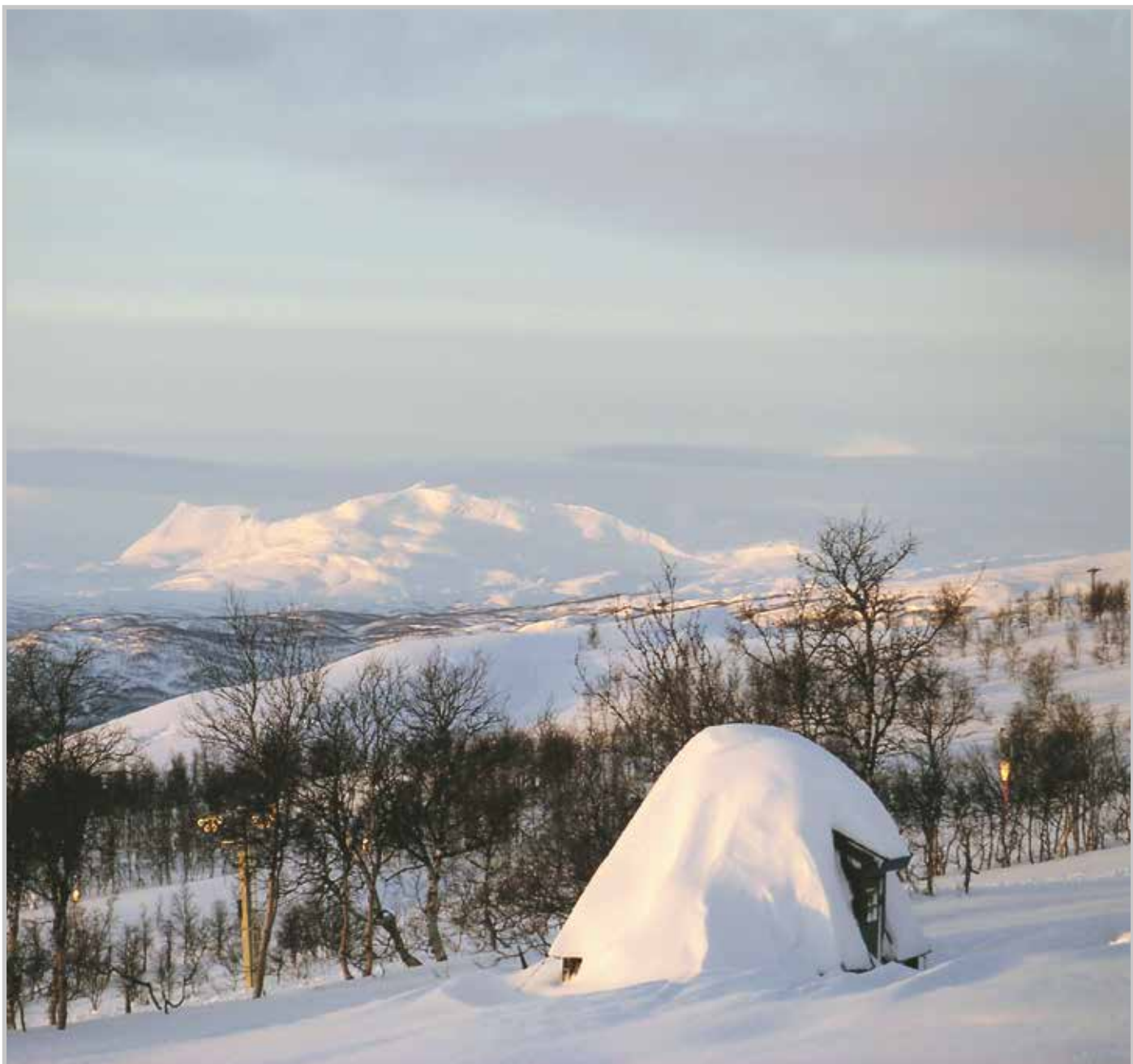


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER I 2004 ÅRGÅNG 25



Östrogen-gestagenbehandlingen – inte så nyttigt som många trodde /sid 5

Hur fattar distriktsläkare beslut om insättande av lipidsänkande läkemedel?/sid 11 • Rapport från min ASK/sid 12

Skriv i AllmänMedicin!

Många känner sig kallade och fler välkomnas. Här nedan finns några av våra ämnesområden. Ha alltid i minnet att vi också behöver bilder. Papperskopior eller digitala bilder, färg eller svartvita. För god digital bildkvalitet – se bildtipset nedan!

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

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

Välkommen!

Redaktionen för AllmänMedicin

Vill du bli medlem i SFAM, köpa studiebreve, supplement eller lösnummer av AllmänMedicin? Gör din beställning på sidan 13!

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

Omslagsfoto: Mats Nytorp

3 Ledare

Ljuspunkt i mörkret
Anders Lundqvist

5 SFAM.L granskar:

Östrogen-gestagenbehandling – inte så nyttigt som många trodde

Jan Håkansson, Anders Hernborg, Ingmarie Skoglund

11 Ny allmänmedicinsk avhandling

Hur fattar distriktsläkare beslut om insättande av lipid-sänkande läkemedel?

Per Wändell

12 Fortbildning

Rapport från min ASK – dialog för professionell utveckling

Gunnar Axelsson

15 Informatik

Allmänläkare och IT

Roland Morgell, Hans Asker,
Cathrine Hannaford Sevastik, Inger Nobel

18 ST-uppsats

Remisser från Sävedalens vårdcentral – en jämförande studie mellan 1994 och 2000

Leif Karlsson

21 Praxis

Behandling av nageltrång – Anna-Karin Fahlén

21 Utnämning

Almen – handledarpris i Uppsala

23 Konferens

Tredje nationella konferensen i glesbygdsmedicin

Lars Agréus

25 Konferens

Från delar till helhet – att leta efter möjliga vägar

Tina Nyström Rönnäs

26 Debatt

Ur ordbytesfloden

29 Fortbildning

Fortbildningssamordnarmöte i Västerås

Gunilla Byström

30 Recension

"Cancerrelaterad smärta – onkologiska och palliativa aspekter" av Peter Strang

"Maten och folksjukdomarna – ett evolutionsmedicinskt perspektiv" av Staffan Lindeberg

"Klinisk kemi i praktisk medicin" Peter Nilsson Ehle (red)

35 Notiser

Nordiska nätverket för fortbildning

Pris för bästa allmänmedicinska insats

37 Inbjudan till "Nationell Kvalitetsdag för Primärvård"

38 SFAM kontaktpersoner/styrelse

39 Allmänmedicinskt kalendarium

40 SFAM informerar

"För några år sedan ansåg många att östrogenbehandling hade en mängd positiva effekter för postmenopausala kvinnor – förutom lindring av de rena övergångsbesvären. Vålgjorda stora studier visar att optimismen grundad på epidemiologiska observationsstudier inte höll."

SFAM.L har granskat östrogen-gestagenbehandling.
Sidan 5



Gunnar Axelsson lämnar en personlig redogörelse från sin ASK.
Sidan 12

"Vilken logik säger att en medveten person med diabetes, som kontrollerar sig själv och har god kontroll, och som med ögon och händer når sina fötter, regelbundet ska rådås gå till sjukvården för annat än blodtryckskontroll och foto av ögonbottenarna?"

Citat från Ordbytesfloden.
Sidan 26



ST-uppsats: Remisser från Sävedalens vårdcentral – en jämförande studie mellan 1994 och 2000.
Sidan 18

Annons

Ljuspunkt i mörkret

När allt fler sviktar i sin tilltro till landstingens förverkligande av nationella handlingsplanen så är det glädjande att konstatera att det har skett en relativt stor tillströmning av nya ST-läkare i allmänmedicin det senaste året.

Anders Lundqvist
Ny chefredaktör för Allmänmedicin



Här står vi allmänläkare för en stor utmaning. Många som blev allmänläkare på 90-talet upplevde arbetsvillkoren i en ”gränslös” primärvård som alltför tuffa. Flera blev stafettläkare och andra prövade sina vingar i företagshälsovården, i många fall utan att ha hunnit uppleva fördelarna med att vara personlig doktor för en given befolkning. En mörk och dystert bild av framtiden som allmänläkare spreds över landet, och förutsättningarna för nyrekrytering var allt annat än ljusa. Den nationella handlingsplanen ingöt lite hopp i en missmodig allmänläkarkår, men rekryteringseffekterna lät vänta på sig.

Hur ska vi nu se till att dessa ST-läkare blir kvar i primärvården, så att de blir den förstärkning vi så länge längtat efter? Först och främst måste vi som kollegor bidra till att skapa det positiva arbetsklimat, som får våra nya kollegor att bejaka uppgiften som generalistkompetent personlig doktor. Jag tror att det viktigaste handlar om att skapa trivsel kollegor emellan på en arbetsplats, och då behöver vi utforma vardagen så att vi regelbundet träffas för att utveckla vårt arbete lokalt. Vi måste se upp med risken att det på vårdcentralerna bildas isolerade öar

där var och en sköter sitt. Gruppen allmänläkarkollegor på en ort har ett gemensamt intresse av och ansvar för att samarbetet utvecklas och att vardagens läromoment tillvaratas i den kollegiala diskussionen. Medsittning och fallbeskrivningar är utmärkta metoder att utgå från. Låt debatten på SFAMs Ordbyte och artiklar i denna tidskrift bli föremål för diskussion. Se till att få möjlighet att bedriva fortbildningsaktiviteter lokalt gärna i smågruppsform i sjukvårdsområdet och i landstinget. Arbetsgivaren måste tillskjuta resurser och har det övergripande arbetsmiljöansvaret, men själva genomförandet hänger till stor del på oss själva. Runt om i landet finns lokala SFAM-föreningar som kan vara drivkraft i denna för allmänmedicinen så viktiga scenförändring.

Tidskriften AllmänMedicin har fått ny redaktion och nytt utseende. Vi tar över stafettpippen för att i den gamla redaktionens anda erbjuda läsekretsen en stimulerande och idérisk tidskrift. Vi hoppas kunna inspirera till en ännu bredare allmänmedicinsk debatt, och ge stort utrymme till att sprida erfarenheter från vardagen som allmänläkare. Jag fyller snart 48 år och har hunnit vara specialist i allmänmedicin i tret-

ton år. Jag arbetar som familjeläkare på en centralt belägen vårdcentral i Örnsköldsvik drygt tre dagar i veckan. Övriga dagar är jag studierektor och fortbildningssamordnare. I SFAM har jag varit ordförande i Fortbildningsrådet i fyra år, och är ordförande i Västerorrlands lokalförening sedan flera år. Kvar från den tidigare redaktionen är Roland Morgell och Karin Ranstad, men vi hoppas också på en utökning av redaktionen underhand. Gunnar Brink på Mediahuset hjälper oss med layout och bearbetning inför tryckning. I det här numret kan ni bland annat läsa om östrogenbehandling i ljuset av nya studier, förändringar i allmänläkares remissvanor, och en stimulerande debatt på Ordbyte om diabeteskontroller. Trevlig läsning!

Anders Lundqvist
Chefredaktör

Annons

Östrogen-gestagenbehandling – inte så nyttigt som många trodde

För några år sedan ansåg många att östrogenbehandling hade en mängd positiva effekter för postmenopausala kvinnor – förutom lindring av de rena övergångsbesvärerna. Vägjorda stora studier visar att optimismen grundad på epidemiologiska observationsstudier inte höll.

Syner på peri- och postmenopausal östrogenbehandling – s.k. HRT (Hormone Replacement Therapy) – vi tycker dock denna benämning bör utgå, se senare i artikeln – har förändrats radikalt de senaste åren. En tvivelaktigt grundad optimism rörande prevention av ett flertal olika sjukdomstillstånd har ersatts av en större respekt för de ogynnsamma bieffekter, som är förknippade med denna behandling. Orsaken till förändringen är några viktiga studier, som försökt besvara oklarheter om behandlingens för- och nackdelar. Vi har alla mycket att lära av denna läxa. Framst ut resultat även från välgjorda epidemiologiska studier, som också kallas observationsstudier, där man försökt att kompensera för tänkbara så kallade "confounding factors", endast kan anses hypotesgrundande. För att bevisa hypoteser krävs, om de är möjliga att genomföra, prospektiva randomiserade studier, helst med blindad design och "hårda" effektmått, relevanta för aktuell patientgrupp

Den goda effekten på besvärande symptom i klimakteriet som värmevallningar, nattliga svettningar, torra slemhinnor med östrogenbehandling kunde tidigt visas. Men hur var det egentligen med långsiktiga effekter på frakturer, hjärtkärlsjukdom, blodpropp och olika cancerformer? Eller effekten på demens, depression och livskvalitet allmänt, om man bortsåg från de vegetativa besvärerna? Studier på surrogatvariabler som bentäthet och blodfettsmönster tydde

på gynnsam effekt på benskörhet och lipidmönster. Östrogener visades även ha dilaterande effekt på kranskärl.[1] Ett flertal observationsstudier tycktes påvisa en klar kardiovaskulär skyddseffekt av östrogenbehandling med en minskning av främst hjärtinfarkter på uppemot 50 procent.[2, 3]

En viss ökad risk för bröstcancer hade man också kunnat se i observationsstudier, liksom en ökad risk för cancer i livmodern, den senare tycktes kunna elimineras med tillägg av gestagen, cykliskt eller kontinuerligt. Bröstcancerriken tonades ofta ner, man talade om att påtaglig risk kom först efter 10–15 års östrogenbehandling och ofta nämndes att dödligheten i bröstcancer inte var ökad, det rörde sig sannolikt om en "snällare" tumörtyp.[4]

Många studier var emellertid av tveksam kvalitet, antingen för att kontrollgrupp saknades eller för att de var för små för att kunna påvisa små riskökningar eller -minskningar. Insiktsfulla röster påpekade också att en felkälla var att amerikanska kvinnor – det rörde sig huvudsakligen om amerikanska undersökningar – som valde östrogenbehandling ofta var mer hälsomedvetna och möjligen hade en livsstil som minskade risken för kranskärlsjukdom.[5]

Mot denna bakgrund genomfördes i USA randomiserade placebokontrollerade studier för att försöka rätta ut frågetecknen - Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) [6] och Women's Health Initiative (WHI) [7]. I Storbritannien genomfördes en mycket stor prospektiv kohortstudie, the Million Women Study (MWS) [8], för att belysa bröstcancerriken vid östrogenbehandling.

När nu resultaten av dessa föreligger har bland annat den europeiska läkemedelsmyndigheten gått ut med nya

rekommendationer, där huvudbudskapet är att östrogenbehandling har god effekt på klimakteriella vegetativa symptom, men inte skall användas för generell prevention.[9] Även vid frakturprofylaktisk behandling av osteoporos är östrogen i de flesta fall olämpligt eftersom man får en större riskökning för främst bröstcancer än motsvarande riskminskning för osteoporosbetingade frakturer.

HERS – ingen fördel för hjärtsjuka – ökad risk för venös tromboembolism

Den första randomiserade studien, som kom att starkt ifrågasätta östrogenets förebyggande effekt på hjärt-kärlsjukdom var Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) [6]. Den publicerades 1998 och var den första randomiserade placebokontrollerade studien, som undersökte om östrogenbehandling skyddade kvinnor med känd kranskärlsjukdom mot hjärtinfarkt. I studien ingick knappt 3 000 koronarsjuka kvinnor, medelålder 67 år vid start, som hade livmodern kvar. Hälften behandlades med konjugerade östrogener (som är den vanligaste östrogenbehandling i USA) med tillägg av kontinuerligt gestagen i form av medroxyprogesteronacetat (MPA) och hälften behandlades med placebo. Efter i medeltal 4,1 år kunde man konstatera att antalet inträffade hjärtinfarkter inte skilde sig mellan grupperna. Även för sekundära slutpunkter som dödlighet, stroke, bröstcancer och höftfrakturer fanns inga statistiskt signifikanta skillnader. Den enda sekundära slutpunkten som var statistiskt signifikant gällde venös tromboembolism, där östrogenbehandling medförde en drygt fördubblad risk. Intressant att notera är att de östrogenbehandlade hade en signifikant minskning av LDL-koleste-

rol och en ökning av HDL-kolesterol, men alltså ändå ingen hjärtskyddande effekt. Författarnas slutsats: ”Vi rekommenderar inte påbörjande av denna behandling för sekundärprevention av kranskärlssjukdom.”

I en uppföljning 2,7 år senare på de flesta av de deltagande kvinnorna – HERS II [10] – då behandlingen var öppen, kunde man konstatera att resultaten inte hade förändrats.

