

# Allmän Medicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER

5

2003

ARGANG 24

## Hus 7

### Plan 3

Avdelning för allmänmedicin  
Socialmedicinska avdelningen  
Personalrum

### Plan 2

Lärosalar  
Grupprum  
Avdelning för allmänmedicin  
Forskningsetikommitté  
Scandinavian Journal of primary Health Care  
Personalrum

### Plan 1

Lärosalar  
Grupprum

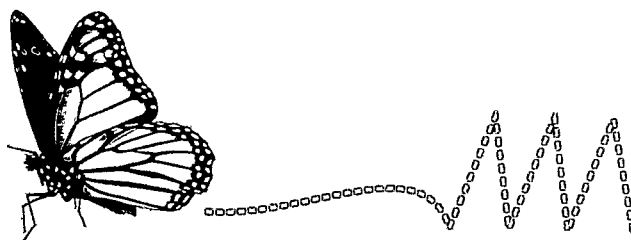
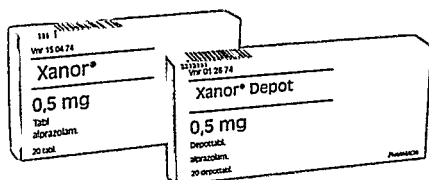
### Plan 0

Lärosalar  
Grupprum  
Fast.exp Higab

**Patientmöte med "spelade" patienter ger  
bättre allmänläkare** /sid 172

Forskningsmetodik på FoU-kurs /sidan 177 • Fortbildningsrådet 5 år /sidan 182

# Effektiv ångestbehandling<sup>1</sup>

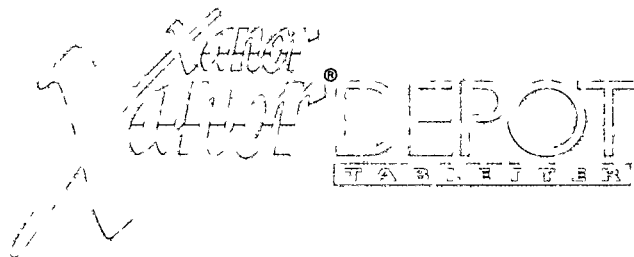


Xanor tabletter styrkor; 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg och 2 mg. Förpackningsstorlekar; 20 st, 100 st och 200 st.

Xanor Depot tabletter styrkor; 0,5 mg, 1 mg, 2 mg och 3 mg. Förpackningsstorlekar; 20 st och 100 st.

<sup>1</sup> Ref: Psychiatr. Ann 1993 (10, Suppl).

För vidare information se FASS.



**PHARMACIA**

Pharmacia Sverige AB  
Box 501, 183 25 Täby



Risk för tillvänjning föreligger.

lakttag försiktighet vid förskrivning  
av detta läkemedel.



## 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. 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 studiebrev, supplement eller lösnummer av AllmänMedicin? Gör din beställning på sidan 201!

## Bildtips!

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

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

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

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

OMSLAGSFOTO:  
GORAN OLOFSSON, OKTOBER 2003

### Ledare:

Livslångt lärande  
Karin Ranstad

### Rapport:

Att tentera med "patienter" i allmänmedicin – ett försök med mersmak  
Kristian Svenberg, Bengt Mattsson

### Fortbildning/forskning:

Verktyg för att förstå och påverka vardagen – forskningsmetodikkurs för allmänläkare  
Hans Hallberg, Jan Stålhammar

### Budkavle:

Fortbildningsrådet – fortbildning och studiebrev  
Anders Lundqvist

### Krönika:

Risker  
Merete Mazzarella

### SFAM.L granskar:

ASCOT-LLA – Statistiskt signifikant, men kliniskt liten nytta av statinbehandling till patienter med hypertoni  
Jan Håkansson, Anders Hernborg

