spelar någon roll.

"Man undviker cystit genom att inte bada i badkar."

En studie har visat att det inte finns något samband mellan om man badar badkar eller duschar och risken för cystit.

"Man undviker cystit genom att inte hålla sig och kissa för sällan."

Kanske sant? Två studier visar olika resultat.

"Man undviker cystit genom att inte använda tampong."

Kanske sant? Två studier visar olika resultat. Däremot spelar det ingen roll hur ofta man byter tampongen.

Faktorer som ökar risken

Samlag har i flera studier ett klart samband med risken för cystit. Ökad frekvens ger högre risk.

Användning av spermiedödande medel, med eller utan pessas, ökar i flera studier risken för cystit.

Kalla händer, kalla fötter och kalla skinkor ökar i ett par studier risken för cystit.

Kissa efter samlag

Det påstås att man undviker cystit genom att kissa omedelbart efter samlag. Tre studier kunde inte hitta något sådant samband medan man i en fjärde studie såg både ökad och minskad risk. Förklaringen kan vara att kvinnor som haft UVI dels har högre risk att få det igen och dels har fått rådet att kissa efter samlag. Man såg i studien att kvinnor med flera UVI oftare kissade efter samlag än de som inte fick UVI. Åtgärden var alltså associerad med ökad risk och inte minskad.

När man i studien enbart tittade på kvinnor som fick sin första UVI, fann man att dessa hade som vana att kissa efter samlag mindre ofta än kvinnor som aldrig haft UVI (32 mot 39 procent). Samma forskare följde kvinnor som fått sin första UVI i ytterligare sex månader. Att kissa efter samlag påverkade inte risken att få en ny UVI under denna tid.

Tvål

Att tvätta sig i underlivet med tvål ökar kraftigt risken för urinvägsbesvär som

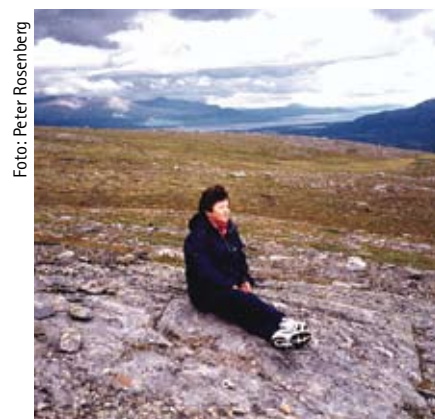


Foto: Peter Rosenberg

Kalla händer, fötter och skinkor kanske ökar risken för cystit.

sveda och trängningar. Däremot ökar inte risken för bakteriell cystit.

Tranbär

Det finns en färsk sammanställning i Cochranebiblioteket där man funnit två välgjorda försök som båda visar att dagligt intag av tranbärsjuice minskar risken för återkommande cystiter hos yngre, vuxna kvinnor. Många av försökspersonerna hade dock svårt att dricka så stora mängder juice som krävdes under lång tid.

En annan studie visade ett samband mellan frekvent intag av juice, särskilt från bär, och minskad risk för cystit. Även yoghurt och filmjölk var associerade med lägre risk.

Slutsats

"Skönt – man får göra som man vill!"

Referenser finns i MiX nr 4/2005 på Internet.

Idén till artikeln kom från allmänläkare Malin André, Falun.

Peter Rosenberg

Södertulls Hälsocentral i Gävle
Informationsläkare i Läkemedelskommittén
peter.rosenberg@lg.se

ANNONS

SFAM bäst med tankefrihet

Mitt inlägg på SFAMs höstmöte har fått två kommentarer. Gunnar Carlgren (AM 5/2005) reagerade på "denna oblyga ockupation av tillfället att torgföra egna åsikter utanför ramen för diskussionen". Det är en märklig inställning till tankefrihet.

Jag hade av programkommittén uttryckligen ombetts att ge mina personliga synpunkter och arrangörerna exemplifierade själva med bl.a. Fammis och SFAMs roll liksom Protos, det senare ett viktigt tema på mötet. I slutdebatten fanns flera andra perspektiv än mina. Det kommer bli svårt i framtiden att få spännande SFAM-möten med debatt, om man ska följa Carlgrens modell: att först framlocka personliga åsikter och sedan härskna till för att dessa givits.

Det är inte som Björn Olsson (1/2006) vinklar det att jag anser att allt som SFAM gjort är fel. I 1/2006 lyfte jag positivt fram SFAM. L och jag kan ytterligare nämna SFAM.Q och att SFAMs ordförande på många sätt agerade bra åren före och efter att nationella handlingsplanen kom, fram tills dess Protos skulle drivas igenom.

Olsson är medveten om att jag i olika sammanhang kritiserat landstingen för bristande primärvårdssatsningar, och många andra saker, t.ex. deras läkemedelspolitik, men faller ändå för enkla debattknep: han gör mig till lakej för landstingen och dess ordförande Lars Isaksson i Jönköping, där jag nu arbetar halvtid. En källkontroll hade visat att jag formulerade min kritik mot Fammi innan jag kom till Jönköping och remissarbetet med Protos gjorde jag i SFAM Kronoberg resulterande i en artikel i Läkartidningen 3/2003. Isaksson har jag aldrig träffat eller sett.

Olsson, som är en god retoriker, förstör sin trovärdighet med denna typ av skott. Sist vi debatterade gällde det Fammis inriktning, den filosofi som orsakade enhetens haveri, och Olsson påstod då utan bevis (Dagen Medicin 15/02) att jag mottagit pengar från ett läkemedelsbolag. Vad ska det bli nästa gång? Terrorism kanske? Jag kan avslöja för Olsson att jag har en morakniv i snickarboden.

Anvisat replikutrymme hindrar ett närmare bemötande men:

- Mitt goda ord om Tibblin innebär inte en längtan efter en institutionernas Saddam, bara efter ett samfällt akademiskt agerande till gagn för allmänmedicinens utveckling
- "Formellt korrekt" kan det vara utan sann demokrati. Den korta remisstiden för Protos gjorde att föreningsmöten och medlemmar inte hann värdera Protos svagheter; genomdrivandets slalompinningar var redan noga utstakade. Läkarförbundets "Team Protos" och andra senare bortförklaringar har inte kunnat reparera skadan.
- Allmänläkarna sitter därför idag med ett omöjligt förslag, som av Dagens Medicin 3/06 bedöms som "stendött", inget landsting vill pröva och inte något regeringsalternativ införa. Arkitekterna kring Protos bör nu ta sitt ansvar för den isviddsvandring de lett in allmänläkarna på.
- Olsson redovisar SFAMs mycket goda samarbetet med Landstingsförbundet på 90-talet. Återupprätta det! Lämna besvikelsens projektioner, negativismen och illusoriska drömmar om ett familjeläkarsystem som inte inkluderar övrig primärvård och samspelet med länssjukvård.