WHI – negativ riskbalans för östrogen + gestagen

HERS var alltså en sekundärpreventiv studie. För att besvara frågan om primärprevention genomförde NIH (USAs motsvarighet till Socialstyrelsen) en studie inom det stora forskningsprogrammet Women’s Health Initiative (WHI)[7]. Nästan 17 000 kvinnor i ålder 50–79 (!) år rekryterades till en randomiserad dubbelblindstudie med östrogen+gestagen eller placebo till kvinnor som hade livmodern kvar. Parallellt rekryterades hysterektomerade kvinnor till en studie med rent östrogen eller placebo. Liksom i HERS användes som östrogen-gestagenbehandling konjugerade östrogener och MPA. WHI var avsedd att pågå under 8,5 år, men den del som jämförde östrogen+gestagen mot placebo avbröts efter i medeltal 5,2 år pga. en funnen ökad risk för bröstcancer bland de östrogen+gestagenbehandlade. Studien för hysterektomerade pågår fortfarande.

Primära slutpunkter var kranskärlssjukdom och bröstcancer. Riskerna för kranskärlssjukdom, bröstcancer, stroke och lungemboli ökade för dem som behandlats med hormoner, medan risken för kolorektal cancer och höftfrakturer minskade. Totalt drabbades de hormonbehandlade av 15% (95% CI 4–27%) fler slutpunkter relativt. Den absoluta riksökningen var 1,1% under 5,2 år. Det innebär att om 91 kvinnor behandlas med östrogen+gestagen under 5,2 år kommer en mer att drabbas av en ogynnsam händelse än om de inte skulle behandlas (number needed to harm – NNH) Se tabell 1!

Nya data från WHI avseende risken för demensutveckling har nyligen publi-

cerats.[11] Även i det avseendet har positiva förhoppningar på östrogen funnits från observationsstudier. Någon effekt, vare sig positiv eller negativ, kunde inte påvisas vid mild kognitiv dysfunktion, däremot sågs en fördubblad risk att utveckla demens i östrogen/gestagen-gruppen. Dessutom har en specialstudie om livskvalitet i WHI redovisats 2003. [12] Någon signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller allmänt hälsotillstånd, vitalitet, psykiskt välbefinnande, depressiva symtom eller sexuell tillfredsställelse kunde inte påvisas.

MWS – ökad risk för bröstcancer

Den sista spiken i kistan vid östrogenpreventionens begravning kom med den stora observationsstudien MWS. Det var en kohortstudie med drygt en miljon brittiska kvinnor i åldrarna 50–64 år vid studiestart. De fick i anslutning till mammografi fylla i ett formulär om sin aktuella och tidigare användning av östrogener och studiens frågeställning var att undersöka om olika typer av HRT kunde korreleras till insjuknande och dödlighet i bröstcancer. Studien kunde fastslå att pågående användning av HRT var kopplat till ökad risk för både insjuknande och död i bröstcancer, men inte användning, som avslutats ett par år tidigare. Risken för bröstcancer ökade med tiden kvinnorna använt HRT. Totalt beräknades östrogenanvändningen ha ökat antalet bröstcancerfall i Storbritannien med 20 000 fall under det senaste decenniet.

Man såg vissa skillnader i risken för bröstcancer med olika beredningsformer. Risken för bröstcancer och för endometrie cancer från andra studier (16–17) med olika former av HRT har sammanställts i redovisningen av MWS. Se tabell 2! Risken ökar med behandlingstiden och är för bröstcancer större för kombinationen östrogen+gestagen än för rent östrogen, men mindre vad gäller endometrie cancer. Vid kombinationen östrogen-gestagen var riskökningen lika oberoende av om gestagen gavs kontinuerligt eller cykliskt. Någon skillnad i risk mellan tabletter och plåster kunde inte visas. Även för tibolon (Livial) visades en klart ökad risk för bröstcancer.

Studiernas styrka:

1. HERS och WHI var randomiserade studier med tillräcklig storlek för att kunna besvara frågorna. MWS var en mycket stor och väl genomförd kohortstudie.
2. I samtliga studier ingick de kvinnor som brukar behandlas med HRT.
3. HERS och WHI var blindade och därmed eliminerades förväntnings-effekter hos både kvinnor och behandlare.
4. Studierna hade blindade slutpunktskommittéer, som värderade varje utfall utan att veta vederbörandes grupptillhörighet.
5. Samtliga studier drevs och värderades av samhällsliga institutioner oberoende av producentintressen.

Studiernas svagheter:

1. Ett stort antal kvinnor slutade att ta de läkemedel de randomiserats till i HERS och WHI. Det kan betyda att de verkliga skillnaderna mellan behandlingarna över- eller underskattats.
2. I HERS II var de 2,7 årens ytterligare uppföljning inte blindad.
3. MWS var en kohortsstudie och det kan finnas skillnader i risk (exempelvis ärftlighet för bröstcancer) mellan de kvinnor som valt att använda östrogen eller avstå.

Med facit i hand kan man undra hur behandlade kvinnor och deras läkare kunnat bli vilseledda i så många år. Lä-kemedelsföretagen som tillverkat östrogenpreparat har naturligtvis haft stora ekonomiska intressen i att skönmåla behandlingen och tona ned riskerna och många ”experter” inom gynekologin har låtit sig utnyttjas eller dragit alltför långtgående slutsatser från observationsstudier. Se ruta med citat från läkemedelsföretagens patientbroschyrer.

Men även i seriösa medicinska tidskrifter hördes långt fram på 90-talet liknande tongångar. I en översiktsartikel i JAMA 1997 där man genom beräkningar byggda på epidemiologiska studier räknar på hur mycket östrogenbehandling förlänger livet för olika kvinnogrupper sägs i sammanfattningen:

"The benefit of hormone replacement therapy in reducing the likelihood of developing CHD appears to outweigh the risk of breast cancer for nearly all women in whom this treatment might be considered. Our analysis supports the broader use of hormone replacement therapy."[13]

I en specialtidsskrift om trombosfrågor refererades amerikanska riktlinjer så här 1996:

"The current American College of Physicians recommendations for hormone replacement are as follows: (1) All women should be considered; (2) women with a hysterectomy should receive estrogen alone; (3) women at risk for, or with, coronary heart disease are most likely to benefit from estrogen; with an intact uterus, progestin must be added; (4) risks of estrogen may outweigh benefits in women at increased risk for breast cancer."[14]

I rättvisans namn skall redovisas att det fanns enstaka insiktsfullare röster som denna i Curr Opin Cardiol. 1996:

"Because all existing data derive only from observational studies, reliable information on the balance of risks and benefits must await the results of the Women's Health Initiative, a large-scale, randomized clinical trial."[15]

SBU bör också hedras genom att i sina rapporter från 1996 och 2002 (publicerad strax innan WHI offentliggjordes) påtalat att risken för bröstcancer ökade med behandlingstidens längd och att ingen dokumentation fanns för behandling i syfte att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Läkemedelsverket har heller aldrig godkänt någon annan indikation än östrogenbristsymtom och osteoporosprofylax postmenopausal.

Lärdomar för framtiden

Epidemiologiska retrospektiva undersökningar som visar på statistiska samband – som i detta fall mellan östrogen-

behandling och minskad förekomst av kardiovaskulära sjukdomar – finns det alltid anledning att förhålla sig kritiskt till. Ett statistiskt samband behöver inte vara ett orsakssamband, inte ens om studierna är välgjorda och man sökt kompensera för kända riskfaktorer eller andra "confounders". Ofta finns okända "confounders", som man alltså omöjligt kan korrigera för. Fynd i observationsstudier bör i de flesta fall endast vara hypotesgrundande. Hypoteserna får sedan testas i prospektiva, tillräckligt stora, randomiserade studier. Som en parallell kan man tänka sig den skyddande effekt

mot hjärt-kärlsjukdom, som ett måttligt alkoholintag enligt observationsstudier erbjuder. Här kommer vi, av naturliga skäl, aldrig att få se en stor randomiserad långtidsstudie, men det är inte självklart hur utfallet skulle bli.

Jan Håkansson

distriktsläkare Krokoms HC
jan.hakansson@jll.se

Anders Hernborg

informationsläkare
Läkemedelkommittén Halland
Anders.Hernborg@telia.com

Ingmarie Skoglund

distriktsläkare Södra Torgets VC Borås
IngMarie.Skoglund@vgregion.se

Citat från tre läkemedelsföretags patientbroschyrer om östrogenbehandling:

- "Det finns mycket som talar för att risken för hjärt-kärlsjukdomar minskar om östrogennivåerna upprätthålls genom ett extra tillskott utifrån."
- "Tillförs östrogen under mycket lång tid, tio år eller längre kan det finnas en något ökad risk (för bröstcancer). Men då är det viktigt att väga den måttligt ökade risken för den kraftigt minskade risken för hjärt-kärlsjukdom och bensår."
- "Åderförkalkning påskyndas och leder till en ökning av risken att insjukna i hjärtinfarkt, slaganfall och kärlkramp. Kunskapen om östrogenernas positiva effekter i detta sammanhang är relativt ny."
- "Det är i den här åldern många kvinnor verkligen vågar 'blomma', njuta av friheten från tidigare ansvar och tro på sig själva som mogna, erfarna kvinnor. Se till att du blir en av dem!"

SFAM.L:s synpunkter

- Långtidsbehandling med östrogen+gestagen innebär alltför stora risker för att användas som förebyggande behandling hos friska och hjärtsjuka kvinnor. Den bör heller inte användas som frakturprofylax hos osteoporotiska kvinnor annat än i speciella fall.
- För symptomatisk behandling av vegetativa besvär kan östrogen med eller utan gestagentillägg rekommenderas för kortvarig behandling 1–2 år. Behandlingen bör därefter omprövas minst en gång per år. Riskerna för allvarliga händelser är trots allt ganska små i absoluta tal och den enskilda kvinnan måste väga dem mot sina subjektiva besvär
- Kvinnor som behandlas med östrogen bör regelbundet upplysas om riskerna med behandlingen.
- Gestagentilläggets fördel att minska risken för endometrie-cancer måste ifrågasättas då det tycks medföra en, större ökning av risk för bröstcancer.
- Andra hormonbehandlingar för förebyggande av osteoporotiska frakturer (t.ex. raloxifen) kan inte rekommenderas förrän de visat att de är säkra i studier av samma kvalitet och storleksordning som HERS, WHI och WMS.
- Begreppet HRT (Hormone Replacement Therapy) kan starkt ifrågasättas som medicalisering av en normal fysiologisk process och bör överges. Det bör ersättas med något mer neutralt som Hormone Therapy eller Estrogen Therapy

Tabell 1: Resultat från HERS (ref) och WHI (ref).

Allvarliga negativa utfall i östrogen/gestagen- resp. placebo grupp

Utfall	Studie	Aktiv drog %	Placebo %	RR [^] (95% CI)	ARR/ARI	NNT/NNH ⁺
Total mortalitet	HERS	18,9	17,3	1,09 (0,93-1,28)n.s.		
	WHI	2,7	2,7	1,01 (0,84-1,21)n.s.		
	Bägge tills.			1,05 (0,93-1,19)n.s.		
Koronarsjd (alla)	HERS	21,0	21,2	0,99 (0,86-1,15)n.s.		
	WHI	1,9	1,5	1,28 (1,01-1,62)*	0,4	250
	Bägge tills.			1,08 (0,95-1,22)n.s.		
Stroke (alla)	HERS	12,4	11,4	1,08 (0,89-1,33)n.s.		
	WHI	1,5	1,1	1,42 (1,08-1,87)*	0,4	250
	Bägge tills.			1,20 (1,02-1,42)*	0,4	250
Venös tromboembolism	HERS	3,6	1,7	2,05 (1,26-3,32)*	1,9	53
	WHI	1,8	0,8	2,15 (1,61-2,86)*	1,0	100
	Bägge tills.			2,12 (1,66-2,71)*	1,0	100
Bröstcancer	HERS	3,6	2,8	1,26 (0,83-1,90)		
	WHI	2,0	1,5	1,28 (1,01-1,61)*	0,5	200
	Bägge tills.			1,27 (1,04-1,56)*	0,5	200
Colorektal cancer	HERS	1,5	1,9	0,81 (0,46-1,43)		
	WHI	0,5	0,8	0,64 (0,44-0,93)*	0,3	333
	Bägge tills.			0,69 (0,50-0,94)*	0,3	333
Cancer (alla)	HERS	11,5	9,8	1,18 (0,95-1,47)n.s.		
	WHI	5,9	5,7	1,04 (0,92-1,18)n.s.		
	Bägge tills.			1,07 (0,97-1,20)n.s.		
Höftfraktur	HERS	2,9	1,8	1,60 (0,98-2,63)n.s.		
	WHI	0,5	0,8	0,68 (0,46-0,99)*	0,3	333
	Bägge tills.			0,94 (0,70-1,26)n.s.		

[^] uträknad med Review Manager, Cochrane Collaboration. * p < 0.05, + De två studierna varade 5-7 år. RR = Relativ Risk. CI = Konfidensintervall
 ARR=Absolut riskminskning. NNT = Number Needed to Treat för att förebygga ett utfall.
 ARI=Absolut riskökning. NNH = Number Needed to treat för att ge ett negativt utfall.

Tabell 2. Riskökning för bröst- och endometrie cancer med olika former av HRT. Extra cancerfall per 1000 kvinnor 50-65 år. Från WMS (bröstcancer) och andra studier (endometrie cancer) (ref).

Behandling	Bröstcancer	Endometrie cancer
Rent östrogen 5 år	1,5	4
Rent östrogen 10 år	5	10
Östrogen+gestagen 5 år	6	0
Östrogen+gestagen 10 år	19	<2

Grundrisk utan östrogen: 32 fall av bröstcancer/1000 kvinnor/ (ref), 5 fall av endometrie cancer per 1000 kvinnor (ref).

Referenser:

- Blumenthal, R.S., et al., *Acute effects of conjugated estrogens on coronary blood flow response to acetylcholine in men.* Am J Cardiol, 1997. 80(8): p. 1021-4.
- Grady, D., et al., *Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women.* Ann Intern Med, 1992. 117(12): p. 1016-37.
- Stampfer, M.J. and G.A. Colditz, *Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence.* Prev Med, 1991. 20(1): p. 47-63.
- Genazzani, A.R., A. Gadducci, and M. Gambacciani, *Controversial issues in climacteric medicine II. Hormone replacement therapy and cancer. International Menopause Society Expert Workshop. 9-12 June 2001, Opera del Duomo, Pisa, Italy.* Climacteric, 2001. 4(3): p. 181-93.
- Barrett-Connor, E. and D. Grady, *Hormone replacement therapy, heart disease, and other considerations.* Annu Rev Public Health, 1998. 19: p. 55-72.
- Hulley, S., et al., *Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group.* Jama, 1998. 280(7): p. 605-13.
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, *Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial.* JAMA, 2002. 288(3): p. 321-333.
- Beral, V., *Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study.* Lancet, 2003. 362(9382): p. 419-27.
- EMEA, T.E.A.ft.E.o.M.P., *EMEA Public Statement on Recent Publications regarding Hormone Replacement Therapy.* 2003. EMEA/33065/03.
- Hulley, S., et al., *Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II).* Jama, 2002. 288(1): p. 58-66.
- Rapp, S.R., et al., *Effect of estrogen plus progestin on global cognitive function in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial.* Jama, 2003. 289(20): p. 2663-72.
- Hays, J., et al., *Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life.* N Engl J Med, 2003. 348(19): p. 1839-54.
- Col, N.F., et al., *Patient-specific decisions about hormone replacement therapy in postmenopausal women.* Jama, 1997. 277(14): p. 1140-7.
- Welty, F.K., *Who Should Receive Hormone Replacement Therapy?* J Thromb Thrombolysis, 1996. 3(1): p. 13-21.
- Rich-Edwards, J.W. and C.H. Hennekens, *Postmenopausal hormones and coronary heart disease.* Curr Opin Cardiol, 1996. 11(4): p. 440-6.
- Pike MC, Peters RK, Cozen W, et al. *Estrogen-progestin replacement therapy and endometrial cancer.* J Natl Cancer Inst 1997;89:1110-6
- Weiderpass E, Adami H-O, Barn JA, et al: *Risk of endometrial cancer following estrogen replacement with and without progestagens.* J Natl Cancer Inst 1999;91:1131-7.

Annons



Om Eksjö och Högländet Eksjö är en av Sveriges bäst bevarade trästäder med anor från 1400-talet. Vårdcentralen ligger centralt, bara ett stenkast från kyrkan och torget. Eksjö har ett läge där som snabbt tar dig ut i världen. Till Köpenhamn tar det drygt två timmar med tåg. Endast sex mil bort ligger städerna Jönköping och Huskvarna. På Småländska Högländet finns gott om smultronställen för stora och små. Här har du nära till enorma naturområden där det finns mycket att se och uppleva. Läs mer på www.eksjo.se.

Distriktsläkare

Eksjö vårdcentral

På Eksjö vårdcentral satsar vi stort på utveckling och utbildning. Vår vårdcentral är SPUR-inspekterad med mycket gott resultat och vi har välfungerande Balintgrupper. Flera av distriktsläkarna har handledarutbildning. Vi arbetar enligt konceptet "Bra mottagning" konceptet i team med sjuksköterskor som har olika specialistfunktioner och har inga köer. Det bor cirka 13 000 invånare i vårt upptagningsområde. Vi erbjuder en tillsvidareanställning och ett vikariat på minst ett år.