### Konferens:

Helsingfors överraskade positivt  
Annika Brorsson, Malin Gadd

### Recension:

"Läkekonsstens arbetsredskap – livshistorieorienterad metodik" av Ing-Marie Neve, recenserad av Peter Olsson  
"Injektionskonst – mer än teknik och anatomi" från Stadra Medicus, recenserad av Karin Ranstad

### Utmärkelse:

Årets bottenapp och lyckokast  
SFAM.L

### Kommentar:

Psykiatrernas respons på SFAMs riktlinjer för samarbete psykiatri – primärvård  
Svenska Psykiatriska Föreningen genom Hans Ågren

### SFAMs kontaktpersoner, styrelse, råd och nätverk

### Allmänmedicinskt kalendarium

### Nya medlemmar

### Manusstopp/redaktionsruta



- 171 "Ibland kan diskussioner som har initierats i
- 172 Fortbildningsrådet, fortsätta utvecklas i
- 177 andra sammanhang, för att till slut bli färdiga idéförslag med stor
- 182 genomslagskraft."

Fortbildningsrådet har intensiva möten.  
Sidan 182



- 188
- 193
- 197
- 198 Många nya intryck och kontakter gavs på 13:e Nordiska Kongressen i AllmänMedicin Helsingfors. Sidan 193
- 200
- 202
- 203
- 204
- 204

"En allvarlig brist i redovisningen är att diskrepansen mellan relativ och absolut riskreduktion inte diskuteras."

SFAM.L har granskat ASCOT-LLA.  
Sidan 188

T v: Gunilla Liljedahl och Lars Englund i en paus under FoU-kurs-examinationen på Wiks slott utanför Uppsala.  
Sidan 177.

*Nu kan du slå tillbaka  
med nya DETRUSITOL® SR  
(tolterodin)*

Jag måste  
hitta en  
toalett nu!

**Besvär från  
överaktiv  
blåsa kan  
slå till  
varsomhelst  
och när  
som helst.**

Äntligen fri!

**Ännu bättre effekt<sup>1</sup>**

**Lägre incidens muntorrhet<sup>1</sup>**

**En gång om dagen<sup>2</sup>**

 **Detrusitol SR**  
tolterodin

Ref: 1. Tolterodine once-daily: superior efficacy and tolerability in the treatment of the overactive bladder, P. Van Kerrebroeck et. al Urology, 57 (3), 2001. 2. FASS.

Detrusitol SR tas en gång om dagen för behandling av trängningsinkontinens och/eller ökad miktionsfrekvens förknippad med trängningar, som kan uppträda hos patienter med instabil blåsa. Rekommenderad dos är 4 mg peroralt en gång dagligen utom till patienter med försämrad leverfunktion eller kraftigt nedsatt njurfunktion för vilka den rekommenderade dosen är 2 mg en gång dagligen. Detrusitol SR 4 mg och 2 mg finns i burkar om 30 och 100 st. Detrusitol SR 4 mg finns även i tryckförpackning om 28 och 84 st. För ytterligare information se FASS.



PHARMACIA

# Livslångt lärande

*Jag kom att tänka på min sista dag på läkarutbildningen. Snart skulle jag ta farväl av tryggheten. Dags att ta reda på vad läkaryrket egentligen innebär. Högtidstal som traditionsenligt påminde oss om att vi inte kunde lägga undan läroböckerna förrän på pensionsdagen.*

*Mycket blev annorlunda än jag tänkt den dagen.*

Snart insåg jag att de kunskaper jag så samvetsgrant hade läst in, inte räckte. Jag kände mig lurad på månaders memorerande av varje liten kemisk process i citronsyracykeln. De kunskaperna behövdes inte för att ta hand om bröstsmärtor, brutna ben och förkylningar.

Däremot behövde jag veta var röntgenavdelningen låg, hur man skrev läkemedelsordinationer och vem jag kunde fråga utan att känna mig hopplöst okunnig. Det tog tid ända till legitimationen innan jag behärskade de praktiska problemen hjälpligt. Samtidigt började jag fundera över vilken sorts läkare jag ville vara och slutade vara rädd för patienterna. Jag såg både positiva och negativa förebilder bland äldre kollegor. Utifrån dessa började jag forma min egen läkarroll och ville förstå hur beslut fattades, för att ha möjlighet att påverka min situation.