Bengt Järhult

Vårdcentralerna i Ryd och Öxnehaga och
Primärvårdens FoUU-enhet
bengt_jarhult@hotmail.com

Almenpristagare 2005

Årligen utdelas ett dubbelpris för god handledning av ST-läkarna i allmänmedicin i Primärvården i Uppsala län. Almen heter det, och består av ett bonsaiträd (en alm!),



Karin Björkegren

ett diplom, och äran. Den ena Almen går till någon inom allmänmedicin, den andra Almen till en person eller klinik som gjort goda insatser för de blivande allmänläkarnas sidoutbildning. Till pristagare för 2005 valde ST-läkarna Karin Björkegren, fortbildningssamordnare i Primärvården, "för ett matnyttigt, brett och intressant bra program vid årets Husläkardagar – en viktig del av vår utbildning vid sidan av våra egna seminarier!" samt Elisabeth Darj, kvinnokliniken, UAS för att hon "skapat strukturerad randning där hon själv tagit personligt ansvar för genomförandet." SFAM-Uppsala sponsrar priset.

Karin Lindhagen, Uppsala
karin.lindhagen@sfam.a.se

Meningsfullt arbete förbättrar hälsan

Vid Rikscentrum för arbetslivsinriktad rehabilitering vid Linköpings universitet har man visat att en bra arbetsplats kan få människor att må bättre. Ett tusental offentliganställda har fått svara på frågor som följts upp efter två år. Med hög grad av empowerment rapporterade både män och kvinnor bättre självskattad hälsa efter två år. Störst förbättring skedde bland kvinnor som dessutom upplevde god stämning och sammanhållning på arbetsplatsen, detta samband saknades för männen. Man fann också att problembaserat lärande är en användbar metod att förbättra en arbetsplats så att den blir mer hälsofrämjande.

(Hanna Arneson: Empowerment and health promotion in working life. Avhandling, Linköping 2006.)

ANNONS

Läkarroll i förändring

Redan bokens titel skapar nyfikenhet och väcker frågor. Vad är det vi kan förändra i läkarrollen?

Kanske är det just den här typen av bok som många efterfrågar som kontrast till biomedicinska böcker och vårdprogram. Den här boken tar upp synen på sjukdomar och symtom med ett holistiskt synsätt där kropp och psyke ses som en helhet. Den är indelad i 32 korta kapitel med exempel på olika förklaringsmodeller och metoder att hjälpa patienter utöver det som finns tillgängligt med det gängse skolmedicinska/biomedicinska synsättet.

Efter en ingående personlig presentation av författarna, som båda är läkare med erfarenheter från bl.a. allmänmedicinen och psykiatri, inleds boken med avdelningen "Kropp och själ – en odelbar enhet". Där beskrivs behovet av en ny syn på sjukdomsbegreppet med kropp och själ i samspel. Ett kapitel ägnas åt psykoneuroendokrinologi och därefter tar man upp några teorier och verktyg för att mäta ohälsa.

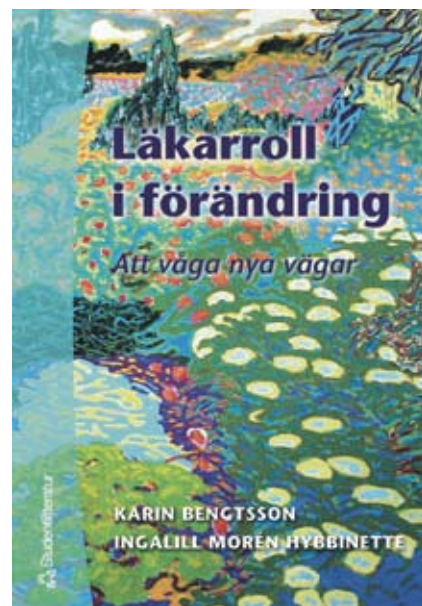
Nästa överrubrik är "Läkarrollen: nya krav och möjligheter". Där ges praktiska tips om hur man i en stressig arbetsmiljö tar makten över sin vardag och använder sig av ny teknik på ett optimalt sätt. Vikten av att stödja varandra i läkargruppen betonas också och Balintgruppen tas upp som ett exempel på detta. Teamarbetets fördelar betonas och avsnittet avslutas med ett kapitel om att värna om den egna hälsan.

Avsnittet "Det läkande samtalet" tar upp det som får betecknas som essensen i boken, nämligen läkekonsten och hur man kan få patienter att må bättre genom empati och uppmuntran med hjälp av specifika förhållningssätt och metoder. Inledningsvis ställer man frågan "Hur blir patient-läkarrelationen läkande?" och man ger goda exempel på hur ett skolmedicinskt och existentiellt, medmänskligt, synsätt kan samexistera.

Flera olika arbetsmetoder presenteras inklusive den lösningsfokuserade arbetsmodellen, ett kognitivt förhållningssätt och hypnos.

Efterföljande avsnitt handlar om "Välbefinnande i den egna kroppen", "Att lära ut enkla metoder" samt "Influenser från andra kulturer." Ämnen som fysisk aktivitet på recept, avslappning och beröring tas upp samt idéer kring att ordina emotionellt skrivande och självobservation till sina patienter. I korthet beskrivs traditionell kinesisk medicin, akupunktur och Tai Chi. Boken avslutas med visioner om en ny sjukvård, där individen och inte enskilda sjukdomstillstånd sätts i centrum.

Boken är skriven med ett enkelt och lättläst språk och den är som tidigare nämnts uppdelad i korta kapitel, som snarast är väl korta. Känslan är att man skrapar lite på ytan på en rad olika områden där dock läkekonsten och helhetssynen hela tiden står i centrum. När man läser om vissa metoder, t.ex. hypnos, funderar man naturligtvis som skolmedicinare på det vetenskapliga underlaget för metoden, men som helhet tar boken upp viktiga aspekter av kärnan



*Läkarroll i förändring.
Att våga nya vägar*
Bengtsson, K och Morén Hybinette, I
Studentlitteratur 2004
ISBN 9144024630

i det allmänmedicinska arbetet. Ser man läsningen av boken som just ett tillfälle till reflexion över läkarrollen och olika arbetssätt kan den rekommenderas.

Maria Wolf
ST-läkare Stockholm
Maria.Wolf@fammi.se

KURSEN Att vara personlig läkare – att använda sin egen person i allmänläkarrollen

Vårdnäs, Östergötland, 3–6 okt 2006

Lärargrupp: Carl Edvard Rudebeck
Lena Svedin, Göran Sommansson
Mats Foldevi

Kurspresentation: www.lio.se/AMC

Intresseanmälan och förfrågningar:
Cim.elgeborg-bengtsson@lio.se
Tel 013- 22 40 19

ANNONS

En handbok om att arbeta i grupp

Inom Allmänmedicin har vi ju McWhinney för klinisk metod, Pendleton för hur ett patientsamtal ska gå till och det finns bra litteratur om forskningsmetodik inom primärvården. Men har du sett någon bra sammanställning för metodik i hur man arbetar i smågrupper? Nu finns det en sådan.

Boken

”Grupper – Att leda små grupper inom hälso- och sjukvården” innehåller inte någon ny teori om grupparbete. I stället är det en bok som samlar olika teorier i ämnet och presenterar dem, anpassade för situationer som kan uppstå inom hälso- och sjukvården. Jag fick den för ögonen för ett par år sen på engelska och fick glädje av den på flera sätt. Att den nu kommit på svenska, anpassad för svenska förhållanden, gör den än mer värd att rekommendera.