Din kompetens

Till tillsvidareanställningen söker vi dig som är specialist i allmänmedicin och till vikariatet dig som är specialist eller är legitimerad läkare med stort intresse för allmänmedicin.

Frågor och ansökan

Om du har frågor är du välkommen att kontakta verksamhetschef Marie Bäckström-Andersson, tfn 0381-359 08, marie.backstrom-andersson@lj.se. Facklig företrädare är Jörn Frank-Nielsen, tel 0380-55 34 75.

Välkommen att skicka din ansökan märkt med referensnummer H502-04-AM till Högländets sjukvårdsområde, personalavdelningen, 575 81 Eksjö senast den 26 februari.

Läs mer på www.lj.se/jobb



Annons

Hur fattar distriktsläkare beslut om insättande av lipidsänkande läkemedel?



Lars Backlund

Den 7:e november 2003 försvarade distriktsläkare Lars Backlund vid Gustavsbergs vårdcentral, sin avhandling "General Practitioners' Decision-Making on Drug Treatment of Hypercholesterolaemia" vid Allmänmedicin Stockholm, Karolinska Institutet, Huddinge. Fakultetsopponent var professor Lars Borgquist, Linköping. Lars' huvudhandledare har varit docent Lars-Erik Strender, och bihandledare professor Henry Montgomery.

LARS PÅBÖRjade sin forskning vid Allmänmedicin Stockholm i mitten av 1990-talet, och har ingått i en forskargrupp kring läkares beslutsfattande som vuxit fram med docent Lars-Erik Strender, distriktsläkare Ylva Skånér (som disputerar i februari 2004), docent och statistiker Johan Bring, Uppsala universitet, och professor Henry Montgomery, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. De områden som studeras är insättande av lipidsänkande läkemedel (Lars Backlund) och ställande av diagnosen hjärtsvikt (Ylva Skånér). Detta forskningsområde är relativt nytt, och man har använt sig av olika metoder för att komma distriktsläkarnas verklighet så nära som möjligt

Behandling av lipidsänkande medel är ofta befogad när risken för framtida hjärt-kärlsjukdom är hög och som komplement till livsstilsförändringar. Enligt de gällande riktlinjerna föreslås att risken för framtida hjärt-kärlsjukdom, eller för död i sådan, räknas ut via speciella formler, byggande på bl.a. data från Framinghamstudien. I den praktiska patientkontakten sker detta dock mycket sällan.

För att studera detta har Lars använt sig av patientfall presenterade i pappersformat för de första två studierna. I studie I presenterades 40 fallbeskrivningar för 38 allmänläkare, som fick ange sin benägenhet att förskriva lipidsänkare. Det som framkom var att strategierna skiljde sig åt avsevärt mellan olika läkare. Den viktigaste faktorn för förskrivning var tidigare kranskärlssjukdom, och den näst viktigast aktuellt kolesterolvärde. I studie II undersöktes allmänläkares och medicinstuderandes uppskattningar av patienters risk för framtida kranskärlsjukdom. Båda grupperna visade en tendens att underskatta risken, fr.a. för högriskpatienter.

I de följande tre studierna presenterades sex patientfall på datorskärmen, och allmänläkarna instruerades att "tänka högt" och återge alla sina tankar om den information som presenterades. Allt som sades togs upp band, och de utskrivna protokollen kodades sedan för huruvida de separata uttalandena talar för eller emot läkemedelsbehandling (= beslutets riktning). I studie III fick hälften av deltagarna också skatta benägenheten att förskriva läkemedel efter varje skärm med ny information. Skattningar och "tänka-högt"-protokollen återspeglade förändringen i beslutets riktning på likartat sätt, och tolkades som ömsesidigt stöd för validiteten i de två svarsmått.

I studie IV och V analyserades data med avseende på hur ofta olika slags information om patientfallen värderades och hur de användes vid besluten. Allmänläkarna tycktes använda olika kritiska nivåer för när ett kolesterolvärde bedömdes kräva

läkemedelsbehandling. Därtill bedömdes livsstilsfaktorer på olika sätt. Rökning betraktades av vissa allmänläkare som en riskförhöjande faktor som ökade benägenheten att förskriva läkemedel, medan andra läkare såg rökstopp som ett alternativt angreppssätt och då ett argument att avstå från, eller avvakta med, läkemedelsbehandling.

Läkarna ombads även beskriva med egna ord hur de brukar resonera kring sina patienter med kolesterolförhöjning. De tycktes i flera fall avvika från en strikt tillämpning av riktlinjerna, trots att de hade kunskap om grundprinciperna i dem. I dessa fall var argumenten för att avvika ofta betingade av livsstilsfaktorer.

Den nya "tänka-högt"-metodiken, som f.ö. har utvecklats av professor Henry Montgomery, tycks vara ett värdefullt komplement till mer statistiska angreppssätt. Ett exempel på tillämpningsområde kan vara att studera skillnader i beslutsprocesser mellan erfarna läkare och medicinstuderande, för att sedan kunna användas i undervisningen. Ett annat tillämpningsområde kan vara att undersöka användbarheten av olika utformningar av beslutsstöd, som kan integreras i den datoriserade patientjournalen.

Den som är intresserad av att beställa avhandlingen kan höra av sig till Allmänmedicin Stockholm. Enklast är att maila till ingrid.englund@slpo.sll.se

Per Wändell
Allmänmedicin Stockholm
per.wandell@klinvet.ki.se

Rapport från min ASK – dialog för professionell utveckling

Gunnar Axelsson är en av dem som utvärderar sin kompetens i ASK-projektet 2003. Här vill han inspirera fler att öppna för att bli sedda som allmänläkare för att främja den egna professionella utvecklingen.

Måhända medför dialogen att man utvecklas

Jag har arbetat som allmänläkare sen 1982 och har som många i min generation fått forma min yrkesidentitet på egen hand. Erfarenheterna från patientmötena har format mitt sätt att arbeta på ett ostrukturerat sätt.

FQ-gruppen fick mig att inse vilken kraft och kunskap erfarna kollegor kan delge varandra, bara på min vårdcentral har vi tillsammans nästan 100 år i yrket. Efter examinatorskursen 2002 har jag varit examinator och mitt i ST-värderare, vilket givit mig nöjet att se unga kollegor i arbete och varit mycket utvecklande för mig själv. Det blev dags att själv bli sedd som allmänläkare och att öppna för dialog?

Därför anmälde jag mig till ASK-projektet 2003, inspirerad av SFAM-mötet i Göteborg. På samma sätt som när jag gick in i examinationsprocessen var jag mycket osäker på om det var något för mig. Kunde mina färdigheter som autodidakt allmänläkare vara mig till hjälp?

PLADASK på resan

Det var inte utan en viss pirrighet jag anträdde min resa. Redan under sista delen av tågresan påbörjades seminariet med journalgenomgång enligt PLADASK (Praxis-Ledande Allmänläkare Diskuterar Angelägna Ståndpunkter i Kollegial dialog). Någon läser upp sin slumpvis utvalda journalanteckning inför en kollega som reflekterar och för en dialog kring journalen, samtidigt som ytterligare en kollega observerar dialogen och ger återföring på de lästa



Artikelförfattare Gunnar Axelsson

och sagda. Slutligen får journalskrivaren berätta vad han har fått ut av "trialogen". Ett mycket värdefullt sätt att fundera över journalens allmänmedicinska innehåll, struktur och kanske också varför man skall föra journal och för vem.

Vid lunchtid var vi väl framme i Abisko, blev anvisade våra hus och fick mat i magen, varefter jag som nykomling introducerades vänligt av erfaren kollega om de ingående moment som man kunde välja att arbeta med.

På eftermiddagen planering av dagarna. Därefter kollegialt parsamtal med utvald kollega om sånt som väcker olust/känns svårt, för min del bland annat ledarskap. Konsten att få med sig kollegor och personal kring en idé man skulle vilja förverkliga.

Senare, med enstaka snöflingor i luften, fortsatt samtal i par om att sprida allmänmedicinskt arbetssätt i fortbildningen, examen, handledning, etc.

Båda samtalen följdes upp av redovisning och gruppdiskussion som blev givande, och för mig kändes det mer och mer vant i gruppen trots att jag var nykomling.



Några av deltagarna: Gunilla Byström, Ulf Måwe, Inge Carlsson, Robert Svartholm.

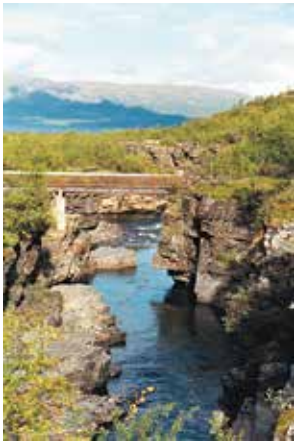
På kvällen mat på turiststationen, bastu och sen dödstrött i säng efter en lång dag.

ASKen öppnas i Abisko

Dagen efter, frukost tillsammans i ena husets kök där jag ställer frågan om mentorsval. Det hela utmynnar i nytt parsamtal uppe på fjället med tema dels mentorsval dels prat om vardag på vårdcentralen; glädjeämnen; svåra saker; hur man utses av bland annat sköterskor att lösa problem med kniviga och missnöjda patienter. Får fin kontakt med kollega och börjar tänka: detta kanske är min ASK-mentor?

Efter lunch vidtar ett tillämpat pass med PLADASK. Vi hinner med sammanlagt 8 avidentifierade patientjournaler som levandegöres, journalanteckningarna nagelfars och bedöms utifrån allmänmedicinskt synsätt. Mycket värdefullt och användbart, tänker jag, i FQ-grupp och varför inte i handledning med AT- och ST-läkare.

På kvällen en trerättersmiddag, tillagad av en del av gruppen med trevlig samvaro, mycket skratt och annat som förde oss närmare varandra. Man behö-



Abisko-jokken

ver ju känna förtroende för varandra, för att kunna föra en dialog inte bara om vardagen/arbetet utan även på ett djupare plan. Innan jag somnar far tankarna runt om allt som sagts: Ska jag gå in i "processen" och vem skall jag hitta som mentor?

Bestämmer mig för att nästa dag gå en tidig vandring utmed Abisko-jokken för att fundera tillsammans med nyss påbörjad ASK-pilot för att få råd. Vi missar dock varandra på ett förargligt

sätt och jag går en snabb promenad före frukost och bestämmer mig att ASK är nog något jag vill utsätta mig för ett år framåt för att öka min självkänedom, reflektera över min vardag och bli sedd i mitt arbete, samt att föra en dialog om allt detta med en klok kollega.

På förmiddagen ytterligare en omgång med PLADASK-övningar, städa husen och göra sig klar för hemresa.

På tåget till Luleå diskussion om hur vi kan sprida intresset för ASK vidare och jag får mig för egen del en mentor tilldelad efter blyg förfrågan.

Innan jag stiger av tåget tror jag mig veta att det kommande året som s.k. ASK-pilot kommer bli en spännande och utvecklande resa i min allmänläkarvardag.

Ni som haft eller har liknande funderingar och tankar som jag, tveka inte att anmäla er till nästa ASK-seminarium i mars 2004.

Gunnar Axelsson

Oxelösunds Vårdcentral
abjgax@telia.com

Att läsa vidare:

Om ASK – *Allmänmedicin* 1/2001

Om Pladask – Byström Gunilla

Fortexpressen nr 3;2003.

eller på nätet www.lvn.se/forte

Faktaruta ASK-moment

- Skriv en CV – med reflektioner
- 10 Viktiga händelser – professionellt/privat
- Dialog om det skrivna
- Utbildningar bakåt i tiden 7år
- Läsnings/informationshantering
- Examinationsfrågorna
- Praktikdag:
 - Sit in*
 - Journalgenomgång*
 - Remissgranskning*
 - Intygsgranskning*
- PLADASK
- Audit
- Ledarskap
- Uppsats/berättelse
- Blicka framåt



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 tidskriften AllmänMedicin, Scandinavian Journal of Primary Health Care och alla supplement som ges ut under år 2003.

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 exemplar

Supplement 2/01 – "Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens?"

Antal exemplar

Supplement 1/02 – "Svensk allmänmedicin – i går, i dag, i morgon"

Antal exemplar

Supplement 1/03 – "Skrivande allmänläkare – specialistexamensuppsatser 1997–2002"

Antal exemplar

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

AllmänMedicin nummer 4/03. Pris: 75 kr (inklusive moms) + porto

Antal exemplar

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

Annons

Allmänläkare och IT

En enkätundersökning bland en grupp allmänläkare visade att de i stor utsträckning använder IT-stöd i arbetet. Datorn upplevs som ett bra stöd när den fungerar, men medför ökad sårbarhet då det blir stora problem när den inte fungerar. Det är angeläget att vårdcentraler prioriterar system och rutiner som garanterar driftsäkerhet.



Vår undersökning bekräftar att det finns utbildningsbehov avseende befintliga funktioner. Förenklat skulle man kunna jämföra med att det kan vara bättre att ha tillgång till en robust bil som alltid fungerar och att alla lär sig använda denna, än att ha en mer avancerad modell som inte alltid fungerar eller vars avancerade funktioner man inte lärt sig använda.

En enkätundersökning hösten 2002 visade att 99% av landets allmänläkare använde datorjournal på sin mottagning där 97% även hade tillgång till Internet. 75% använde Internet i arbetet till att hämta information och lika många använde e-post (1). Det var dock endast 57% som själva ansåg att

de hade tillfredsställande kompetens inom IT-området. Det fanns alltså en diskrepans mellan användning och den upplevda kompetensen. Av enkäten framgick inte vad man mer konkret tyckte sig behöva kunna bättre.

I samband med en handledarutbildning för allmänläkare i Stockholms läns landsting våren 2003 besvarade 28 deltagare och fem kursledare en enkät med fasta svarsalternativ och två öppna frågor. Av de sammanlagt 33 allmänläkarna hade 16 varit specialister i allmänmedicin i fem år eller mer. Ålder varierade mellan 40 och 61 år. 19 var kvinnor och 14 män. Mer än hälften var anställda av landstinget, medan övriga arbetade privat. Gruppen utgör inte ett representativt urval allmänläkare, men

undersökningen kan ändå förmedla intressanta synpunkter, på samma sätt som exempelvis erfarna allmänläkares synpunkter på vårt ämnesområde sammanställts vid en av Provinsialläkarfondens kurser (2).

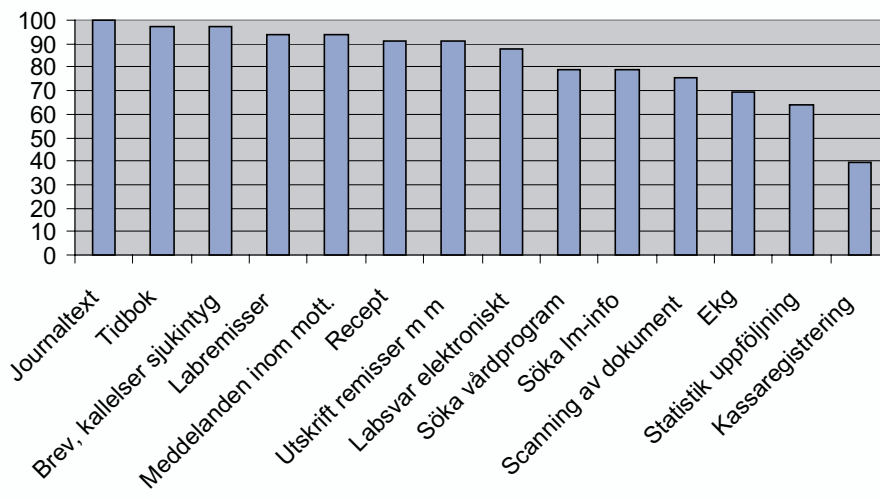
Resultat

Samtliga enkäter besvarades. Alla uppgav sig använda dator på arbetet och alla utom en använde även dator hemma. Förutom e-post, Internet och interaktiva tjänster använde många hemdatorn för spel, musik och film. Det vanligaste journalsystem var Prof.doc, övriga system – Medidoc, Melior, BMS, Biosis och Swedestar – hade endast enstaka användare. Drygt hälften uppgav att de parallellt använde pappersarkiv. De flesta uppgav att de själva skrev journalanteckningar i viss utsträckning, tre skrev inget, medan fem skrev allt eller det mesta. De flesta utnyttjade många av datorjournalens olika möjliga funktioner. Se figur 1!

Störande driftsstopp var vanliga problem. Endast en hade inte drabbats av detta, medan 17 hade drabbats några gånger och elva svarade att de drabbats många gånger. Dataförlust hade drabbat 15 personer en eller flera gånger, medan 17 svarade att de aldrig drabbats av detta.

När det gäller datorjournalens överskådlighet jämfört med pappersjournal, tyckte 20 att den är bättre eller mycket bättre. Datorjournalens tillgänglighet bedömde nästan alla vara bättre, varav 21 till och med tyckte att den var mycket

Figur 1. Andel (%) som uppger att man använder olika funktioner av datorjournalen. N = 33.