Numera har jag insett att de bortglömda kunskaperna om citronsyracykeln ger mig en sådan förståelse om hur kroppen fungerar att jag kan ge trovärdiga förklaringar även när det inte finns färdiga att tillgå.

De praktiska kunskaperna har visat sig nödvändiga för att jag ska kunna använda mina faktakunskaper från universitetet på ett klokt sätt. Jag vet att jag varken kan eller bör veta allt. Min läkarroll har formats så att den fungerar för mig och mina patienter.



ILLUSTRATION: STELLAN REYBEKIEL

Förunderligt att många av oss blev goda läkare trots att vi lämnades åt oss själva att forma vår läkarroll.

I dag vet vi att vi alla befinner oss i ett livslångt lärande, en interaktiv process som är mer än att lära ut.

När vi har lärt oss att bemästra givna problem kan vi gå vidare i vår utveckling och så småningom ifrågasätta det som synes givet. Så formas nya förutsättningar för yrkeskunnande och yrkesutövning.

Det här numret visar olika aspekter på livslångt lärande inom allmänmedicinen. Mötet med generallisten på grundutbildningen är en förutsättning för en framtida samsyn med kollegor på sjukhus och en inbjudan att bli allmänläkare. Forskning och utveckling av

allmänmedicinska kunskaper är nödvändigt, mycket av det vi tror oss veta är inte validerat i allmänmedicinsk praxis. För detta krävs fler forskarkompetenta allmänläkare. I det dagliga arbetet med patienter behövs lättillgängliga praktiska råd om handläggning av olika problem. Och låt oss inte glömma läkekonstens humanistiska sidor, de bidrar till förståelse och sammanhang.



Karin Ranstad  
redaktör

# Att tentera med "patienter" i allmänmedicin – ett försök med mersmak

*I Sverige och andra länder diskuteras hur ämnet allmänmedicin bäst ska examineras för att mäta såväl teoretiska som praktiska kunskaper. På allmänmedikursen i Göteborg har gjorts försök med "skådespelarpatienter" som på ett pedagogiskt sätt har medverkat vid kursens avslutning för att levandegöra det allmänmedicinska samtalet – konsultationen. Kristian Svenberg och Bengt Mattsson diskuterar hur denna form ska kunna utvecklas.*

Man får inte ett tillräckligt bra mått på allmänmedicinskt kunnande genom att enbart värdera medicinska faktakunskaper. Ett bättre sätt är att levandegöra en allmänmedicinsk konsultation där studenten får visa såväl kommunikationsförmåga som undersökningsteknik och göra sammanfattningar som i så stor utsträckning som möjligt efterliknar en äkta konsultation.

Allmänmedicin som är ett relativt nytt ämne i läkarnas grundutbildning

## Principerna för återkoppling enl Larsen et al. [7].

Handledarens grundfrågor efter patientmötet:

1. Hur kändes det för dig? Hur tycker du att det gick?
2. Detta tycker jag att du gjorde bra! Fyll på det "positiva kontot"!
3. Om du fick göra om samtalet – skulle du vilja ändra på något? Göra något annorlunda? Om du fick göra om undersökningen?
4. Om jag hade varit läkare så skulle jag kanske ha tänkt på att ... (i samtalet) och ... (vid undersökningen).
5. Hur känns det nu? Har du lärt dig något på detta?

presenteras på olika sätt vid våra medicinska fakulteter. Det strikt medicinska kunskapsinnehållet i ämnet skiljer sig i princip inte från övriga specialiteter. En skillnad är dock att sjukdomar uppträder i andra faser på vårdcentraler än vad man ser på sjukhus och att kroniska sjukdomar och "illness without disease" är vanligt förekommande utanför sjukhuset, liksom självläkande och mindre allvarliga sjukdomar.