Författare

Glyn Elwyn är pedagog och forskare inom området medicinskt beslutsfattande och hur organisationer ”lärt sig”.

Trisha Greenhalgh är verksam vid University College of London och arbetar nu bl.a. med en webbaserad magisterutbildning i primärvård.

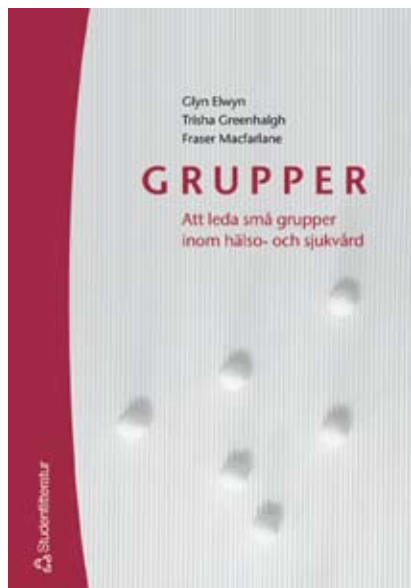
Fraser Macfarlane har sin bakgrund i utbildning i hälsovårdsadministration och som managementkonsult.

Boken är sparsmakat översatt Birgitta Önnarfält och sakkunnigt granskad av Gösta Eliasson. Tillsammans har man skapat en mycket bra handbok – på svenska, och för svensk hälso- och sjukvård.

Register och innehåll

När jag bläddrar i en facklitterär bok brukar jag se hur registret ser ut och vilka ord som ingår. Jag brukar ta ett ord som jag tycker borde ingå i registret och se om det finns med.

Här är registret inte särskilt imponerande med en stor andel egennamn.



GRUPPER – Att leda små grupper inom hälso- och sjukvård.
Glyn Elwyn, Trisha Greenhalgh, Fraser Macfarlane.
Studentlitteratur
311 sidor
Pris 305 kr
ISBN 91-44-03056-8

För den som t.ex. vill veta hur Webbers arbete om strategisk planering kan tillämpas inom hälso- och sjukvården så går det att utmärkt att via registret finna det på sid 251. Söker man i stället efter orden urval eller gruppklimat letar man förgäves. Inte i boken, där finns de väl beskrivna, men i registret kan man inte hitta dem.

Det här är nämligen inte en bok man slår upp i. Det här är en bok man tar fram när man ska ingå i eller kanske t.o.m. leda en grupp och man behöver en teoretisk grund att stå på. Då går man till innehållsförteckningen och där hittar man en bra, både översiktlig och lagom detaljerad, beskrivning över bokens olika delar och deras underavsnitt. Där avhandlas bl.a. gruppprocesser, att arbeta i smågrupper vid utbildning och grupparbete inom organisationer.

I det engelska originalet finns även ett avsnitt om smågrupper inom forskning, något som man valt att tona ner i den svenska översättningen.

Detta är en bok man läser för att förbereda sig inför ett möte i projektgrupp eller när man hamnat i en perifer diskussion som inte lett någon vart. Kort sagt detta är en bra handbok för allehanda situationer där man vill få en grupp att fungera bättre, eller inse att i vissa situationer grupparbete inte är att föredra.

Sen var det ju

det här med Trisha Greenhalgh

När jag i slutet av 90-talet började intressera mig för ”Evidence based Medicine” fann jag hennes artikelserie i BMJ, samlad i boken ”How to read a paper”. Sen gick jag en bra kurs i ”How to teach EBM” som arrangerades av henne, kursmaterialet var sammanställt av henne och när statistikern, som skulle förklara mysterierna med NNT, OR, ROC och andra svårbegripliga förkortningar, blev försenad i Londontrafiken klev Trisha Greenhalgh fram och höll större delen av föreläsningen själv...

Hennes litterära arbete omfattar bl.a. redaktör för boken Narrative-based medicine, vård baserad på patientens beskrivning, och en Cochranerapport om Diffusion of Innovations, om förnyelsearbete.

Den här boken har en lättsam stämning där Trisha Greenhalghs pedagogik lyser igenom. Ingenting känns övermäktigt svårt, utan enbart utmanande svårt.

Så jag att hon dessutom arbetar som GP?

Ulf L Eriksson, Karlskrona
ulf.eriksson@ltblekinge.se

ANNONS

Suicidalitet ur ett kognitivt perspektiv

Varje allmänläkare som arbetat tillräckligt länge får erfarenhet av självmord. Själv minns jag åtskilliga fall som jag på ett eller annat sätt varit inblandad i. Starkast är hågkomsten av mannen som hängde sig ett par dagar efter jourbesöket hos mig. Ett par andra laddade minnen är mötena med föräldrarna till 14-åriga pojkar som tagit livet av sig. Självmord inverkar starkt på omgivningen. Ett sätt att betrakta självmord är att se det som en del i en kommunikativ process, som ett "språk".

Jan Beskow är känd självmordsforskare. Förutom sin avhandling i ämnet har han tillsammans med andra författare skrivit böckerna *Självmord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick* samt *Ungdomars tal och tankar om självmord*. Astrid Palm Beskow är fil. dr och leg. psykoterapeut med kognitiv inriktning och delförfattare till flera böcker. Anna Ehnvall är specialistläkare i psykiatri och leg. kognitiv terapeut samt författare till en avhandling om patienter med särskilt svårbehandlad depression.

Suicidalitetens språk är ingen lärobok om suicid. Vill man läsa in sig allmänt på ämnesområdet finns andra alternativ. Författarna utgår från tankemodeller och begrepp hämtade från kognitiv terapi och deras syfte med boken är att presentera begreppet *suicidalitet*. De använder det som ett sammanfattande ord och i begreppet ingår tankar på död och på suicid, genomförda försök till suicid och fullbordade suicid. De konstaterar att man kan se på suicidalitet på flera sätt:

- som ett *symtom* på depressionssjukdom;
- som en *suicidal process* som börjar med suicidtankar och sedan avancerar, ibland till fullbordat självmord;
- som ett *psykiskt olycksfall* i en kamp mellan suicidframkallande och skyddande krafter;
- som ett *språk*.



Suicidalitetens språk
Jan Beskow, Astrid Palm Beskow,
Anna Ehnvall
Studentlitteratur 2005
175 sidor
ISBN 91-44-03312-5

Att se **suicidalitet** som språk innebär att där finns ett budskap som överförs mellan människor, att det är fråga om kommunikation. Att delta i den kommunikationen skapar ett inifrånperspektiv på suicidaliteten, medan de övriga – i och för sig legitima – sätten att se på tillståndet ger ett utifrånperspektiv. Suicidtankar uppkommer vanligen när en person sitter fast i problem som han inte kan lösa. Då infinner sig lätt upplevelsen av instängdhet, att vara en förlorare utan flyktvägar och utan hjälp i sikte. I denna låsta tankemässiga situation kan suicid framstå som det enda sättet att befria sig ifrån skammen och lidandet som instängdheten skapar. En terapeut med den kognitiva terapins begrepp och redskap har i det läget möjlighet att möta den suicidala personen med jämlikhet och respekt, att hjälpa henne eller honom att upptäcka sina dysfunktionella

tankescheman och att utan dröjsmål ta itu med konstruktiv problemlösning. Detta illustreras med ett antal goda fallbeskrivningar.