"Enkäten bekräftar tidigare erfarenheter att datorjournaler och IT-stöd används i omfattande utsträckning bland allmänläkare."

bättre. På frågan om man ville återgå till att enbart använda pappersjournal svarade 27 nej, medan fem var lite mer tveksamma. Sjukvårdens olika system för datorjournaler upplevde 18 som ett stort eller mycket stort problem.

Stort eller mycket stort behov av ytterligare kunskap för att utnyttja sitt journalsystem upplevde 10 medan 13 svarade att de hade stort eller mycket stort behov av ytterligare kunskap för att i övrigt bättre kunna utnyttja IT i sitt arbete. Flera angav Word, Excel, statistikprogram, Internet och allmän IT-kunskap som områden där man behövde lära sig mer, liksom att överhuvudtaget lära sig att bättre utnyttja befintliga program.

På frågan om på vilket sätt man upplevde datorn som stöd eller problem i arbetet, lämnades många likartade svar. Man tycker att datorjournalen har många fördelar genom överskådlighet, tydlighet, tillgänglighet och möjlighet till att sammanställa data för uppföljning mm, samtidigt som man betonar den ökade sårbarheten genom de stora problem som uppstår när systemen inte fungerar. Enstaka moment, som journalsignering, receptskrivning, programuppdateringar, upplevdes av några som krångliga eller tidskrävande, samtidigt som andra pekar på att datorn gör att olika arbetsmoment kan ske snabbare. Två personer uttryckte farhågor att journaldatorn kan vara störande i patientrelationen. En person skrev även att datorn är svår att placera på ett bra sätt i rummet.

Diskussion

Trots att gruppen inte består av fler än drygt trettio personer och inte heller utgör ett slumpmässigt urval av allmänläkare, så kan resultaten ge en ögonblicksbild. De som besvarat enkäten är en selekterad grupp, som bland annat kännetecknas av ett allmänmedicinskt engagemang som tagit sig i uttryck att man sökt handledarutbildning eller medverkar som kursledare. En styrka i vår undersökning är att vi inte har något bortfall.

Enkäten bekräftar tidigare erfarenheter att datorjournaler och IT-stöd används i omfattande utsträckning bland allmänläkare. Många använder delvis dock fortfarande parallell pappersjournal, vilket kan tolkas som att visionen om "den papperslösa vårdcentralen" är långt ifrån förverkligad. Dessa mottagningar har inte klarat av att införa system som kan hantera all information som skall dokumenteras. Omvänt kan man lika gärna säga att nästan hälften uppger att man klarar sig utan parallell pappersjournal.

Många uppger att man använder sig av en mängd olika datafunktioner och gruppens upplevda utbildningsbehov är inte heller lika stort som ett slumpmässigt urval allmänläkare tidigare rapporterat. Selektion kan vara en förklaring till detta.

De flesta har svarat att man upplever IT som ett stöd i sitt arbete. Datorjournal ger framförallt ökad tillgänglighet men även ökad överskådlighet och

möjlighet att sammanställa data för uppföljningar mm. Datorjournalen ger dock samtidigt ökad sårbarhet, där konsekvenserna av datahaveri är större än när en enskild pappersjournal kommer på avvägar. De flesta rapporterade erfarenheter av driftstopp och knappt halva gruppen hade även drabbats av dataförlust.

Det är viktigt att vårdcentraler prioriterar datorjournalssystem som garanterar driftsäkerhet. Optimal användning förutsätter att användarna får kunskap att utnyttja de funktioner som systemen tillhandahåller. När det gäller utbildning så efterfrågas allmän datakunskap samt program som ingår i Office. Datakörkort anpassat för allmänläkare kan troligen fylla ett behov.

Referenser:

1. Familjemedicinska Institutet: Problem Detection Study, Läkare och distriktssköterskor 2003; Thams & Nyås Management AB, Stockholm 2003.
2. Lyngstam, Olle och Mattsson, Bengt: Vad är det särpräglade i vårt ämne? Några erfarna allmänläkares synpunkter. Allmänmedicin nr 5, 2002, sid 292.

Roland Morgell

Kvalita Mariefrisk, Stockholm,

Hans Ansker

Narvavägens husläkare, Stockholm,

Cathrine Hannaford Sevastik

Rotebro vårdcentral, Sollentuna,

Inger Nobel

Narvavägens husläkare, Stockholm

Annons

Remisser från Sävedalens vårdcentral

– en jämförande studie mellan 1994 och 2000

Primärvården utreder fler patienter i dag än för åtta år sedan, visar en ST-uppsats som Leif Karlsson gjort vid Sävedalens vårdcentral i Partille kommun.

Skriver distriktsläkarna idag anorlunda remisser än tidigare? Kan det i så fall bero på att allt sjukare patienter handläggs och mer avancerade utredningar genomförs inom primärvården? För detta talar en studie vid Laxå vårdcentral [1].

Socialstyrelsen undersökte under 1990-talet remissflödet mellan primärvården och slutenvården, vilket visade att övertagande då till stor del var meningen med remissen (78 procent) och att det i ganska få fall gavs vägledning för fortsatt handläggning [2]. Syftet med min undersökning har varit att se om ökad arbetsbelastning kan visa sig i en förändring av remissmönstret. Kan det vara så att många remisser idag skrivs för att få fakta för att handlägga utredningen själv? Artikeln är en bearbetning av min ST-uppsats.

Material och metod

Samtliga utgående remisser från Sävedalens vårdcentral oktober 1994 samt oktober 2000 har granskats. 1994 är valt för att få största möjliga spann mellan mätpunkterna och för att det datoriserat journalsystemet, Medidoc, då infördes på vårdcentralen. Remissdata är sammanställda från vårdcentralens journalsystem. Om en remiss har skrivits för hand införs den in i journalen när remissvaret har inkommit. Eventuellt bortfall består av icke besvarade handskrivna remisser.

I upptagningsområdet bor cirka 12 000 invånare i en blandad villa- och hyreshusbebyggelse. Vårdcentralen ligger cirka en kilometer från ett region sjukhus. 1994 tjänstgjorde fyra ordinarie distriktsläkare (3,75 tjänster) och en AT-

läkare (heltid). År 2000 fanns där fem ordinarie distriktsläkare (4,0 tjänster) och en ST-läkare (heltid).

Under båda perioderna har det funnits en privat specialist (ortoped) och två privatpraktiserande allmänläkare i området. Det har inte varit remisstvång till regionsjukhuset under någon av perioderna. Inte heller har det varit någon skillnad när det gällt primärvårdens avtalade åtagande att följa vårdprogram eller själva utreda.

Remisserna har delats in i konsultremisser och utredande (exempelvis röntgen, PAD med flera).

Konsultremisserna har granskats med avseende på patientdata, mottagare, akut/ickeakut, om remitterande läkare avsåg att fortsätta handlägga patienten själv eller om övertagande önskades, om osäkerhet avseende diagnos förelåg, om remissen uttryckligen var skriven på patientens önskemål samt om föregående utredning var gjord av vårdcentralen.

Resultat

Under oktober 1994 registrerades 623 patientbesök och 74 konsultremisser, vilket motsvarade en remissfrekvens på 11,9 procent. Motsvarande siffror för oktober 2000 är 702 patientbesök, 55 remisser och en remissfrekvens på 7,8 procent. Ålders- och könsfördelningen är jämförbara för perioderna. Av 74 remisser 1994 avsågs 44 män och av 55 remisser år 2000 avsågs 30 män, det vill säga fler män än kvinnor remitterades under båda perioderna.

Remisser har skickats till 22 olika specialiteter. Knappt hälften av kirurgiremisserna 1994 rör "akut buk" mot ingen remiss finns med denna diagnos år



2000. I övrigt är det likartade remissorsaker. Remisserna till öron, näsa, hals innehåller ett brett spektrum diagnoser/frågeställningar där ingen dominerar. Remisserna till öppenortopedi år 2000 domineras av värkfrågeställningar.

Akuta remisser

Fler akuta remisser skrevs 1994 (18 stycken) än 2000 (nio). Skillnaden i antal ligger framför allt i antalet remisser till kirurgi. Av dessa dominerar "akut buk". Om man delar in remisserna efter önskemål om "omedelbart omhändertagande" eller "omhändertagande snarast" kvarstår 1994 alla 18 remisser med öns-

Mottagare	Oktober 1994 Antal	Oktober 2000 remisser
Kirurgi	19	5
Öron	14	1
Medicin	8	5
Ortopedi/sluten	6	5
Ögon	4	4
Ortopedi/öppen	3	9
Psyk/öppen	3	4
Hud	3	3
Reumatologi		4
Barn	2	6
Övriga	12	9
Totalt	74	55

kemål om omedelbart omhändertagande men endast sex stycken år 2000. Akutremisserna var ställda till sju olika specialiteter under båda mätperioderna är.

Avsikt med remiss

76 procent av remisserna från 1994 avsåg önskemål om övertag av patientansvar. År 2000 hade siffran sjunkit till 49 procent. Av övriga remisser går det att utläsa att remitterande läkare avser att fortsätta handlägga patienten men önskar hjälp med diagnostisk undersökning, andra specifika åtgärder eller granskning av patientdata/behandlingsråd. I fler remisser från 1994 (tio) än från 2000 (två) finns noterat att remissen är skriven efter önskemål från patienten. Det är blandade remissinstanser och inget mönster kan urskiljas.

Föregående utredning

	Oktober 1994 Antal	Oktober 2000 Antal
Utredd på VC	35	33
Ytterligare utredning	39	22
Totalt	74	55

Med "utredd på VC" menas att frågeställningen var antingen att laboratorieprover/röntgen inte var aktuella eller att de redan var gjorda. "Ytterligare utredning" betyder att det bedömts att ytterligare undersökningar skulle komma att göras utöver remissmottagande läkares bedömning.

Diskussion

I Socialstyrelsens slutrapport från Primärvårdsprojektet [3] beskrivs hur patienter överförs från sjukhus- till primärvård och att det är en nödvändig och önskvärd utveckling. I min begränsade undersökning finner jag stöd för denna utveckling och att patienterna vid remitteringstillfällena är mer utredda via primärvården än tidigare.

Remissfrekvensen har sjunkit mellan perioderna från 12 till 8 procent. Enligt tidigare gjorda studier [2, 4, 5, 6] ligger remissfrekvensen från primärvården på

mellan 7 och 13 procent. Det finns en uppfattning om att mindre än 10 procent av patientbesöken i en fungerande primärvård leder till specialistremiss.

Tidigare studier har visat att majoriteten av remisser från primärvården är adekvata och medicinskt välmotiverade [4, 5]. Min studie har inte undersökt detta men visat att patienterna var mer utredda då de remitterades år 2000 än 1994. En övergripande upplevelse är att den stora majoriteten av remisserna var lättlästa och väl strukturerade. Dock var inte alltid frågeställningen direkt uppenbar.

Andelen akuta remisser sjönk från cirka en fjärdedel till en sjättedel, vilket är låga siffror jämfört med tidigare studier [1, 4] men samma som visats i en studie gjord på en vårdcentral i närheten av ett regionsjukhus [6]. Detta skulle tala för att många med akuta problem söker direkt till sjukhusakuten. Det har också visats i tidigare studier att patienterna själva styr flödet till olika vårdnivåer [2]. Den minskning som finns av de akuta remisserna orsakas av att inga "akuta bukar" remitteras år 2000. En möjlig förklaring är även här närheten till sjukhuset samt den ökade svårigheten att få akuttid på vårdcentralen.

Noterbart är att fler män än kvinnor remitterats. Det vore intressant att se om detta stämmer överens med könsfördelningen i stort vid konsultationerna och om det finns skillnader i remissorsak mellan män och kvinnor. Materialet är dock begränsat, varför säkra slutsatser om könsfördelning i stort är svåra att dra.

I min studie har enbart utgående remisser studerats. Det skulle vara intressant att även studera de journalanteckningar som föregått remisserna, för att få med de avvägningar läkaren gör före remisskrivandet.

Resultaten i denna studie går helt i linje med den önskvärda utvecklingen; att primärvården ska ta över ansvaret för patienter som inte behöver slutenvårdsresurser. Ekonomiska skäl kan också göra att slutenvården ger rekommendationer om utredningar och undersökningar till primärvården som då får bekosta dessa.

Patienterna är mer utredda vid remiss-tillfällena och primärvårdsläkarna önskar i högre omfattning fortsätta handlägga patienterna. Materialet är i denna studie begränsat till en vårdcentral men tendensen är intressant och kan tala för att en förstärkning av primärvården är viktig med målet 1 500 invånare per läkare.

Leif Karlsson

ST-läkare i allmänmedicin

Sävedalens VC, Partille

leif.karlsson.partille@telia.com

Referenser:

1. Edström L-G. Studie av remissflöde från Laxå vårdcentral 1997. Primören - från primärvården i Örebro län, nr 3 1998.
2. Krakau I, Hassler E. Informationsutbyte och arbetsfördelning mellan Primärvård och Specialistvård. Socialstyrelsen 1997.
3. Primärvårdens roll i närsjukvården på 2000-talet. (Slutrapport från primärvårdsprojektet) Socialstyrelsen 1998 ISBN 91-7201-251-X.
4. Lindström K, Hagman A, Berg L, Bengtsson C. Referral notes used as tool for evaluating the co-operation between general practitioners and hospital physicians. Scand. J Prim Health Care 1994;12:214-218.
5. McLean M. Studie av konsultationsremisser från en husläkarmottagning. Skriver vi onödiga remisser? Examensarbete 2001. AllmänMedicin nr 4/02.
6. Häll S. I regionsjukhusets skugga: Remisskrivning vid Eriksbergs vårdcentral i Uppsala. AMC-rapport nr 4 1995.



Fakta

Handledare för Leif Karlsson då han skrev sin ST-uppsats var Robert Eggertsen, universitetslektor vid Divisionen för allmänmedicin, Göteborgs universitet, samt vid FOU-enheten, Primärvården Södra Bohuslän, robert.eggertsen@vgregion.se



LANDSTINGET SÖRMLAND
Nordvästra hälso- och sjukvårdsområdet

Primärvården Eskilstuna Vårdcentralen Torshälla

Distriktsläkare/ vikarierande Distriktsläkare

Vårdcentralen Torshälla tillhör Primärvården Eskilstuna och är en av sex vårdcentraler.

Vid vårdcentralen finns fem distriktsläkartjänster och en utbildningstjänst. Under samma tak finns läkarmottagning, distriktsköterskemottagning, BVC, arbetsterapi, sjukgymnastik och beteendevetare.

Vi erbjuder ett stimulerande arbete vid en väl fungerande vårdcentral med stabil och kompetent personal.

Kontakta oss så berättar vi gärna mer

Thomas Johansson

Platschef, Torshälla Vårdcentral

tfn 016-10 42 68, 070-218 69 56

e-post thomas.johansson@mse.dll.se

Leif Stavåker

Facklig företrädare

tfn 016-10 35 87

Välkommen med Din ansökan inkl meritförteckning, **ref nr MSE 6/04, senast 2004-03-12** till Mälarsjukhuset, Administration plan 13, 631 88 Eskilstuna. rekrytering@mse.dll.se

Annons

Behandling av nageltrång

Vid SFAMs årsmöte 2002 behandlade ett av examensarbetena nageltrång. Anna-Karin Fahlén berättade då om en metod som använts i många år på Björkskatans vårdcentral.



Metoden går ut på att minska nagelns "inrullning" i nagelfalsen genom att man klistrar på en plastbit tvärs över nageln.

Fotvårdare Anita Pettersson lärde sig metoden på fotvårdarnas årsmöte 1994 och har sedan dess behandlat ca 100 patienter. Efter det har behovet av operativa ingrepp sjunkit till nära noll.

Först slipas nageln ned, både för att den ska bli lite tunnare och för att plastbiten, som kallas Spange, ska fästa ordentligt. Efter detta mäter man vilken storlek på Spangen som passar. Den finns i storlekar från 14 till 24 mm och ska gå så långt ut i kanterna som möjligt utan att den irriterar nagelfalsen. Sedan tvättas Spange och nagel med medicinsk bensin. Efter det tar man med en speciell pincett i Spangen och sätter på ett snabblim för naglar. Först fästes ena ändan och hålls fast medan man pressar ned den

andra delen av Spangen. Efter 30 sek sätter den också fast.

Spangen bör placeras så nära nagelroten som möjligt. Ibland kan flera behövas.

Alla patienter kan behandlas men man bör vara försiktig hos äldre diabetiker som kanske inte känner om Spangen lossnar och skaver.

Anna-Karin Fahlén
Björkskatans vårdcentral, Luleå
anna-karin.fahlen@nll.se

Fotnot:

Även fotvårdaren Anita Pettersson vid Björkskatans vårdcentral kan kontaktas för mer information: tel 0920-719 06, anita.pettersson@nll.se
Spangen kan beställas av Supinator/Radings AB, Box 54, 438 22 Landvetter. De kan också berätta mera om tekniken.