Eftersom **författarna** använder sig av synsättet suicidalitet som språk ägnar de ett centralt avsnitt i boken åt att lägga fram sin syn på grundläggande språkfunktioner och på språkets utveckling, både historiskt och hos individen. De vill därmed förankra synsättet på suicidalitet som språk. De bjuder också läsaren på läsning om kognitiva strukturer, mening, medvetande och medvetenhet. Enligt min mening är deras diskussion av dessa intressanta frågor inte riktigt övertygande. Detta beror troligen på att deras referenser huvudsakligen kommer från litteraturen om kognitiv terapi och att referenser från andra relevanta forskningsområden om kognition, emotioner och språk inte finns med.

I sin **helhet** handlar den här boken mer om kognitiv terapi än om kunskapsområdet suicid och suicidalitet, vilket inte är vad jag väntat mig. Den ger i gengäld fina och värdefulla fallbeskrivningar från kognitivt terapiarbete. Jag är en smula besviken över att författarna genomgående hänför suicidalitet till depressiva störningar. Det skulle ha varit intressant att läsa om suicidalitet vid alkoholmissbruk, som ju är en viktig orsak till självmord, och suicidalitet vid schizofreni, där självmord är en viktig dödsorsak.

Boken rekommenderas som komplettering till en mer allsidig lärobok om självmord, exempelvis Jamisons *Mörkret faller snabbt*.

Stig Andersson

Mörkret faller snabbt

Själv mord är en särskilt obehaglig form av död. Den dödes mentala smärta fram till den oåterkalleliga handlingen är svår, bokstavligen outhärdlig. De som lämnas kvar tvingas möta, inte bara chocken och sorgen, utan också skulden och vreden och ibland en tvetydig känsla av lättnad. Psykiska sjukdomar av olika slag är vanliga orsaker till själv mord. Familjer med en psykiskt sjuk medlem är ofta sedan lång tid präglade av ett pendlande mellan hopp och besvikelser, oro, misstro och ilska. Om sedan själv mord inträffar, kan dessa känslor skapa skuldskänslor och självanklagelser hos de anhöriga, ibland också en lättnad för vilken man har dåligt samvete.

Kay Redfield Jamison åskådliggör detta i sin innehållsrika bok *Mörkret faller snabbt – Till själv mordets förståelse*. Jamison är sedan 25 år klinisk psykolog, forskare och numera professor i psykiatri vid Johns Hopkins University och en ledande auktoritet i fråga om manodepressiv sjukdom i USA. Förutom en mängd vetenskapliga artiklar har hon gett ut ett antal böcker som fått stor spridning. *Mörkret faller snabbt* är översatt till 15 språk och en bestseller i USA.

Det som ger Jamisons bok ett särskilt tilltal är hennes egna erfarenheter. Hon har själv en manodepressiv sjukdom och hon har vid flera tillfällen själv gjort själv mordsförsök. Hon klarar balansen mellan det själv upplevda och den vetenskapliga sakens saklighet på ett sätt som berikar boken. De egna erfarenheterna utgör huvudsakligen en stark underton i texten. Ibland använder hon dem, och även andra fallbeskrivningar, som illustrationer till vetenskapligt baserade uppgifter. Hennes smärtsamma erfarenheter gör att hon inte belastar läsaren med välmenande råd och åsikter. Det hon skriver är silat genom en djup insikt i nyckfullheten, våldsamheten och frånvaron av förnuft i det suicidala tillståndet.



Mörkret faller snabbt
– Till själv mordets förståelse
Kay Redfield Jamison
Studentlitteratur, Lund 2005
ISBN 91-44-02650-1
Engelska originalets titel: *Night Falls Fast*
– Understanding Suicide

Boken ger en omfattande redogörelse för olika aspekter på själv mord. En historisk översikt visar hur själv mord uppfattats i olika tider och kulturer. Läsaren noterar kristendomens och islams starka fördömande av själv mordet fram till det medicinska synsättets genombrott. Själv mordets epidemiologi redovisas. I de flesta länder finns en stark övervikt av män bland dem som fullföljt själv mord, men i några få länder är kvinnor i majoritet. Så är fallet i Kina, världens folkrikaste land med höga själv mordstal, och så är det i Egypten, Malta och Papua Nya Guinea. Noggrant berättas om själv mordets psykologi och psykopatologi liksom om vad som är känt om dess genetik och neurobiologi.

Bokens sista del behandlar försök och möjligheter att förebygga själv mord. I en del länder har antalet själv mord sjunkit under senare årtionden. Analys visar att detta främst gäller personer i medelåldern och kvinnor mer än män. Bland unga människor i USA har själv mordet ökat. (Detta gäller också Sverige.) Författaren anser att det går att pressa ner antalet själv mord. Det kan ske genom att tillgången på redskap som kan användas för själv mord inskränks, framför allt vapen (i USA sker 60 procent av själv mordet med vapen), och genom att vård och stöd till psykiskt sjuka förbättras. Åtskilliga nationella stödprogram har dragits igång men uppföljningar har ännu inte kunnat påvisa några resultat.

Det är mycket som måste fungera för att vi ska kunna leva. Dit hör bland annat en grad av tillit till omgivningen. Även om många människor som hamnat i svåra situationer tar livet av sig så har tusentals andra varit med om lika svåra eller värre situationer utan att begå själv mord. Ett normalt psyke är väl skyddat mot impulsen att begå själv mord. Vad är det då, frågar sig Jamison, som gör vissa människor skyddslosa mot den suicidala impulsen?

Alla större undersökningar visar att de allra flesta själv mord föregåtts av allvarlig psykisk sjukdom. Depression och manodepressiv sjukdom ger de största riskerna, men alkohol- och drogmissbruk, ångestsyndrom och schizofreni och personlighetsstörningar ger också flerdubbelt ökad risk. Alkoholmissbruk ger i sig ökad risk för själv mord med det är framför allt i kombination med annan psykisk sjukdom som alkoholmissbruk ger stark själv mordstendens. Psykisk sjukdom och alkoholism eller annat drogmissbruk går ofta hand i hand. Droger och affektiva störningar drar fram det sämsta hos varandra och blir tillsammans "mördande", enligt Jamison.

Det är inte bara psykisk sjukdom som ökar risken för självmord. Ett temperament präglad av impulsivitet och aggressivitet ger också höjd självmordstendens. Det är en gammal övertygelse att självmord "ligger i släkten". Numera finns ett stort antal familjestudier, tvillingstudier och adoptionsstudier som klart visar ärftlighetens betydelse. En intressant men ännu obesvarad fråga är vad som ärvs. Är det benägenheten för psykisk sjukdom eller är det ett riskskapande temperament?

Ett annat omdiskuterat samband är det mellan kreativitet och självmord. Jamison lämnar en lång förteckning på konstnärer, författare och vetenskapsmän som begått självmord. Det finns övertygande bevis för att personer med hög kreativitet bär på förhöjd risk att drabbas av

affektiva störningar. Extrema tankar och känslor tycks ha att göra med lägre grad av kontrollfunktioner i psyket och därav följer, enligt hypotesen, att personens känsloliv lätt kommer i obalans och att tröskeln mot självmordsimpulsen sänks.

I avsnittet om behandling skriver Jamison om både medicinska och psykoterapeutiska behandlingsmetoder. Litium är den effektivaste och bäst dokumenterade medicinen när det gäller bakomliggande affektiva sjukdomar. Litium har inte bara förmåga att minska mani och att förebygga mani och depression, det sänker också självmordsrisken i sig, sannolikt genom sin kapacitet att höja serotoninomsättningen i hjärnan och därmed minska benägenheten för aggression, oro och impulsivitet. Ett vik-

tigt behandlingsproblem är att många patienter slutar med litium när de känner sig i god balans. Jamison berättar att hon själv gjort det och sedan blivit starkt suicidal och gjort ett farligt självmordsförsök. Psykoterapi är vid dessa sjukdomar viktig som kompletterande behandling och kan vid annan bakomliggande störning ha primärt botande eller lindrande effekt.

Mörkret faller snabbt är en rik källa att ösa ur när det gäller kunskaper om självmord. Referenslistan är lång men något svåröverskådlig. Boken är välskriven och genom fallbeskrivningarna och författarens personliga engagemang lämnar den ingen läsare oberörd.

Stig Andersson, Säfle

Äldres läkemedelsbehandling – en värdefull översikt

Problemen vid läkemedelsbehandling av äldre har varit mycket i fokus på senare år. Det händer att man presenterar skräckexempel för att föra fram geriatriker och apotekare och ibland även för att misstänkliggöra allmänläkarnas ambition och kunskap inom området. Sådan vinkling finns inte i denna innehållsrika översikt. Här visas en ödmjukhet inför den svåra problematiken. Under ledning av geriatrikoverläkare Annika Kragh har en grupp skrivit denna bok "som vänder sig till läkare och sjuksköterskor, farmaceuter samt andra personalkategorier med täta kontakter med äldre och deras läkemedelsanvändning".

De flesta författarna ingår i Region Skånes expertgrupp "Läkemedel och äldre", och allmänmedicinen representeras av Patrik Midlöv.

I inledningskapitlet tecknas en bakgrund och där vill jag speciellt lyfta fram de



Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedicinering
Annika Kragh (Red.)
Studentlitteratur 2005
ISBN 91-44-03906-9
278 sidor

informativa sidorna om naturläkemedel. Det är en del av vår verklighet som vi som allmänläkare ofta väljer att bortse från. De farmakokinetiska och farmakodynamiska förändringarna som åldrandet medför och orsaker till polyfarmaci behandlas i följande kapitel. Det presenteras många patientfall som är illustrativa och lätta att känna igen sig i.

Riskerna med läkemedel och den läkemedelsrelaterade ohälsan har fått ett speciellt kapitel och där anges siffror gällande sjukhusinläggningar och vårdsökande p.g.a. felanvändning av läkemedel. Det är här utländska studier man refererar till angående läkemedelsorsakad sjuklighet. Hur relevanta är de egentligen? Uppgifter som dessa utnyttjas i debatten för att visa hur ekonomiskt lönsamma olika åtgärder som t.ex. äldre vårdcentraler och läkemedelsgenomgångar kan tänkas bli. Jag anser att orsakerna till sjukhusinläggningar är mycket komplexa där inte ►►

” Det är svårt att särskilja vilka hälsoproblem som orsakas specifikt av läkemedel, och för att förbättra vården av de äldre är farmakologin bara en faktor bland många.



minst sociala förhållanden, möjlighet till vård i hemmet eller i vårdbostaden och primärvårdens resurser är viktiga. Det är svårt att särskilja vilka hälsoproblem som orsakas specifikt av läkemedel, och för att förbättra vården av de äldre är farmakologin bara en faktor bland många. Vilken nytta (även avseende läkemedelsbehandlingen) kan t.ex. en tillräckligt hög allmänläkarbemannning ge med större andel av arbetstiden förlagd till särskilda boenden och reserverad för hemsjukvården? Detta behöver studeras ur allmänmedicinens perspektiv.

I kapitlet om läkemedelsrisker vill jag lyfta fram avsnittet om miljöpåverkan av läkemedel. Det kan tyckas ligga lite vid sidan av, men hör hemma just här eftersom våra äldre är de stora läkemedelsanvändarna och mycket läkemedel hamstras och får kasseras i de äldres hem.

Blodtrycksrubbnings inleder kapitlet om vanliga hälsoproblem hos äldre. Här betonas framförallt problem med överbehandling. Underbehandling av äldres hypertoni är ett väl så stort problem, som bara kort berörs i ett annat kapitel av prof. Arne Melander. Resultat från bl.a. SHEP-studien visar att de äldsta har störst nytta av en bra blodtrycksreglering, det gäller även vid den så vanliga isolerade systoliska hypertoni. De flesta riktlinjer idag anger ett målblodtryck på 140/90 och utan prutman för ålder. Dessa motstridiga synpunkter kan tas som illustration till hur svårt det är att genomföra läkemedelsbehandling av äldre och hur man måste balansera olika risker. När konfusionen behandlas,

i ett senare kapitel om läkemedel och kognitiv svikt, blir svårigheten extra tydlig. Konfusion kan i princip orsakas av alla läkemedel, sjukdomar, olika sorters omställningar och sociala faktorer. Sedan kan den (förutom miljöåtgärder m.m.) enligt boken behandlas med neuroleptika och sömnmedel som ju också kan ge konfusion!

I **SBU-rapporten** om depressionsbehandling från 2004 skriver man: ”I den internationella diskussionen finns en konflikt mellan dem som anser det vara angeläget att diagnostisera och behandla även lättare depressioner hos gamla människor, i syfte att ge behandling som kan förbättra deras livskvalitet och de som varnar för att sjukförklara en naturlig anpassning och kanske ge mediciner som snarare försvårar än underlättar situationen för den äldre människan.” Jag saknar denna nyansering i framställningen här. I kapitlet om vanliga hälsoproblem anses depression vara klart underbehandlat. Det finns säkert sådana fall, men på det äldreboende jag arbetar har omkring hälften av de boende antidepressiva. Har det faktum att man under flera år lyft fram depressionsproblemet gjort att vi gått mot en överbehandling i stället? Digitalis anges fortfarande som en viktig riskfaktor, men användningen har ju minskat avsevärt till följd av alla tidigare varningar. Medicinska sanningar är verkligen färskvara och de tenderar att upphäva sig själva.

Smärta är ett område som innebär problem på grund av att det är ett vanligt symptom och att behandlingen innebär

stora biverkningsrisker. Här för man fram tramadol som ett möjligt medel, med vissa reservationer, medan dextropropoxifen är ett preparat som inte alls rekommenderas, medan kodein får två plustecken i en tabell. Inga av dessa medel är bra, men tramadol ska absolut inte framhållas. I Socialstyrelsens ”Indikationer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi” från 2003 kan man läsa att: ”Tramadol kan inte rekommenderas, på grund av hög förekomst av biverkningar såsom illamående och CNS-symptom, bl.a. konfusion, hos äldre”.