Extrakurs i konsultation och videosupervision, Kalymnos, Grekland

Vi planerar en extra kurs under 2004, från 28. Maj till 4. juni – se mera på www.fammi.se

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

Lärare: Lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, studielektor, allmänläkare Ole Risør, överläkare, klinisk lektor, Jørgen Nystrup.

Deltagarantal: 24, som fördelas på 3 grupper med 8.

Pris: Kursavgift: 8.500.- DKR, Hotell + 2 middagar: 2.600.- DKR, resa ca. 2.500.- DKR

Kontaktperson: Jan-Helge Larsen, Violvej 22, DK-3000-Helsingør
Tlf. +45-4921 5400, Fax +45-4926 2900, E-Mail: jhl@dadlnet.dk

Almen – handledarpris i Uppsala

ST-läkarna i Uppsala län delar årligen ut två pris för god handledning, ett inom allmänmedicin och ett inom sidoutbildningen. 2003 års priser gick till Jan Stålhammar vid Eriksbergs vårdcentral i Uppsala samt till Öron- Näs- och Halskliniken vid Akademiska sjukhuset. Priset består av ett diplom samt en alm i form av ett bonsaiträd.

Motiveringarna lyder:

Som handledare är Jan Stålhammar engagerad och generös med kunskaper, erfarenheter och tid. Han vägleder i både medicinska frågor och vad gäller patientkontakt på ett sätt som ger ST-läkaren ökad självinsikt. Inom forskningsutbildning är han en entusiasmmerande förebild och inspirationskälla.

Läkarna vid ÖNH-kliniken har under flera år skapat en ypperlig utbildningsmiljö som präglas av hög medicinsk och social kompetens. Formerna för utbildningen är genomtänkta och alla har visat en aldrig sinande vilja att undervisa och stötta på ett respektfullt sätt i det dagliga arbetet. Stämningen på kliniken är trivsamt positiv vilket hela personalgruppen bidrar till.



Jan Stålhammar, Eriksbergs vårdcentral i Uppsala



Lars Jonsson, ÖNH-kliniken, Akademiska sjukhuset

Tredje nationella konferensen i glesbygdsmedicin

I slutet på mars förra året genomfördes i Tärnaby den tredje nationella konferensen i glesbygdsmedicin. Vård för konferensen var distriktsläkaren Curt Made, som efter 31 år platsar bland fjällvärldens legender.



Mötet var engagerande: Torgny Karlsson från Övertorneå för fram sitt budskap. Artikelförfattaren till vänster i bild.

KONFERENSEN HÖLLS PÅ klassisk mark. Tärnaby sjukstuga ligger 23 mil från närmaste sjukhus, och här har man bedrivit glesbygdsmedicin i sin mest genuina form genom åren.

I samband med de föregående konferenserna i Åsele och Öregrund konstituerades Svensk Förening för Glesbygdsmedicin. Den här gången satsades på ett bredare och mer utåtriktat program. Konferensen blev fullbokad med ett 70-tal läkare, sjuksköterskor, administratörer, utredare och politiker.

Glesbygdsmedicin är egentligen två ord. Glesbygd är inte bara ett arbetsområde utan också ett förhållningssätt till natur och medmänniskor. Curt Mades inledningsanförande knöt ihop dessa förutsättningar med dagens krassa medicinska verklighet.

Själva konferensen började med ett glesbygdsmedicinsk symposium. Jan Molde från Glesbygdsverket redogjorde för verkets uppgift samt statens övergripande ansvar för en solidariskt fungerande sjukvård oavsett hemort. Dessutom diskuterades olika operativa definitioner på glesbygd vilket har stor betydelse för hur resursfördelningen sker. Ett pärlband av olika professioner gav sedan med olika infallsvinklar bränsle till debatten om glesbygdens sjukvårdsförsörjning

Efter den vårdideologiska debatt som följde övergick mötet till det vetenskapliga programmet. Henrik Borg från Göteborg och tidigare Tärnaby redogjorde för skidskadepanoramat i Tärnaby, delvis med fokus på nygamla Telemarkstekniken. Peter Berggren från Storuman talade om olycksfallsregistre-

ring i en kommun och statistiken som bas för olycksförebyggande insatser. Johan Berglund från Blekinge diskuterade Borrelia som intressant nog sprider sig ända upp mot skidorterna i norr. Linda Nederberg från Tärnaby visade på hur man med entusiasm kan driva hälsoprojekt med en kvalitet förbehållen de små samhällenas synliga nätverk. Trombolys och hjärtinfarkt med Norbert Hansson från Storuman och Telemedicin med bland annat Göran Westman och Herbert Sandström från Umeå.

Nästa kongress med årsmöte hålls i Tällberg den 6–8 maj 2004. Mer information på hemsidan:

www.glesbygdsmedicin.info
eller genom Lars Agréus:
lars.agreus@klinvet.ki.se

Lars Agréus

Annons

Annons

Från delar till helhet – att leta efter möjliga vägar

Kan Balintgrupp-verksamhet vara ett sätt att knyta ihop alla trådar för en allmänläkare som är intresserad av psykodynamiska skeenden och psykosomatisk problematik? Med den frågan i bakhuvudet åkte jag till Berlin för att delta på den 13:e Internationella Balintkongressen i oktober 2003. Efter intensiva dagar med föreläsningar, seminarier och gruppverksamhet, tror jag svaret är JA!



ATT ARBETET SOM allmänläkare ger goda möjligheter till helhetssyn och lyssnande blev jag varse under mina första veckor på vårdcentral under AT-tiden. Äntligen började bitar falla på plats, äntligen kom jag ihåg vilka vaga men hoppfulla tankar jag hade vid starten av läkarutbildningen. De som var så svåra att hålla fast vid under de naturvetenskapligt präglade studieåren. Bra dagar kunde jag känna mig som en skäl vänd mot patienterna, mottagande och resonansgivande. Och vilket privilegium! – att sitta mitt i livets ström, möta människor i alla vardagens stunder, svåra och glädjefyllda. Att vara medmänniska – vi människor i världen – men samtidigt läkare, medveten om och ödmjuk inför den kraft och det symbolvärde som sitter i läkarrocken. Alla års slit var inte förgäves!

Men snart blir det tydligt att vidare utveckling behövs. Det är lätt att köra fast. ”Varför kommer jag inte någonstans med den här patienten, varför är han fortfarande missnöjd och kräver massa intyg fast jag gör allt för att hjälpa?” Eller ”Alla utredningar visar att ingen kroppslig sjukdom finns, hur går jag vidare med denna patient som har så ont att hon inte kan leva ett normalt liv?” Eller så är det bara allmänt svårt att stå ut under en del konsultationer och det går inte att begripa varför.

En grundläggande psykodynamiskt inriktad psykoterapiutbildning blev nästa steg för min del. Den gav förutom teo-

retisk grund fortsatt träning i lyssnande, intervjuande och i förmågan att i varje ögonblick söka hålla flera dimensioner vid liv i mötet med patienten – dåtid och nutid, fakta och fantasi. Likaså gav den övning i stillhet – i att stå ut, och en ökad medvetenhet om hur användbart samspelet patient-vårdare är.

Komplexiteten i patient-läkarrelationens dynamik kräver fortsatt och ständig utveckling och hjälp. Det blir för ensamt på ett mottagningsrum och risken att hamna på fel spår är stor.Handledning av en äldre kollega är viktigt, men även andra fora krävs.

Här kommer Balintgruppen in. En återkommande, kontinuerlig möjlighet till respektfull diskussion och reflektion av vad som händer i patient – läkarmötet. En rymd för fantasier och funderingar nödvändiga för kreativ förståelse. En empatisk och stödjande miljö men inte utan påminnelse om det ansvar vi har som vuxna människor och som patientens läkare.

– Allvar och tyngd såväl som lättnad, avladdning och delande av varandras bördor.

Så föreställer jag mig att Balintgrupper verkar efter att ha lyssnat på intressanta föredragshållare, läst, åsett Fishbowlgrupper och varit med i en grupp under tre sessioner i Berlin. Gruppen jag var med i bestod av deltagare från Brasilien, England, Tyskland, Kalifornien, Finland, Holland, Rumänien, Lettland och Sverige. Den leddes av Heather Suckling

från England och Norbert Guenzel från Tyskland. Tre fall hann med att dragas, alla starka berörande berättelser. Det ingav en nästan magisk känsla att veta att nästföljande arbetsdag efter kongressen skulle en allmänläkare från Holland möta sin patient med klarare blick, större lugn och med minnet av samtalet mellan oss kolleger från nästan hela världen i ett rum på det gamla sjukhuset Charité i Berlin.

Så, mitt intryck är att Balintgruppverksamhet är en möjlig väg, ett sätt att knyta ihop alla trådar. Det blir lätt fragmentariskt och svärbegripligt under en konsultation. Många delar ligger utspridda utan att man vet hur de hänger ihop. Vad kan vara mer stimulerande än att få hjälp med att förstå helheten och sambanden, att få ingjuta en poetisk ton i det dagliga arbetet, att bli påmind om att ställa de rätta frågorna eller lyssna på rätt sätt – det som gör att vi lär känna personen som sitter mittemot oss i mottagningsrummet?

Om dessutom, som flera föreläsare visade på under kongressen, Balintgruppverksamhet har som ”biefekt” att öka hälsan även hos doktorerna, borde inga tvivel finnas.

Frågan blir då snarare – hur kan intresset att delta i denna form av verksamhet öka? Hur kan fler allmänläkare inspireras att pröva?

Tina Nyström Rönnäs

ST-läkare Tumba vårdcentral, sekreterare
Svensk Förening för Medicinsk Psykologi
tina.ronnas@home.se

Ur ordbytesfloden

Debatten på ordbyte har varit ovanligt intensiv på sistone. Här följer en sammanställning av en intressant diskussion som handlade om olika förhållningsätt till diabetesvården och hur denna kan organiseras.



Individcentrerad praktik innebär identifiering av relevant problematik samt rollfördelning men även omprövning av dessa roller, allt i dialog med pat. Då faller rätt mycket på plats, t.ex. frågan om vem och när ska ansvaret tas för att vissa saker ska bli gjorda.

Diabetes-ssk ingår i rolluppsättningen och bör vara en samspelt aktör, uppdaterad och kompetent, men som inte kör med helt egen regi, oåtkomlig för insyn utan transparent och delaktig i mottagningens eller doktors övergripande mål – så att inte t.ex. alltför för mycket resurser riktas mot vissa patienter, medan andra släpps helt och att uppföljningar individualiseras starkt med kraftsamling i vissa skeden, släppa tyglarna i andra.

Slutsats: Liksom vårdprogram är logistiken kring pat ett hjälpmedel för läk och pat att nå mål, dessa verktyg måste undergå viss vård och översyn när de används i det enskilda ärendet. Huvudansvarig för verktygsvården är läkaren men han jobbar städse med sina medarbetare och med sin patient.”

Nytt inlägg från Carl Edvard:

”Peter Olsson skrev:

Så över till min kritik angående synen på diabetes. Vad är det som blir så fel?

Svar: Min uppfattning är att kontroller saknar egenvärde. De ska ge positiva effekter annars skapar de motsatsen genom att inge en ogrundad känsla av omhändertagande och behandling, undergräva människors självförtroende och uppta deras tid i onödan. I allmänmedicinen finns inga rutiner, bara kunskaper att använda på bästa sätt i enskilda fall i samverkan med patienten. När vi upplever att handläggningar är rutiner beror det på att patienterna har

Diskussionen uppstod genom att Carl Edvard Rudebeck, allmänläkare i Västervik, tidigare under hösten hade skrivit ett uppmärksammat brev till sina kollegor i norra Kalmar län. Detta publicerades senare på SFAMs och Fammis hemsidor i sin helhet. Ur detta hämtar vi följande stycke:

”– I stort sett sluta med kontroller som inte initieras av patienterna själva och där patienterna har sin handlings- och bedömningsförmåga kvar. Vilken logik säger att en medveten person med diabetes, som kontrollerar sig själv och har god kontroll, och som med ögon och händer når sina fötter, regelbundet ska rådås gå till sjukvården för annat än blodtryckskontroll och foto av ögonbottenarna?”

Peter Olsson reagerade på denna syn på diabetesvården

”Varför skriver CER så slarvigt och nonchalant om en så tung och viktig diagnos i ett dokument som ska försöka tydliggöra allmänmedicinen?”

”Den avgörande frågan är: Hur stor andel av diabetespatienterna uppfyller CERs beskrivning? Välinformerad och initiativrik patient. Någon enstaka. Även dessa enstaka önskar ha sin väl förberedda halvtimme för årsbesöket.

CER menade ju att vi skulle vara tydliga och jag tror han blandat ihop det pedagogiskt eftersträvanvärda – den fullt informerade välkontrollerade och initiativrike patienten (jfr med liberallernas syn på konsumenten) med det möjliga och realistiska i den verklighet vi upplever. Hur blir det för den patient som inte tar initiativ och vill ta sitt blodtryck?

Därför vill jag igen fråga CER: Hur gör du med mikroalbuminuri och monofilament? Ska patienterna ta initiativ till de undersökningarna också? Ska patienten själv ta ställning till om han vill diskutera ASA-behandling osv.?”

Anders Hernborg kommenterade:

”Visst kan det vara en svår balans mellan att stärka patienternas autonomi och medbestämmande om olika interventioner, men vilka patienter råkar mest illa ut om vi lämnar initiativet helt åt patienten. Får vi vara så rädda för ”paternalism” att vi lämnar den frånskilda, ensamstående lågutbildade, överviktiga 50-åriga rökande kvinnan med typ 2 diabetes sedan 7 år och som redan haft en hjärtinfarkt åt sitt öde?”

Inge Carlsson inflikade:

”När vi jobbar med patienter som har en kronisk sjukdom eller problematik så bör vi väl diskutera mål och medel, dvs. vad vill vi åstadkomma på kortare eller längre sikt och vilka strategier behövs för att klara detta. I denna dialog möts vi utifrån olika utgångspunkter, pat. har mycket skiftande grad av kunskap, intresse och motivation, doktorn har sin professionella kunskapsbank och sina verktyg att redovisa. I allmänmedicinsk praxis är det väl just ambitionen att vilja föra en sådan dialog som är så central, att vi begriper att individen framför oss inte är en diabetiker utan en människa som har diabetes.

Vi finner då givetvis i ena fallet hög grad av autonomitet hos pat, han kan och vill ta befälet över sin situation; i andra fall stort behov av styrning – ett behov som över tiden fluktuerar och som vi också kan jobba på att försöka minska.

lika förutsättningar och inte på rutiner som egenmäktigt styr.

Det är vetenskapligt svårt att hävda att en person som tar eget ansvar, som har optimal kontroll av metabolism och blodtryck, och som är införstådd med neuropatins tecken, minskar sin risk för tidig död och för amputation genom att regelbundet leverera sina fötter för monofilamentets beröring, och sin urin för mätning av mikroalbumin. I en sådan situation avstår jag från att rekommendera dessa kontroller.

Egentligen borde jag också göra mer för att realitetsanpassa patienterna när det gäller den uppenbarligen mycket blygsamma effekten av skillnader i metabol kontroll på absoluta risker för komplikationer och förkortat liv. Den ängslan som sådana skillnader inte sällan skapar hos patienterna saknar proportioner och för det är vi i vår ovetenskaplighet ansvariga.

Peter har rätt i att den grupp patienter, som uppfyller kriterierna ovan när det gäller eget ansvar och kontroll, är liten. Att sträva efter att den ska bli större tror jag är ett underskattat mål idag. Troligen finns inga bättre förutsättningar för fortsatt hälsa hos en person med diabetes. Detta motiveringsarbete är en allmänmedicinsk hjärtefråga och underlättas av att vi känner patienterna väl och som allmänläkare är med på noterna i samband med debuten. Utgångspunkten måste vara en respekt för hur människor väljer att leva sina liv. Brister vi i den respekten genom att ensidigt föreslå hur saker och ting ska gå till, inklusive kontrollerna, stänger vi lätt av den inre förhandling hos patienten som kan leda till omprövning. Samtidigt stänger vi av vår väg till kunskap om hur personen innerst inne känner och tänker. Den kunskapen, menar jag, är nödvändig för att kunna verka för en rationell ansvarsfördelning i den fortsatta kontakten."

L E Adolfsson ger sig in i diskussionen:
"Jag tror att man kan ha "kontroller" av två helt olika skäl.

1. Man kallar till "kontroll" för att man inte helt litar på att patienten själv kan ta ansvar för detta. I den situationen

håller jag helt med CER, för mig är det självklart att det rätt informerade patienten själv ska ta ansvar.

2. Man kallar till "kontroll" som led i ett planeringssystem. Kallelsen är då avsedd att ge kontinuitet, se till att ledigheter m.m. kan planeras utan att tillgängligheten störs osv. Så gör vi i Bankeryd och många andra sedan många år tillbaka. Kallade "kontroller" av detta skälet har fungerat mer eller mindre bra beroende på hur man ordnat det lokalt.