Boken innehåller välskrivna kapitel om vanliga problem med läkemedelsintag av apotekare docent Tommy Eriksson, och om kommunal äldrevård och läkemedel av Annika Kragh.

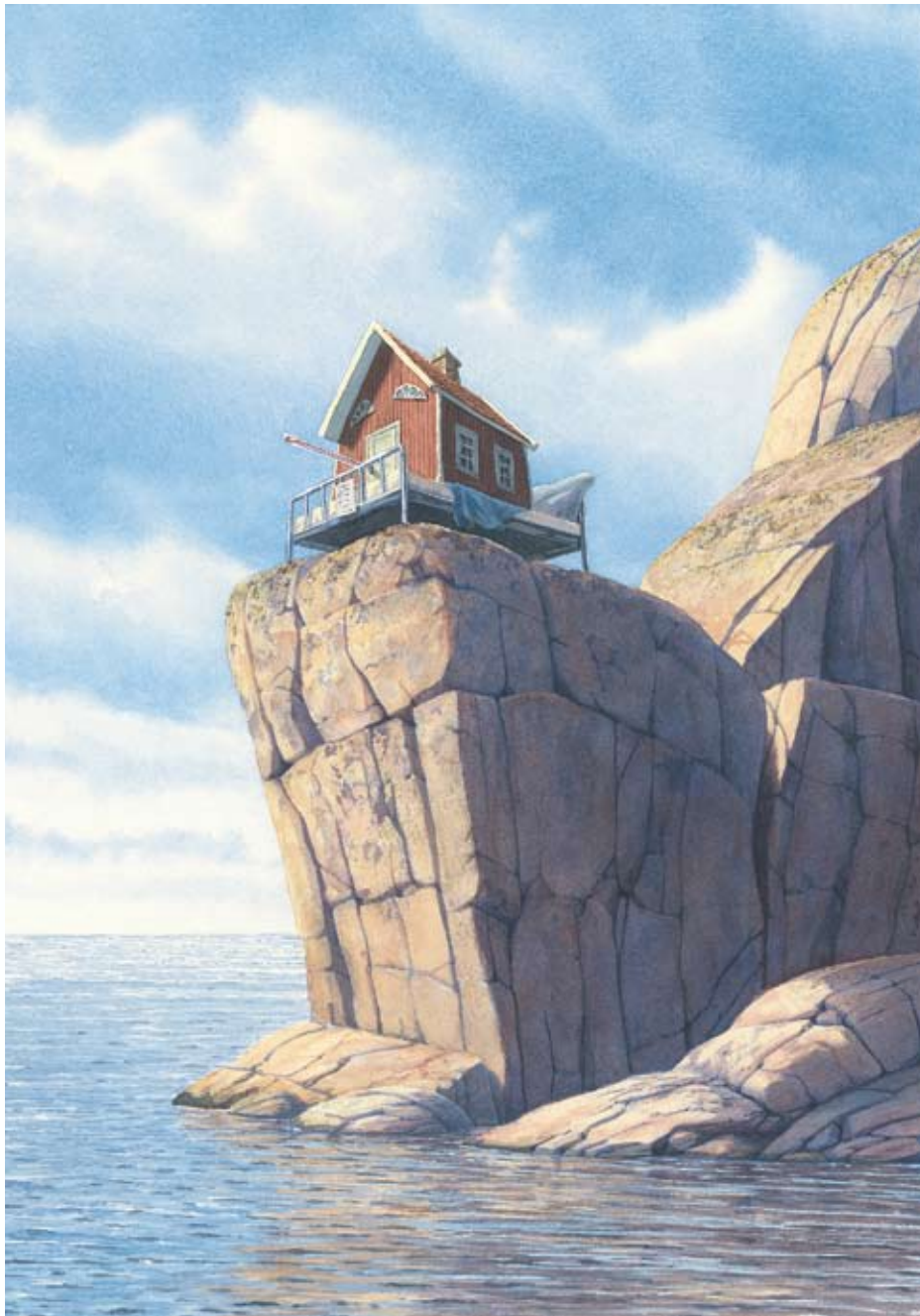
En stor förtjänst är att denna bok om läkemedel även lyfter fram icke-farmakologiska vägar att tackla problem vid t.ex. yrsel, ortostatism och sömnproblem.

I **sista kapitlet** finns åtgärdsförslag som inkluderar bl.a. användning av evidensbaserad äldrevård, läkemedelsgenomgångar, bättre informationsöverföring mellan olika vårdgivare samt att man inte ska vara rädd för att sätta ut läkemedel. Boken rekommenderas varmt för den angivna målgruppen, trots de mindre anmärkningarna ovan.

Birger Ossiansson
Vårdcentralen Dalbo, Växjö
birger.ossiansson@ltkronoberg.se

ANNONS

Nu kommer snart Läkarmatrikeln 2006!
Beställ en signerad reproduktion av årets omslagsbild



Årets omslagsbild till Läkarmatrikeln är en akvarell av konstnären Peter Engberg. En reproduktion av bilden finns att köpa för 200 kr. + porto/exp.avg. (59 kr). Bilden mäter 65 X 47cm. och samtliga exemplar är signerade av konstnären. Gör er beställning på fax: 031 84 86 82, via e-post: order@mediahuset.se eller telefon: 031 7071930

PETER ENGBERG

Fjällbackakonstnär, född 1962, som i måleri och grafik ger oss sin syn på det bohuslänska landskapet. Med sitt sinne för det karga och nakna levererar han en varm och kärleksfull, lätt karikerad tolkning av sin omgivning. Peter är en autodidakt konstnär som fick sitt genombrott i slutet av åttiotalet med sina träffsäkra miljöbilder från bohuslän.

SFAMs råd och nätverk

En stor del av SFAMs inre arbete för att skapa och upprätthålla allmänmedicinsk kompetens sker i föreningens råd och nätverk. En del medlemmar har nog inte klart för sig skillnaden mellan dessa sammanslutningar. Därför ger vi här en liten redovisning.

Råden bildas av SFAMs styrelse för att verka inom ett av styrelsen definierat arbetsområde. De ska hålla styrelsen underrättad om aktuella frågor och informera om sitt arbete i samband med SFAMs större möten, på SFAMs hemsida och i denna tidskrift. Råden kan tilldelas arbetsuppgifter av SFAMs styrelse och de är ofta remissorgan. Styrelsen tillsätter ordförande och utser inom sig en medlem i vart och ett av råden, medan rådets övriga medlemmar utses av rådet själv. Ett råd har ett ekonomiskt anslag för sin verksamhet och ska årligen lämna verksamhetsberättelse och ekonomisk redovisning. Om SFAMs styrelse anser att ett råd inte längre har en uppgift, kan styrelse besluta att upplösa rådet.

SFAMs nätverk är mindre formella sammanslutningar. De bildas av enskilda medlemmar och nätverket själv bestämmer om det ska upplösas. Nätverken har inget fastställt uppdrag utan arbetar utifrån medlemmarnas intresse och engagemang för ett område inom allmänmedicinen för att på ett oberoende sätt främja utbildning, forskning och utveckling. Även om SFAMs styrelse inte tilldelar nätverken några arbetsuppgifter kan ett aktivt nätverk vara remissinstans.

För närvarande har SFAM sju råd och 11 nätverk som alla presenteras på SFAMs hemsida (www.sfam.se/rad-natverk.html). Ett av råden är denna tidskrifts redaktion. Rådets ordförande och nätverkens kontaktpersoner finns också med på sidorna **SFAM informerar** i varje tidskriftsnummer.

Dripp... dropp...

Takdropp och dagsmeja på dagen. Vårsolen tittar fram och tinar upp en vinterfrusen familjeläkare. Äntligen luktar det grus och man får kisa med ögonen när man tittar upp.

Det finns mycket att glädjas åt i vår allmänmedicinska värld också. Det som gör mig gladast är ST-läkarna i allmänmedicin. De är dropparna som droppar ner från taket, rakt ner i huvudet på oss mer trötta kollegor och väcker oss med sina frågor, med sitt ifrågasättande av invanda sätt att jobba på. ST-läkarna väcker oss med sin glädje och entusiasm för och i jobbet. De väcker oss med sitt sätt att inte acceptera dåliga sätt att inhämta kompetens på vägen mot specialist.

SFAMs ST-råd är en liten grupp ST-läkare som gör mig extra glad. På deras initiativ tog SFAM över ST-dagarna från Fammi för två år sedan. Tack vare ST-rådets känsla för vår specialitet fortsätter ST-dagarna att utvecklas till en häftig mötesplats för våra utbildningsläkare. En mötesplats av och för ST-läkare i allmänmedicin där yrkesstolthet och kompetens fullkomligt duschar över deltagarna i tre dagar. I år fylldes dagarna med över fyrahundra blivande specialister i allmänmedicin. Dagarna avslutas med en fantastisk bankett, där det dansas långt framåt natten. Det sistnämnda är inte det minst viktiga i sammanhanget. Det är väl gammal kunskap att man lär sig mer när man har kul.

ST-läkarna deltar också med tydlighet och bestämdhet i det fortsatta arbetet med att utforma vår nya målbeskrivning. Att få en målbeskrivning som går att använda praktiskt i sin specialistutbildning är ett måste för vår specialitet. Risken är annars att man på flera olika håll i landet gör sin egen tolkning av vad som gäller för att bli specialistkompetent, och kanske också att andra specialiteter gör sina tolkningar av vad vi ska kunna efter att ha tjänstgjort hos dem. ST-rådet har tagit och tar stort ansvar i målbeskrivningsarbetet.



ST-rådet har fler strängar på sin lyra. Till exempel deltar de i utformandet av en elektronisk utbildningsloggbok där Läkarförbundet och Läkarsällskapet samarbetar. De deltar också internationellt i Wonca Europas "Vasco da Gama movement", en satsning på de unga blivande familjeläkarna i Europa.

Just nu jobbar ST-rådet också med att bygga upp ett fungerande nätverk i Sverige för ST-läkare i Sverige, och ett led i det är att starta ett diskussionsforum på internet som heter STAM-forum. Dit hittar man via www.sfam.se

Jag och resten av SFAMs styrelse är så glada och så stolta över ST-läkarna i allmänmedicin. Det är svårt att inte låta sig inspireras av glädje, entusiasm och stolthet.

Eva Jaktlund, Ånge
styrelseledamot

Remissvar om framtidens närsjukvård

SFAM har svarat på en remiss från Läkarförbundet om "Framtidens närsjukvård – finansiering, styrning och struktur". Styrelsen anser att förslaget är ofullständigt och därför svärvärderat. Du kan läsa hela svaret genom att gå in på hemsidan och sedan välja "om SFAM" och därefter "stadgar, styrdokument".

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

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

Vice ordförande

Vakant

Facklig sekreterare

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

Vetenskaplig sekreterare

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

Kassör

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

Övriga ledamöter

Christer Andersson, 0704-86 81 30
christer.c.andersson@vgregion.se

Eva Jaktlund, 070-204 76 21
eva.jaktlund@telia.com

Pär Säberg, 070-765 448
Par.saberg@curera.se

Anna-Karin Svensson
070-311 39 96
anna-karin.svensson@lg.se

Arbetsutskott:

Lars Borgqvist, Gunnar Carlgren,
Annika Eklund-Grönberg och
Karin Lindhagen.

Kansli

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

Tidningen AllmänMedicin

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

SFAMs råd

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

Fortbildningsrådet

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

Läkemedelsterapirådet

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

Kvalitet/Informatikrådet

Sven Engström
070-330 48 12
Sven.engstrom@swipnet.se
och Olle Staf
0485-151 33
olle.staf@ltkalmars.se

ST-rådet

Sofia Hellman
08- 672 37 00
sofiahellman@spray.se

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
bjorn.stallberg@nln.dll.se

Balintgrupper

Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk

Tomas Fritz, 0731-80 90 04
tomas.fritz@sl.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Anna-Karin Fahlén
anna-karin.fahlen@nll.se

VÄSTERBOTTEN

Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND

Mikael Lilja
mikael.lilja@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

Roland Olofsson Dolk
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Jonas Sjögren
Jonas.sjogreen@ptj.se

UPPSALA

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

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

STOCKHOLM

Åsa Colliander
asa.colliander@priv.sll.se
http://www.sfamstockholm.se

SÖDRA STOCKHOLM

Per Sundberg
per.sundberg@sjostaden.nu

NORRTÄLJE

Bengt Stegemo
bengt.stegemo@pv.nlpo.sll.se

GOTLAND

Dagrun Lihnell
Dagrun.lihnell@hsf.gotland.se

LINKÖPING

Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@comhem.se

VÄSTERVIK

Carina Bobrowsky
CarinaBw@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ulla-Britt Andersson
ullaba@ltkalmars.se

JÖNKÖPING

Mikael Olsson
Mikael.Olsson@lj.se

KRONOBERG

Hans Thulesius
hans.thulesius@ltkronoberg.se

BLEKINGE

Karin Ranstad
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Hans Lundgren
hans.lundgren@skane.se

MELLANSKÅNE

Inge Carlsson
inge.karin@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Staffan Gyllerup
Staffan.gyllerup@skane.se

MALMÖ

Annika Brorsson,
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Lars Falck
lars.falck@skane.se
Christina Nilzén
christina.nilzen@skane.se
Marie-Louise Remnéus
mlremneus@hotmail.com

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

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

Hemsjukvård
Sonja Modin
sonja.modin@sspo.sll.se

Fortbildningssamordnarna
Meta Wiborgh
meta.wiborgh@telia.com

Kliniskt mentorskap
Charlotte Hedberg, 070-752 88 57
charlotte.hedberg@telia.com

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

Riskbruk
Hans Hallberg
hans.hallberg@dfr.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
Anders Lindman
Anders.lindman@nll.se

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

HALLAND
Pierre Carlsson
Pierre.carlsson@lthalland.se

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

FYRBODAL*
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

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:
Skeppsbron 34
111 30 Stockholm
Tel: 08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida: www.sfam.nu