Hur man organiserar sig är förhoppningsvis omständighetsberoende och tron på en enda modell, passande för alla, borde vi ha övergivit vid det här laget."

Peter igen:

"Man kan vara patientcentrerad även om man accepterar att även sjukdomar existerar. Att sedan diabetologins typologi är outvecklad och kunskapen ofullständig får vi leva med. Att hävda att det bara finns "människor" och bara i specialiteten allmänmedicin är en mystifikation som försvårar kommunikationen.

Vad gäller strategier att förstå patientens syn tror jag vi skulle vara ödmjuka för exv. diabetessköterskornas erfarenheter."

Gunnar Carlgen avslutar:

"Genom struktur och uppföljning blev jag varse hur sjuka mina diabetespatienter var, och alla som dog för tidigt hade hjärt-kärlsjukdom som orsak.

Diabetes är en klassisk sjukdom så till vida att komplikationerna i högre utsträckning drabbar socialgrupp 3, liksom nedsett livskvalitet och för tidig död. Dessa människor har av olika skäl svårare att välja hälsosam livsstil istället för ohälsosam, de har mindre kraft och förmåga att fullt ut ta ansvar för sin framtida hälsa. Det innebär inte att vi skall ta över, men att vi skall erbjuda ett stöd.

Dansk selskab for almen medicin skrev 1999 "Den motiverende samtale", som innehåller bl.a. en etisk diskussion om vår läkarroll i kontakten med dessa patienter. Det är vår plikt att försöka få människor att välja en hälsosam livsstil,

men samtidigt acceptera att patienten alltid vet vad som är bäst för henne och att vi alltid skall respektera hennes val. I det motiverande samtalet hjälper vi patienten att analysera den ambivalens som hon upplever, och som sjukdomen försatt henne i. Genom att göra henne medveten om sin ambivalens ger vi henne möjlighet till aktiva val.

Många studier har de sista 15–20 åren ökat vår kunskap om vård vid diabetes. Vår engelska allmänläkarkollega Trisha Greenhalgh har i en systematisk översikt av litteraturen funnit starkt stöd för att goda resultat av diabetesvård är korrelerade till struktur med tre R: "Registration, recall and regular review". Om man arbetar för att få patienten mer aktiv i mötet med läkaren förbättras hennes hälsa, såväl subjektivt som objektivt mätt i medicinska variabler (SBU-rapporten om Patient-Läkarrelationen).

Utbildning av GP:s i patientcentrerad konsultationsteknik gör att diabetespatienterna mår bättre och är mer tillfreds med sin läkarkontakt (A L Kinnonth et al).

Och sist men inte minst – det finns ingen patientgrupp som har större nytta av läkemedel för hjärt-kärlprevention än våra typ 2-diabetiker. I Danmark har man visat hur multifaktoriell intervention inom några år ger stora förbättringar i hälsan för människor med typ 2-diabetes, vilket UKPDS gav oss stor anledning att tro på. Och för unga med typ 1-diabetes ses nu här i Östergötland en klar nedgång i antal som utvecklar nefropati och senare blir dialyskrävande; en följd av intensivare blodsockerkontroll enligt lärdomarna från bl.a. DCCT-studien.

Kunskap, struktur och möte – det är hörnpelarna i en god vård för våra patienter med diabetes. Alla tre behövs, ingen är ensam tillräcklig. Det CER provocerat med är att enbart lyfta fram mötet med patienten, och även om mycket är klokt i tänket så finns det ett barn som åker ut med badvattnet."

Ihopklippat av
Anders Lundqvist
Chefredaktör

Fördjupningskurs om KOL för allmänläkare 20-21 april 2004

SFAM:s nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare i samarbete med Svensk Lungmedicinsk Förening (SLMF) genomför i vår ytterligare en fördjupningskurs om KOL för allmänläkare. Kursen omfattar två dagar med interaktiv fortbildning. Första dagen handlar om KOL med fokus på riskfaktorer, mortalitet och diagnostik. Andra dagen ägnas åt behandling vid KOL. Utbildningen genomförs med ekonomiskt stöd av Boehringer Ingelheim AB och Pfizer AB.

Plats: Kursen är förlagd till Aspenäs Hotell & Konferens i Göteborg.
Kursavgift: 2.500 kr (inkl kost, logi, kursdokumentation och kursintyg).
Anmälan: Svarkort beställs av Natalie von Zeipel tel 08-721 21 28 eller fax 08-721 21 89. Sista anmälan 19 mars. Först till kvarn gäller.

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se. (Ipuls nr 2004-0013)

Med vänliga hälsningar

Programkommittén

SFAM:s astma och allerginätverk:

Dr Björn Ställberg, Trosa VC
Doc. Gunnar Johansson, VC Nyby, Uppsala
Dr Per Olsson, Sjöbo VC

SLMF, Svensk Lungmedicinsk Förening:

Prof Kjell Larsson, KI, Stockholm

Boehringer Ingelheim AB:

Produktchef Peter Josefsson, 0708-582 134
Kurssekreterare Natalie von Zeipel 08-7212128

Pfizer AB

Projektledare
Kristina Sandberg, 0703-273 586

Annons

Västerås 4–5 februari, 2004

Fortbildningssamordnarmöte

För tredje gången sedan 2002 samlades landets fortbildningssamordnare till ett nationellt möte, denna gång på Aros kongresscenter i Västerås. Västmanlands familjeläkare Sofia Tracz hälsade dryga tjugotalet familjeläkare från hela landet välkomna. Redan i hallen vid garderoben började ett engagerat samtal mellan deltagarna, som i många fall redan kände varandra. Några ansikten var nya, och alla kom snabbt in i gemenskapen.

Kristin Prestegaard, allmänläkare i Norge, hemmahörande i Oslo talade om ämnet Strategiskt lärande. En metod för effektivt, självstyrt lärande, som vilar på tre förutsättningar:

- Att man vet vad man behöver lära sig.
- Att man vet hur man bäst lär sig det.
- Att man vet var man kan lära sig det.

Att ta reda på vad man behöver lära sig kan göras systematiskt med hjälp av Kompetensmatrisen. Den utgår från tre kunskapsstyper (påståendekunskap, färdighetskunskap och förtrogenhetskunskap) Dessa analyseras sedan med avseende på fyra kompetensområden (medicinskt, administrativt, socialt och personligt) På så vis får man en matris där man kan avläsa vad man behöver lära sig för att klara en viss uppgift.

Hur man lär sig kommer man fram till genom att analysera sin personliga lärostil, också det genom att frågeformulär. Slutligen går man igenom vilket lärandenätverk man har.

Vi provade kompetensmatrisen på en klinisk uppgift, och kom fram till att den var användbar. I mindre grupper jobbade vi sedan med egna viktiga frågor under en stund. Att metoden är effektiv visade sig genast. De olika grupperna lyckades komma långt med följande frågor: Hur implementerar vi den personliga läroplanen? Vilken kompetens behöver en fortbildningssamordnare? Hur får jag liv i interaktiv fortbildning? Hur får vi igång en levande FQ-gruppsverksamhet igen? Hur öka ledningens förståelse för behovet av fortbildning?



Enligt Kristin Prestegaard används hennes metod i begränsad omfattning i Norge. Mogens Hey berättade att han börjat använda kompetensmatrisen i sin verksamhet vid Mitt-i-ST och andra kollegiala samtal efter medsittning, och även vid bedömning av skriftliga provet i allmänmedicinsk examen.

Kompetensen är inte statisk utan rörlig, tyckte Ulf Måwe.

Vårt yrke lärs bäst genom att göra, vårt lärande sker i klinisk praktisk verksamhet, betonade Mogens.

Familjeläkarprogrammet i Västmanland fick vi presenterat av Karin Lindström och Björn Nilsson, som båda varit med länge och var väl insatta i historiken. Programmet hade sina glansdagar under andra halvan av 1990-talet, då det började stå som modell för övriga Sverige med sin avvägning mellan offentligt och privat drivna vårdcentraler med tydliga avtal. Fortbildningsrådet som skapades 1995 finns fortfarande kvar och ger ut tidningen *Bladet*. Idén är ett blad, som kortfattat sammanfattar utbildningstillfällena och ger aktuell information. Tyvärr håller det goda Västmanlandssystemet på att förändras. Formerna för att driva det förändras på ett sådant sätt att familjeläkarna inte kan påverka det som sker. Följden har blivit att många har hoppat av offentliga delen av vårdcentralerna.

Allmänmedicinskt Centrum bildades i Västmanland 1999 för fortbildning och kompetensutveckling. Kjell Jansson, som är knuten till AMC, berättade att det nu drivs som ettårsprojekt finansierat av nationella handlingsplanens medel.

Framåtblick inspirerades av det nyss avslutade uppdraget om struktur för kompetensutveckling av primärvården som i dagarna lämnats till uppdragsgivaren socialdepartementet. Anders Lundqvist och Gösta Eliasson som varit med i arbetet såg det som en möjlighet att vårt svenska familjeläkarsystem ska bli mer likartat i landet. Det kan i framtiden bli fråga om recertifiering och redovisning av individuella fortbildningsplaner. Då kommer vi som arbetar med fortbildningssamordningen att få ännu viktigare uppgifter. Vi kan också få en starkare ställning och ett tydligare uppdrag.

Efter livliga diskussioner, som vi egentligen kände att vi inte var riktigt färdiga med, var mötet plötsligt slut. När träffas vi igen? Om ett år i Skövde!

Gunilla Byström

Referenser

1. Prestegaard Kristin. Strategiskt lärande, en metod för effektivt självstyrt lärande. Läkartidningen nr 18 2003 volym 100 sid 1630-1633.

2. Struktur för kompetensutveckling i primärvården www.fammi.se (yrkeswebben).

Ny bok om cancerrelaterad smärta

Peter Strang, onkolog och Sveriges ende professor i palliativ medicin, har skrivit en välbehövlig bok som koncentrerar sig på cancerrelaterad smärta utifrån onkologiska och palliativa aspekter.

SMÄRTA ÄR ETT mycket vanligt problem i cancer vården, med ökande incidens och intensitet under sjukdomens förlopp. I livets slutskede förekommer behandlingskrävande smärta hos upp emot 90 procent av alla patienter. Rädslan för att få smärta eller att dö med smärtor är stor, men boken tar definitivt bort myten att så behöver vara fallet. Mer än 90 procent av dessa smärtproblem är med dagens kunskap och metoder väl behandlingsbara. Ett viktigt faktum som vi måste ta vara på och informera våra patienter och deras närstående om. För att uppnå detta mål krävs dock bred kunskap, noggrann smärtanalys, teamkompetens och ett flexibelt och individuellt användande av rätt metod vid rätt smärtytp. Boken fyller en viktig funktion och hjälp i denna strävan.

Många, framför allt engelskspråkiga böcker eller bokkapitel, har skrivits i ämnet men den här boken fyller en viktig lucka på våra bokhyllor och öppnar för förståelsen av cancerrelaterad smärta även för dem som är mindre vana vid att läsa på andra språk. Boken vänder sig därför till hela teamet: läkaren, sjuksköterskan, paramedicinaren och andra aktörer inom smärtvården.

Strang har förmågan att på ett lättförståeligt sätt förmedla i stort sett all dagens kunskap som är nödvändig för en framgångsrik behandling av cancerrelaterad smärta. Han kombinerar skickligt vetenskap och sin egna stora beprövade erfarenhet. Omfattande referenser (327 väluppdaterade sådana), 43 illustrativa fallbeskrivningar från den verkliga vardagen samt många faktarutor, präglar bokens höga kvalitet.

Stor vikt läggs vid att cancerrelaterad smärta är individuell och många gånger inte statisk i förloppet,



Cancerrelaterad smärta – onkologiska och palliativa aspekter
Strang, Peter
Studentlitteratur 2003
ISBN: 91-44-01066-4
Antal sidor: 313 sidor

vilket kräver en stor flexibilitet och (om)värderingsförmåga i behandling och bemötande. Strang leder oss igenom hela smärtproblematiken från orsaker, fysiologi, utredning, analys, farmakologi till individuella bedömningar, behandlingsstrategier, icke-opioider, opioider och adjuvanta farmaka.

Mycket utrymme ägnas även åt andra ofta effektiva men ibland underanvända metoder som palliativ strålbehandling, palliativ kirurgi, hormonell behandling med flera, som alla indirekt kan bidra avsevärt till smärtlindring. Framför allt den palliativa strålbehandlingen beskrivs ingående, både teoretiskt och praktiskt. Genomgående betonar Strang i hela boken betydelsen av det palliativa förhållningssättet.

Även teman som teamaspekter, omvårdnadsaspekter, alternativa metoder som massage, akupunktur, TENS och så vidare tas upp liksom en lång checklista med möjliga orsaker till underbehandling av smärta. Beroendefrågan belyses i flera kapitel. Strang belägger också att en genomtänkt behandling av cancerrelaterad smärta inte förkortar livet, utan snarare förlänger det.

Andra viktiga aspekter som Strang betonar ingående på flera ställen i boken, är betydelsen av inflammationen och den centrala sensiteringen. Tecken på inflammation är att smärtan ofta förvärras vid rörelser och att det föreligger palpationsömhet. En ganska snabb förvärring av smärtan är också ett tecken på möjlig inflammation eller central sensitering. Strang har därför modifierat WHO's välkända smärtstege och presenterar de fyra stegen: en vid nociceptiv konstant smärta, och en vid nociceptiv smärta med tydligt inflammatoriskt inslag. De två andra stegen avser visceral smärta av koliktyp samt neurogena smärtor. Alla stegen är dessutom underbyggda med alternativa respektive adjuvanta behandlingsmöjligheter.

En viktig och bra detalj är att Strang inte längre använder begreppet "perifera analgetica", utan ersätter det med "icke-opioider", eftersom vi idag vet att preparaten (Paracetamol och NSAID) har både en perifer och central effekt.

De svaga opioiderna har Strang kvar i sina stegen, men han är medveten om att de idag ofta utelämnas och ersätts direkt med starka opioider. Motiveringen till att ha kvar de svaga opioiderna är att vissa cancerpatienter på grund av ett långt och relativt stillsamt förlopp under en längre tid kan ha bra nytta av dessa preparat.

De starka opioiderna ägnas av naturliga skäl ett stort utrymme och beskrivs ingående. Jag upplever dock att avsnittet om morfin, som idag fortfarande är den gyllene standarden, är ställvis otydligt när det gäller skillnaden mellan det kortverkande morfinet och det långverkande Dolcontin. I en fallbeskrivning nämns till exempel dosering "Morfin x 2", fastän det måste avse Dolcontin. Detta kan leda till missstolkningar. Jag saknar även en beskrivning av morfins topikala användningsmöjlighet till exempel vid smärtande inflammerade yttliga tumörer eller cancersår.

Metadon beskrivs väl i ett avsnitt. Preparatet används ännu i liten utsträckning i Sverige i samband med cancerrelaterad smärta, men kan i utvalda situationer ha en mycket välfungerande plats tack vare

dess NMDA-hämmande effekt. Kanske detta avsnitt i boken öppnar för Metadonets ökande användning, som dock måste ske under välkontrollerade former och av vana händer.

Akuta svåra smärtor berörs endast mycket kort. Jag skulle gärna vilja se en mer utförlig praktisk beskrivning av hur morfin/starka opioider kan användas intravenöst vid tillstånd där det krävs att en läkare sitter hos patienten och injicerar morfin direkt intravenöst i intervaller till smärtfrihet. Metoden beskrivs kort som morfintest på lite undanskynd plats under neurogen smärta. Det förtjänar en bättre placering i ett eget kapitel.

Opioidrotation eller opioidswitch har blivit ett allt mer använt förfarande vid framför allt intolerabla biverkningar eller vid toleransutveckling av starka opioider. Strang ägnar ett kapitel åt detta, men tyvärr saknas de relevanta referenserna.

Sammanfattningsvis fyller Peter Strangs bok "Cancerrelaterad smärta – onkologiska och palliativa aspekter" ett tomrum i den svenska smärtlitteraturen. Det är med några undantag en fullständig och högst aktuell, välskrivna och lättförståelig kunskapsöversikt. Genom hans gedigna erfarenhet och vetenskapliga bakgrund samt överskådliga uppbygg är boken högst relevant, praktiskt

användbar och en guldgruva för alla som kommer i kontakt med cancerrelaterad smärta, både på en mera basal vardaglig nivå och för dem som måste hantera de mycket mera invecklade och komplexa fallen. Boken bör inte saknas i någon bokhylla hos läkare, vårdteam, avdelningar, sjukhem med flera. Detta för att alla patienter, som upplever cancerrelaterad smärta, ska slippa lida av smärta i onödan.

Matthias Brian

Distriktsläkare på Timrå vårdcentral och läkare i palliativ medicin på onkologkliniken Sundsvalls sjukhus
matthias.brian@telia.com

Allmänläkare om stenålderskost

Kan stenålderskost ersätta statiner? Staffan Lindeberg har svaret.

Vår allmänläkarkollega Staffan Lindeberg har under många år kämpat i motvind med sina idéer om evolutionsmedicin och dess konsekvenser när det gäller sambandet mellan främst vår kost idag och vår största epidemi – åderförkalkningen. Men det senaste året har det lossnat ordentligt och både radio, TV och tidningar har skrivit flitigt om stenålderskost och närliggande läror som Montignacs och Atkins diet – den senare vill dock inte Staffan blandas samman med. Därför är det kanske mer tur än skicklighet att Staffans samlade livsverk – det vill jag nog kalla det – hans bok om "Maten och folksjukdomarna" utkommit just nu. Boken är 280 sidor och bygger på över 1 000 vetenskapliga referenser men är ändå lätt och spännande läsning.

Boken har två evolutionsbiologiska grundsatsar. Den ena är att människan – liksom andra djurarter – är bäst anpassad till den föda som stod till buds i den nisch hon utvecklades i. Det rörde sig huvudsakligen om kött, fisk, skaldjur, grönsaker, frukt, nötter, rötter och insekter. Däremot var intaget av det



Maten och folksjukdomarna - ett evolutionsmedicinskt perspektiv
Lindeberg, Staffan
Studentlitteratur 2003
ISBN 91-44-04167-5
Antal sidor: 280

som idag ger dig och mig merparten av vårt kaloriintag försumbart. Det gäller mejeriprodukter, mjölmalt, ris, matfett, bönor och raffinerat socker.

Den andra grundsatsen är att alla arter, även de växter och djur vi ätit, under evolutionen utvecklat system för att effektivt sprida sina gener. Hit

hör gifter och bioaktiva substanser som ingår i växternas försvarssystem. För att minska vårt intag av dessa xenobiotika bör vi undvika mjölmalt, bönor och vissa rotfrukter och samtidigt växla mellan olika typer av vegetabilier.

I boken lär vi oss att våra gällande livsmedelsrekommendationer står på ganska skakig grund. Att vetenskapligt studera samband mellan kost och olika sjukdomar är betydligt svårare än effekten av en medikamentell intervention. Staffan visar på en modell som förklarar sjukdomars uppkomst inte utifrån molekylärbiologi utan mer i evolutionsbiologiska termer: De som var bäst anpassade till den mat som fanns var de som hade störst chans att fortplanta sig.

Boken har grundliga avsnitt om evolutionsmedicinens teorier, om paleolitisk kost, där vi på köpet får veta vad en allmänläkare bör veta om kostens olika beståndsdelar – mineraler, spårämnen, koksalt, vitaminer, proteiner och proteinkvalitet, fetter, olika fettsyror: mättade, fleromättade, enkelomättade, transfettsyror, kolesterol, kolhydrater och kolhydratkvalitet, matens energitäthet, kostfibrer och xenobiotika. Ett långt avsnitt om prevention av folksjukdomar visar bland annat att de människor Staffan Lindeberg i sin doktorsavhandling för cirka tio år sedan

undersökte på ön Kitava i Papua Nya Guinea saknade kliniska manifestationer av ateroskleros, även de i hög ålder. Och där finns även gamla människor. Halvsidig förflamning och plötslig död är okända begrepp och Staffan visar att detta inte är unikt utan situationen och sjukdomspanoramats var liknande i bland annat afrikanska samhällen innan man tog till sig den vite mannens livsstil och kost.

Även potentiella risker med en paleolitisk kost berörs och i slutet av boken ges handfasta råd om hur vi kan tillämpa denna kost idag i vår svenska praktik.

Rekommenderat är magert kött, frukt, rotfrukter, kranvatten och nötter som ”godis”. Ej rekommenderat är mjölkprodukter, matfett, socker, cerealier (men fullkornsbröd är ändå nyttigare än kakor!) och bönor – det senare kanske lite förvånande för oss (läs själv varför).

Slutligen en halv sida om kompromisser – även Staffan tvingas erkänna att han inte klarar att vara helt konsekvent paleolitisk. Man måste inte vara helt renlärig, det är inte frågan om antingen eller. När man har läst boken har man dock svårt att inte koka ett ägg på morgonen i stället för att välja filmjolk med

müsli, byta ut mjölkglaset mot vatten och ta ett päron plus ett äpple i stället för en macka när man blir lite småhungrig. Småhungrig blir man för övrigt sällan på paleolitisk kost. Blev du hungrig på boken? Den ger en långvarig mättnadskänsla av tillfredsställelse för personer som länge tänkt att de borde lära sig lite mer om kost, ett försummat fält inom vårt allmänläkarvetande, åtminstone mitt.

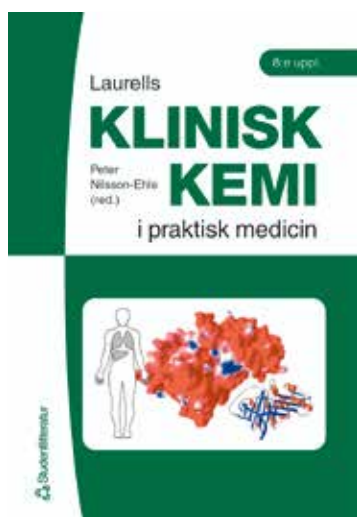
Anders Hernborg
Informationsläkare
läkemedelskommittén Halland
Anders.Hernborg@telia.com

Klassiskt om kemi i ny upplaga

Laurells *Klinisk kemi i praktisk medicin* har kommit ut i en 8:e upplaga. Denna gång är Peter Nilsson-Ehle, professor i klinisk kemi i Lund, redaktör och han har samlat många namnkunniga medförfattare. Till exempel finns den för många av oss allmänläkare väl kände och högt skattade Nils Tryding med i författarlistan.

Det finns väl inte någon allmänläkare som har kunnat undgå tidigare upplagor av *Klinisk kemi*? Vi har fått ta del av boken i undervisningssammanhang och visst har vi alla använt den som ett gediget uppslagsverk på våra mottagningar. De kliniskt kemiska metoderna utvecklas ständigt och påverkas av en rad olika omständigheter. Bland annat har teknologiska genombrott haft mycket stor betydelse för nya enzymmätningar, immunkemiska tekniker och DNA-baserade metoder.

Redaktionsgruppens ambition är att ge en aktuell framställning av den kliniska kemins möjligheter att förbättra det kliniska arbetet. Målsättningen är fortfarande att boken ska kunna användas både som lärobok och uppslagsverk. Formatet har anpassats för att fungera som informationskälla i problembaserad undervisning. De referensintervall som används är de som är förhärskande



Klinisk kemi i praktisk medicin
Nilsson-Ehle, Peter (redaktör)
Studentlitteratur
ISBN:9144007663
Antal sidor: 723

hos respektive författare, varför de kan skilja sig från andra laboratorier i landet. Det pågår för närvarande ett arbete om nordiska referensintervall NORIP (Nordic Reference Interval Project) och när detta arbete är klart kommer en successiv anpassning att ske.

Alla kapitler har reviderats, flera avsnitt är utökade eller helt nyskrivna, till exempel kapitlen om syra-basreglering och vätskebalans, röda blodkroppar,

hjärta och kärl, energiomsättning och endokrinologi. Man får en bra översikt över den patofysiologiska bakgrunden till de vanligaste sjukdomarna, hur man ska använda analyserna i sitt arbete och hur man ska tolka svaren. Det finns en rad mycket intressanta diskussioner i nya upplagan, nedan följer några.

Blodfetter

I energiomsättningskapitlet finns en i stort uttömmande diskussion om blodfetter, möjligen kunde man önska något mera om för- och nackdelar med mätning av apolipoprotein A och B som ersättare både vid diagnos och att följa behandling vid blodfetsrubbingar. Denna diskussion är mycket aktuell i det sjukvårdsområde där jag arbetar.

B-glukos/P-glukos

Kolhydratsomsättningskapitlet tar på ett utmärkt sätt upp övergången från B-glukos till P-glukos under våren 2004 och här får man sig till livs en mycket bra diskussion om olika metoder för glukosmätning och hur vi ska hantera våra provsvar framöver.

Anemiutredning

Här har lösliga transferrinreceptorer (sTfR) kommit med som ett tecken på järnbrist. Detta prov har fördelen att inte påverkas av inflammation eller leversjukdomar, svårigheten är fortfarande att re-

ferensintervallen varierar mellan de olika mätmetoder som finns men det torde vara ett prov i vardande.

CRP

Här finns mycket intressanta fakta om högkänsligt CRP som markör för utveckling av kardiovaskulär sjukdom och att detta är ett prov som vi kan komma att använda bra mycket mera framöver för att göra en allsidig hjärt-/kärlriskbedömning.

B12/Folsyra/Homocystein/MMA

Äntligen får vi en rak och ren rekommendation om vad som är att föredra vid misstänkt B12 och/eller folsyrabrist. Författaren rekommenderar homocystein som ett lämpligt förstahandsprov eftersom man återfinner intracellulär brist på både kobalamin och folat. Tack för det!

PSA

Detta efterfrågade prov beskrivs också, och på ett föredömligt sätt har föfatta-

ren inte låst fast sig. Läsaren får klart för sig att detta är ett prov vars indikation som screening nog relativt snart kommer att omvärderas i Sverige. Det pågår också en diskussion om ännu mera åldersrelaterade referensvärden

Thyroidea

Här slås fast att TSH är förstahandsanalys vid misstanke på rubbning av thyroideafunktion och att detta i princip räcker. Vid avvikelse naturligtvis fortsatt utredning.

Hjärtinfarktdiagnostik

Ett mycket intressant kapitel även för eller kanske just för den som inte arbetat på en intensivvårdsavdelning under ett antal år. År 2000 rekommenderades troponinerna som nya biokemiska huvudkriterier för diagnosen akut hjärtinfarkt. På grund av troponinernas höga diagnostiska sensitivitet får vi en ökning av antalet hjärtinfarktdiagnoser samtidigt som mortaliteten i denna population minskar.

Välkommen bok

Den nya upplagan av *Klinisk kemi* är en mycket välkommen bok. Det har hänt mycket på området sedan förra upplagan. Naturligtvis går den inte att sträckläsa men den är lättare att ta till sig än tidigare, med bland annat faktarutor som tilltalar mig mycket. Vidare är de bakomliggande resonemangen kring sjukdomsområdena mycket mera utförliga vilket ökar läsvärdet i hög grad.

Detta är en given bok för varje mottagning och det har hänt så pass mycket att man måste skaffa denna senaste upplaga för att hänga med. Det är också en utmärkt bok att använda i FQ-grupper eller vid handledning av ST- eller AT-läkare. Författarna har således lyckats mycket väl i sina intentioner. Boken är dyr, men gå in på www.bokfynd.nu på nätet så får ni fram jämförpriser. Det finns hundralappar att spara!

Anders Nilsson

Täby Centrum Doktorn
anders.nilsson@noso.sll.se

Annons

Annons

Nordiska nätverket för fortbildning – till din tjänst!



Visste du att det inte bara finns ett svenskt nätverk av fortbildnings-samordnare utan även ett nordiskt sådant? Syftet är att stärka idéutbyte och samarbete runt fortbildningen för familjeläkare i de nordiska länderna.

Nätverket är tänkt att vara en hjälp till nordiska kollegor och fortbildnings-samordnare, till exempel genom att ge möjlighet till kontakt med resursperso-ner från olika grannländer vid seminarier och konferenser och genom att öppna upp för ömsesidiga besök mellan famil-jeläkarkollegor i nordén.

Nätverket har en egen hemsida med material om olika fortbildningsmetoder, artiklar om fortbildning, en lista över resurspersoner, referat från konferenser och seminarier.

Den som är intresserad är välkommen att besöka <http://nnv.fuap.dk>

Gösta Eliasson
Familjemedicinska institutet
Stockholm
gosta.eliaasson@fammi.se

Representanterna i det nordiska nät-
verket:

Sverige	Gösta Eliasson, Fammi och Meta Wiborgh, SFAMs fort-bildningsråd
Norge	Kristin Prestegaard, Den norske Laegeforening
Danmark	Frank Andersen, Dansk Selskap for Almen Medicin
Finland	Arja Helin-Salmivaara, distriktsläkare
Island	Elinborg Bardardottir, Isländ-ska Allmänläkarföreningen

Pris för bästa allmänmedicinska insats



Cecilia Blomstedt



Anna Danielsson

Priset "Bästa allmänmedicinska insats" delas ut till den allmänläkare som har gjort en gedigen allmänmedi-cinsk insats under året. I år gick priset till distriktsläkare och vårdcentralschef Cecilia Blomstedt vid Odensbackens vårdcentral, som ligger nära Örebro. Priset är ett vandringspris och motive-ringen var: "hängivet allmänmedicinskt arbete, som kännetecknas av gedigna kunskaper, kontinuitet och kreativitet. Hon besitter den enastående förmå-gan att, trots långa perioder av brist på distriktsläkare, alltid vara generös och öppen för kollegialt samarbete över vårdcentralgränserna. Hon har förmågan att utöva en hänsynsfull och ansvarskännande arbetsledning."

Ofta går priset till någon allmänläkare som syns ofta, gör namn om sig etc., men den här gången gick priset till en som har förmågan att göra stordåd i det tysta. Cecilia har varit verksam som distriktsläkare i Odensbacken i flera år. Trots att hon periodvis har varit helt ensam läkare på vårdcentralen har hon ändå kunnat driva en efter omständighe-terna väl fungerande verksamhet, stötta och lita på de övriga i arbetslaget och samtidigt generöst delta i samarbetet över vårdcentralgränserna.

Kunskapens ljus

Det andra priset "Kunskapens ljus" gavs till Anna Danielsson, som är di-striktsläkare på Olaus Petri vårdcentral i Örebro. Det priset delas ut för "förtjänstfulla pedagogiska insatser" inom allmänmedicin. Motiveringen löd: "för förtjänstfulla pedagogiska insatser inom allmänmedicin genom att vid handled-ning av utbildningsläkare och studenter vara lyhörd, ödmjuk och kunnig. Hon har ett personligt engagemang och trots stor arbetsbelastning värvat om utrym-met för stöd och mentorskap."

Anna är en mycket uppskattad hand-ledare av både läkarkandidater, AT- , ST-läkare i allmänmedicin och sluten-vårdskollegor som valt att gå över till allmänmedicinen. Hon har rönt stort förtroende bland de blivande allmän-läkarna. Hon har dessutom varit tidigt igång med att starta FQ-grupp och drivit utvecklingen av laboratoriemedicinska frågor i primärvården under många år. Ytterligare upplysningar går att få från distriktsläkare Lennart Holmquist, tel. 070-314 18 93 (lennart.holmquist@orebroll.se) eller distriktsläkare Bengt Karlsson tel. 019-602 74 89 (bengt.karlsson@orebroll.se).

Annons

Kolla Dina resultat – Andra gör det!

Allt flera känner sig manade att organisera, bedöma och betygsätta vårt arbete
– Vi måste själva kunna mäta vårt arbetes kvalitet och bedöma värdet av olika organisationsmodeller och kvalitetsgranskningsmetoder.

Svensk Förening för Allmänmedicin
Inbjuder genom sitt kvalitetsråd **SFAM-Q** till en

Nationell Kvalitetsdag för Primärvård

Tid: Fredagen den 26 mars 2004
Plats: Huddinge Folkets Hus, stora salen

Temor ur programmet:

- Underhållande – undervisande väntrum
- Prioritera i primärvård – Hur går det till egentligen?
- Datajournalen – kan vi lita på utdata?
- Gör självtester för diabetiker nytta?
- Förändras allmänläkarens beteende av återkoppling?
- Hur vetenskapliga är vårdprogrammets rekommendationer?
- Kvalitet: praktik, systematik, organisationsbedömning.

Goda exempel från alla delar av landet

Telefontillgänglighet, sköterskebaserad infektionsmott., jourcentral på eller utom sjukhus?, annorlunda arbetstider, laboratorieservice på vårdcentral m.m.

Program 26 mars

- 09.30 Kaffe
10.00 Välkommen
10.15 SFAM-Q presenterar de nya kvalitetsindikatorerna, som skall ge möjligheter, för var och en, att själv enkelt kunna värdera den medicinska kvaliteten i det egna arbetet.
10.45 Frukstund
11.00 Föredrag + anslutande diskussion á 15 minuter i 3 parallella sessioner
12.00 Lunch + promenad
13.15 Föredrag + anslutande diskussion á 15 minuter i 3 parallella sessioner
14.00 Frukstund
14.15 Föredrag + anslutande diskussion á 15 minuter i 3 parallella sessioner
14.45 Kaffe
15.15 Avslutning summering – vidareutveckling.

Detaljerat program skickas ut när vi fått Din anmälan.

Konferensavgiften 800 kr inkluderar lunch, fika och dokumentation.

Avgiften faktureras i efterhand.

Vid återbud efter 10/3 utgår full avgift.

Anmäl Dig snarast till kjell.lindstrom@lj.se

Ange: Namn, Yrke, Postadress, E-postadress samt Faktureringsadress.