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@ks.se

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

Roland Morgell, redaktör
Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
08-524 887 38
roland.morgell@klinvet.ki.se

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

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

Hans Händel, adjungerad redaktör
Barkarby VC, Järfälla
08-587 326 80

Katarina Liliequist, illustratör
Herrestads vårdcentral, Uddevalla
katarina.liliequist@gotanet.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

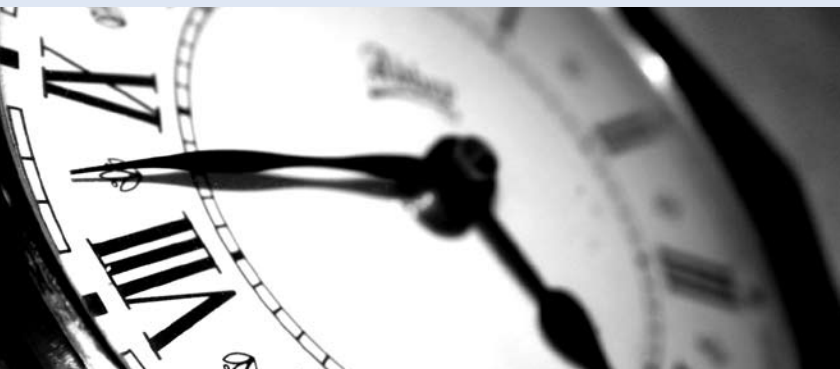
Tryck
Åkessons Tryckeri AB
www.akessonstryck.se

Hemsida
Webbredaktör: Karin Lindhagen

Utgivningsplan för 2006

Nr	Manusstopp	Utgivning
3	9/5	21/6
4	8/8	20/9
5	19/9	1/11
6	31/10	13/12

Den tomma tidens fasa



Någon gång händer det att en patient inte kommer, uteblivet besök, alltså en tom tid. Detta är en gudagåva för distriktsläkaren. Plötsligt får man tid att ringa upp några patienter man borde ringt för längesen, gå igenom provsvar, läsa i Läkemedelsboken vad man borde gett för behandling till de senaste patienterna om man hunnit slå upp. Eller bara titta ut genom fönstret, se vad det är för väder och om löven har börjat falla.

Dessa uteblivna besök ses dock med fasa från politiker och tjänstemän. Därför straffas de patienter extra hårt som inte kommer på angiven tid. De får betala full avgift och dessutom en straffavgift och om man inte betalar så går det till inkasso. Allt för att motverka luckan för doktorn.

Någon gång händer det att man får ännu mer tid över, det är ovanligt, men kan vara ett inställt möte, en inställd BVC eller att man inte behöver gå till SÄRBO. Om man då är solidarisk meddelar man mottagningssköterskan och säger att hon kan sätta upp patienter. Man förväntar sig en dock en lugn eftermiddag. Redan efter en halvtimme upptäcker man dock att mottagningen på nytt är helt full!!! Dels kommer patienter som normalt aldrig får en läkartid utan systemet som är till för att skydda

doktorn sänker ribban. Kan vara ganska intressanta frågor och trevliga besök. Dels upptäcker man också att man har ett antal patienter som har ganska komplicerade frågeställningar, dessa har blivit inringda. Det är patienter som ringt om och om igen men aldrig varit kvalificerade för att få en tid men den stackars mottagningssköterskan har, åtminstone om hon är duktig, en liten reservlåda med patienter som hon har dåligt samvete för och som hon ringer in så fort det uppstår ett vakuum. Systemet för att fylla ut vakuemet fungerar i alla lägen.

Undrar om det finns en miljö där vi är tillräckligt många allmänläkare så att tiderna räcker och till och med blir över någon gång. Inträffar det om man kommer ner till 1500 patienter per allmänläkare?



Kennert Lenhoff
Distriktsläkare Karlskrona
kennert.lenhoff@ltblekinge.se

2006

Maj

Strama-dag

11 maj på Arlandia hotell. Bland annat om lokalt fortbildningsarbete om antibiotika vid luftvägsinfektioner. Se www.strama.se. Kontaktperson kristina.lundh@smi.ki.se

Studierektorskonferens

11-12 maj i Varberg

Svensk idrottsmedicinsk förening

Vårmöte Örebro 11-13 maj.
Första dagen inriktning primärvård.
www.svenskidrottsmedicin.se/

SBU Norr arrangerar konferens om långvarig smärta

18 Maj, Nolia Konferens, 09.30-16.30. Kostnadsfri. Anmälan fax 090-7857414. Mer information www.sbu.se

Berzeliussymposium i Uppsala

18-19 maj. "Neurodegenerative diseases - molecular to clinical perspectives" Läs mer på Läkaresällskapets hemsida: <http://www2.svl.se/>
Kontaktperson: agneta.ohlson@sls.se

Närskjuvård i glesbygd

Svensk förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till den 6:e nationella konferensen i glesbygdsmedicin 18-20 maj 2006 i jemtlandska Strömsund.

Skandinaviskt Venforum

18-20 maj. Skåne/Malmö.
För närmare information:
www.venforum.org

Kurs i konsultation och videosupervision på Kalymnos, Grekland

19-26 maj.
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Juli

Introduktionskurs i Kognitiv

terapi för personal i primärvård
Dubrovnik 2-8 juli. www.wisemind.se

Augusti

Royal New Zealand College of General Practitioners' Annual Conference

Auckland 11-13 aug.
www.rnzcg.org.nz

Wonca Europa

27-30 augusti, Florens

September

Wonca Rural Health Conference

Seattle/Anchorage, 8-15 sept.
www.ruralwonca2006.org

15th "Bled" Course

Slovenia, September 19-23.
Learning and teaching about community orientation in General/Family Practice in Bled.
För information <http://www.drmed.org/novica.php?id=8649>
Kontakta: janko.kersnik@s5.net

The American Academy of Family Physicians' Annual Scientific Assembly

Washington D.C. 27 sep-1 okt.
www.aafp.org

Nationella termdagar om medicinsk informatik

28-29 september i Kalmar. "Att greppa och begripa begreppet, medborgarperspektiv och fackspråk". Mer info kommer så småningom på www.sfm.org. Kontaktperson: Olle Staf, olle.staf@ltkalmars.se

Kurs i konsultation och videosupervision på Kalymnos, Grekland

29 sept-6 okt.
Läs mera på www.kalymnos-kurser.dk

Oktober

Hur kompetensutveckling kan bli effektivare - nya strategier för kompetensutveckling inom primärvården

3 oktober, Södra Berget i Sundsvall. Primärvården Västernorrland tillsammans med Fammi arrangerar nationell konferens.
Kontaktpersoner:
gosta.eliasson@fammi.se
anderslundqvist@lvn.se

Nationell kvalitetsdag

12 oktober, Folkets Hus, Huddinge.
SFAMQ arrangerar Nationell kvalitetsdag. Info: kjell.lindstrom@lj.se



KursDoktors utbud av kurser är granskat och godkänt enligt SFAMs kriterier och anvisningar för en god fortbildning av/med/för allmänläkare. Senaste granskning genomfördes 051115. För närmare presentation av aktuella kurser var god se www.kursdoktor.nu