Resväg

Kommunalt: Pendeltåg mot Södertälje, Huddinge Centrum, ca 20 min från T-centralen. Ca 2 minuters promenad till Folkets Hus, som ligger intill scenen på torget.

Bil: Huddingevägen väg 226 från Stockholm. Ta höger vid uppfart Haninge, Huddinge C. Kör vänster på Kommunalvägen mot Huddinge Centrum. Första garaget är Paradisgaraget. Parkeringstillstånd finns i receptionen, Folkets Hus.

Telefonnr: 08-774 07 75

SFAMs lokalföreningar: Ordförande och kontaktpersoner

NORRBOTTEN

Ordförande: Anna-Karin Fahlén
tel 0920-719 11, 0920-26 16 57
bostad 0920-26 16 57
anna-karin.fahlen@nll.se

NORRA VÄSTERBOTTEN

Ordförande: Gunnar Engberg
tel 0910-77 49 02
fax 0910-77 49 10
gunnar.engberg@vll.se,

SÖDRA VÄSTERBOTTEN

Ordförande: Jarl Kollberg
tel 090-77 46 60,
fax 090-12 66 52

JÄMTLAND

Ordförande: Mikael Lilja
tel 063-14 22 38, 070-520 60 06
fax 063-14 22 21
mikael.lilja@jll.se

VÄSTERNORRLAND

Ordförande: Anders Lundqvist
tel 070-234 26 36
anders.lundqvist@lvn.se

GÄVLEBORG

Ordförande: Lisa Lauri
lisa.lauri@lg.se
tel 0297-57 25 15

DALARNA

Kontaktperson: Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se
tel 0241-498 505

VÄRMLAND

Kontaktperson: Mikael Hasselgren
tel 054-61 69 15/61
mikael.hasselgren@liv.se
Christina Ledin,
tel 054-16 84 00/054
christina.ledin@liv.se

ÖREBRO

Ordförande:
Roland Olofsson Dolk
tel 0587-843 37, 070-374 91 31
bostad 019-29 10 82
roland.olofsson-dolk@orebroll.se

VÄSTMANLAND

Ordförande: Jonas Sjögren
tel 021-15 03 80
PRIMA Familjeläkarmottagning
jonas.jogreen@wineasy.se

UPPSALA

Ordförande: Karin Lindhagen
tel 018-611 78 52/54
fax 018-55 06 67
070-327 09 31
karin.lindhagen@sfam.a.se

SÖRMLAND

Ordförande: Tomas Havland
tel 0152-210 51, 070-222 89 21
t.havland@telia.com

STOCKHOLM

Ordförande: Sonja Modin
Allmänmedicin Stockholm
Sonja.modin@sspo.sll.se

SÖDRA STOCKHOLM

Ordförande: Per Sundberg
Sjöstadens vårdcentral
per.sundberg@sjostaden.nu

NORRTÄLJE

Ordförande: Bengt Stegemo
bengt.stegemo@pv.nlpo.sll.se
tel 0176-156 57

GOTLAND

Kontaktperson: Hans Brandström
tel 0498-26 85 15
fax 0498-20 35 41
hans.brandstrom@hsf.gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Ordförande: Gunnar Carlgren
gunnar.carlgren@lio.se

VÄSTERVIK

Ordförande: Charlotte Joborn
tel 0490-870 33
charlottejo@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Ordförande:
Ulla-Britt Andersson
tel 0480-819 63

JÖNKÖPING

Ordförande: Mikael Olsson
Tel 0371-842 10
bostad 0370-971 10
Vårdcentralen Smålands stenar

KRONOBERG

Ordförande: Birger Ossiansson
tel 0470-825 41
asa.ossiansson@telia.com

BLEKINGE

Ordförande: Karin Ranstad
tel 0455-73 75 20
fax 0455-474 11
karin.ranstad@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE

Ordförande: Hans Lundgren
tel 0411-205 15, fax 0411-207 63
hans.lundgren@skane.se

NORDOSTSKÅNE

Ordförande:
Sven Erik Svensson
tel 044-24 97 50,
Vårdcentralen i Åhus

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Johan Berglund
070-844 74 94
johan.berglund@ltblekinge.se

Vice ordförande

Tommy Jönsson, 070-202 78 02
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se

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

Inger Bylén, 070-626 88 15
inger@lje.nu

Övriga ledamöter

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

Annika Eklund-Grönberg,
070-757 81 08
annika eklund-gronberg@slpo.sll.se

Eva Jaktlund, 070-204 76 21
eva.jaktlund@swipnet.se

Jan Sundquist, 073-966 12 76
Jan.sundquist@klinvet.ki.se

Arbetsutskott:

Johan Berglund, Tommy Jönsson,
Karin Lindhagen, Lars Borgqvist och
Inger Bylén.

Kansli

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

Tidningen

AllmänMedicin

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

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Ordförande: Meta Wiborgh
Meta.wiborgh@telia.com

Läkemedelsterapirådet

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

Kvalitet/Informatikrådet

Ordförande: Sven Engström
070-3304812
Sven.engstrom@swipnet.se
och Olle Staf
Tel: 0485-151 33
olle.staf@ltkalmar.se

ST-rådet

Ordförande: Eva Jaktlund
Tel: 0690-15 691
eva.jaktlund@swipnet.se

Utbildningsrådet

Ordförande: Annika Eklund-Grönberg
Tel: 08-524 887 39
annika.eklund-gronberg@slpo.sll.se
och Ulf Måwe
Tel: 0920-312 52
ulf@mawe.se

Forskningsrådet

Ordförande: Lars Borgqvist
Tel 013-22 40 55
Larbo@ihs.liu.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, 0156-53507
bjorn.stallberg@nln.dll.se

Balintgrupper
Conny Svensson
conny.svensson@beta.telenordia.se

Diabetesnätverk
Tomas Fritz, 08-718 73 00
tomas.fritz@klinvet.ki.se
tomas.fritz@telia.com

MELLANSKÅNE

Ordförande: Inge Carlsson
tel 0413-641 25, vx 0413-641 00
fax 0413-632 58, Tåbelund
inge.karin@telia.com

LUNDATRAKTEN

Ordförande: Ingrid Gustafsson
tel 046-17 55 00, fax 046-13 76 74,
ingrid.gustafsson@telia.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Ordförande: Per Björgell
tel 042-10 00 00,
per.bjorgell@helsingborgslasarett.se

MALMÖ

Ordförande: Annika Brorsson,
tel 040-33 54 20, fax 040-33 62 51
annika.brorsson@smi.mas.lu.se

SÖDERSLÄTT

Kontaktpersoner: Lars Falck, Christina Nilzén och Marie-Louise Remnéus
tel 040-58 60 65
thomas.stavne@telia.com

HALLAND

Ordförande: Gunilla Augustsson
tel 0346-560 00,
bostad 035-14 96 63 (äv. fax)
gunilla.augustsson@lthalland.se

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

Etiskt nätverk
Ulf Måwe
ulf@mawe.se

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

Kliniskt mentorskop
Kontaktperson: Charlotte Hedberg,
070-752 88 57
charlotte.hedberg@telia.com

Nätverk för palliativ vård
Kontaktperson: Anne-Marie Gravgård, tel 042-229200

Riskbruksnätverk
Kontaktperson: Hans Hallberg,
hans.hallberg@dfr.se

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

Studierektorskollegiet
Kontaktperson: Anna Källkvist
anna.kallkvist@ks.se

STOR-GÖTEBORG

Ordförande: Steffen Bove
tel 0303-989 27, fax 0303-984 80
stefven.bove@vgregion.se

NORRA BOHUSLÄN

Ordförande: Katarina Liljequist
katarina.liljequist@vgregion.se
tel 0522-929 80, fax 0522-929 99,
Herrestads vårdcentral

NORRA ÄLVSBERG

Kontaktpersoner:
Göran Wennberg
goran.wennberg@vgregion.se
Claes Hegen
claes.hegen@vgregion.se
Benny Lorentzon
benny.lorentzon@vgregion.se

SÖDRA ÄLVSBERG

Ordförande:
Bernhard von Below
tel 0302-371 12, fax 0302-302 03,
bernhard.vonbelow@vgregion.se

SKARABORG

Kontaktpersoner:
Trygve Lövoll
trygve.lovoll@vgregion.se
Per Angesjö
per.angesjo@vgregion.se

Transkulturell allmänmedicin
Kontaktperson: 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 – som lokalföreningarna uppmanas korrigeras till nästa nummer av AllmänMedicin.

E-posta direkt till redaktionssekreteraren. Se våra manusstopp, längst bak i tidningen!

2004

Mars
Fammis Familjeläkar dagar i Tylösand

11–12 mars www.fammi-fl.nu

Nationellt AKO/PKO-möte

24–25 mars 2004 i Stockholm
För Dig som jobbar med samverkan
För Dig som vill jobba med samverkan
För Dig som är AKO-are
Bättre samverkan i vården?
Om Du har frågor:
Sten.Tyrberg@fammi.se,
070-208 67 75
Läs mer och anmäl Dig direkt på webben: www.fammi.se (logga in på yrkeswebben)

SFAM-Q arrangerar Nationell Kvalitetsdag för primärvård

26 mars Huddinge Folkets Hus, stora salen

Maj

Hur många läkemedel tål våra äldre?

Hotell Höga Kusten, 6 maj
Fortegruppen, Läkemedelskommittén och SBU-Norr arrangerar gemensamt seminarium på Hornöberget. För närmare information: anmalan.gagnakompetens@lvn.se

Studierektorskonferens för Primärvården på Visingsö

12–13 maj 2004
Kontaktperson: Måns Larsson

EGPRW, Theme: "Cultural Themes and Illness in General Practice"

Den 13–16/5, Antwerpen, Belgien
http://egprw.adimtravel.com/index2.html

Det metabola syndromet och dess konsekvenser

27–28 maj, Jönköping, för närmare information www.kulturum.se

Extra kurs i konsultation och videosupervision, Kalymnos, Grekland

Vi planerar en extra kurs under 2004, från 28. Maj till 4. juni – se mera på www.fammi.se
Kursinnehåll: Träning i patientcentrerad konsultation med hjälp av rollspel, som spelas in på video och handleds.
Lärare: Lektor, allmänläkare Jan-Helge Larsen, studielektor, allmänläkare Ole Risør, överläkare, klinisk lektor, Jørgen Nystrup.
Deltagerantal: 24, som fördelas på 3 grupper med 8.
Pris: Kursavgift: 8.500.- DKR, Hotell + 2 middagar: 2.600.- DKR, resa ca. 2.500.- DKR
Kontaktperson: Jan-Helge Larsen
Violvej 22, DK-3000-Helsingør
Tlf. +45-4921 5400, Fax +45-4926 2900
E-Mail: jhl@dadlnet.dk

Juni

10th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine

Den 1–4 juni 2004, Amsterdam, Nederländerna

September

Sjukdom som berättelse/ symposium om berättelsens roll i sjukdomens värld

Den 19/9, Södertörns högskola, Campus Flemingsberg, Stockholm
www.sh.se/centrum

Oktober

17th WONCA World Conference, USA

Den 13–17 oktober
www.wonca2004.org

EGPRW, Theme: "Diagnosis and Prevention of Cancer General Practice "

Den 16–19/10, Verona, Italien
http://egprw.adimtravel.com/index2.html

November

SFAMs höstmöte

Den 10–12/11 i Lund

Ett ny tid och nya råd!

Lagom till att *AllmänMedicin* med årets första nummer kommer ut i ny skepnad med en ny redaktör, Anders Lundqvist, och på nytt förlag, Mediahuset, har den nya styrelsen just avslutat sitt första styrelseinternat med representanter för dess råd. De nya råden och dess ordförande presenteras här ovan. Indelningen och varför en förändring skett kräver kanske sin kommentar.

SFAM är en demokratisk och ideell organisation som idag helt och hållet bygger sin verksamhet på de samlade medlemmarnas aktiviteter och på medlemsavgifterna. Inom SFAM har vi förutom lokal-föreningarna sedan länge haft flera olika grupperingar med skiftande intresse och aktivitet. Dessa har varit, och är, mycket viktiga eftersom det är eldsjälarna i dessa grupperingar som i stor utsträckning driver föreningens utveckling framåt.

Grupperingarna inom SFAM kan grovt indelas i tre kategorier: *nätverk, arbetsgrupper och råd*.

Nätverk är mer eller mindre löst anknutna sammanslutningar tillkomna på initiativ av medlemmar med intresse inom ett visst område t.ex. Nätverk för astma och allergiintresserade liksom för diabetesintresserade allmänläkare. Styrelsen tar ställning till om ett nätverk får eta-

blera sig under "SFAMs namn" och kan ibland ge bidrag till vissa aktiviteter.

Arbetsgrupper uppkommer för att under en begränsad tidsperiod arbeta med en specifik fråga. Exempel på några frågor som behandlas av nu aktiva arbetsgrupper är Hemsjukvård, Protos och ST-målbeskrivningen.

Råden däremot är en mer fast struktur av SFAM och fungerar bland annat som rådgivande organ till styrelsen. Dess ordförande utses av SFAMs styrelse och rådet får också ett visst ekonomiskt stöd.

Redan för något år sedan började SFAMs styrelse ett arbete tillsammans med våra råd för att utveckla samarbetet. Bakgrund till och mål med detta är flera. Först och främst vill vi ha råd som täcker in och svarar upp mot alla föreningens ändamål enligt våra stadgar; "att på ett oberoende sätt främja utbildning, forskning och utveckling inom allmänmedicin". Härrav behovet av ett nytt råd som bevakar forskningsfrågorna och en utvidgning av arbetet med utbildnings- och fortbildningsfrågor. Vidare har vi velat ha en mer regelbunden kontakt mellan styrelse och råd genom att någon från styrelsen finns representerad i varje råd liksom att våra internationella kontaktorgan och dess företrädare knyts upp mot råden (*Euract, Equip och EGPRN*).

Den närmaste tiden har vi också flera viktiga uppgifter att ta tag i. Ett exempel är garanterad fortbildning eller "recertifisering". Ett sådant instrument

tycker vi bör innehålla någon form av kvalitetsuppföljning. Ett område för de tidigare råden för kvalitetsutveckling (SFAM-Q) och medicinsk informatik (SFAM-Informatik) att gemensamt hitta former för (SFAM-IQ?).

Till allt detta kommer det förestående generationsskiftet i allmänläkarkåren. En av de få positiva signaler som vi hittills kan se i uppföljningen av den nationella handlingsplanen är att antalet ST-läkare i allmänmedicin ökar, för närvarande 1140 st enligt studierektorsnätverket. Vi behöver rekrytera dessa till föreningen och då också ge de yngre läkarna möjlighet att ta del i rådets arbete. Vi har nu kommit så långt att vi här kan presentera den nya indelningen och rådets ordföranden.

Vi får säkert anledning att återkomma och utveckla detta i olika sammanhang men avslutningsvis vill jag som ordförande i SFAM än en gång tacka de avgående rådsordförandena och önska de nuvarande lycka till i vårt fortsatta arbete. Jag rekommenderar också medlemmar som vill vara med och påverka utvecklingen inom något visst område att ta kontakt med styrelsen eller respektive rådsordförande. Särskilt vill jag välkomna yngre allmänläkare/ST-läkare att engagera sig i råden. Det är min förhoppning och övertygelse att vi de närmaste åren tillsammans kan stärka och utveckla det allmänmedicinska i svensk sjukvård.

Johan Berglund
Ordf. SFAM

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

Ansvärgivare
Ingvar Krakau
ingvar.krakau@ks.se

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

Redaktörer
Roland Morgell,
distriktsläkare/företagsläkare
Mariefrisk, Stockholm
tel arbete: 08-738 29 70
roland.morgell@kvalita.se

Karin Ranstad, distriktsläkare,
Nättraby vårdcentral, Nättraby
tel arbete: 0455-73 57 21
karin.ranstad@ltblekinge.se

Webbredaktör
Tommy Jönsson, familjeläkare,
Arlövs vårdcentral, Burlöv
tel arbete: 040-53 69 00
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se

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

Annonser
Bengtson&Sundström
Mediakommunikation AB
Packhusgränd 6
111 30 Stockholm
tel 08-10 39 20
fax 08-10 39 15
info@bs-media.se

Tryck
Elanders Novum
www.elandersnovum.se
Miljövänligt papper
ISSN 0281-3513

SFAM:s kansli
Heléne Swärd
helene.sward@sfam.a.se
Post och besöksadress:
Skeppsbron 34
111 30 Stockholm

Prenumerationsavgift:
Den ingår i medlemsavgiften
till SFAM. Tidningen utkommer
med sex nummer per år.

Utgivningsplan för Allmänmedicin

Nr	Manusstopp	Utgivning
2	8/3	27/4
3	10/5	25/6
4	9/8	23/9
5	20/9	2/11
6	8/11	20/12

Tel: vardagar kl 9-11.30
08-23 24 05
Fax: 08-20 03 35
Hemsida
www.sfam.nu