Arbetet på vårdcentralen präglas av en närhet till de psykosociala villkor som påverkar patienten. För att försöka förstå var patientens problem har sitt ursprung är det viktigt att allmänläkaren klarar av att skapa kontakt med patienter och anhöriga. Konsultationskunskap är ett centralt område inom allmänmedicinen [1].

## "Doktorn lyssnar inte"

Många patienter klagar över att "doktorn inte lyssnar". Mötet med patienten går fort och "innan man vet ordet av har doktorn försvunnit ut ur rummet". Patienter med lätt behandlingsbara åkommor, som exempelvis mindre sår eller infektioner av olika slag, får oftast lämplig och snabb behandling. För den stora gruppen av patienter med mer sammansatta åkommor, värtillstånd med mera går det dock ofta alldeles för fort. Patienten når inte fram med sitt budskap och doktorn har inte alltid tid eller möjlighet att lyssna.

Detta är naturligtvis ofta en resursfråga. Tidsschemat är på många vårdcentraler hårt pressat men det finns också brister i läkarnas utbildning och attityd till konsultationen och dess betydelse för diagnostik och behandling.

## Konsultationskunskap

Sedan flera år ger den allmänmedicin-

ska avdelningen i Göteborg en nio-veckorskurs i konsultationskunskap under läkarstudenternas femte termin. Kursen är inlagd i övergången mellan teori och praktik och fokuserar på konsultationen/samtalet, klinisk undersökning och journalskrivning [2].

Det är känt att studenterna är mest känsliga för patientens situation och lättare kan leva sig in i patientrollen tidigt under utbildningen. De är då många gånger överlägsna de färdiga läkarna i känslighet och engagemang. Mot slutet av utbildningen känner sig dock många studenter mindre empatiska [3]. De blir lätt ensidigt inriktade på de medicinska villkoren och på att avgöra vilken diagnos patienten har [4].

Tempot i dagens sjukvård har också drivits upp. Sjukvårdspolitikern talar om "vårdproduktion", ett uttryck som sannerligen inte underlättar när man ska skapa en miljö för samtalskonst. Studenterna tenderar att bli så upptagna av att ställa diagnos att samtalet och den kontaktskapande funktionen försummas. Den somatiska utredningen sätts i centrum och det mänskliga omhändertagandet riskerar att tona bort.

## "Fysiskt och psykiskt"

Uppdelningen av patientens besvär i något "somatiskt" eller "psykiskt" leder dock fel. Allmänmedicinen eftersträvar att betona helheten. Kroppen hör ihop med själen på samma sätt som lungan med luften och ögat med ljuset. Allmänläkaren bör enkelt kunna röra sig i mittfältet mellan läkarvetenskap och läkekonst. Om vi ensidigt uppmärksammar vetenskapen försummar vi läkekonsten och tvärtom.

"Vi måste lära oss att kropp, själ och samhälle i vardagen väver sig in i

varandra och först när de ses tillsammans ger den helhetsbild som är medicinens arbetsfält – den vanliga patienten.” [5].

Att ständigt hålla detta i tankarna är en av de största utmaningarna i handledningen av läkarstudenter.

### Praktik på vårdcentral

Efter ett antal kliniska år med bland annat medicin, kirurgi och psykiatri går studenterna i Göteborg under termin 10 en kurs i samhällsmedicin. I det blocket har Allmänmedicin sin huvudkurs och studenterna gör en tvåveckorsplacering på vårdcentral inramad av en halv dag med teori och uppföljning.

Med hjälp av handledare (allmänläkare) träffar studenterna på vårdcentraler i regionen patienter som de samtalat med och undersöker. Den kliniska praktiken sätts nu i fokus. Att få arbeta självständigt med tillgång till en personlig handledare, att få slippa kandidatträngsel och att få primärvårdens perspektiv på den sjuka människan brukar vara mycket uppskattat. Vad studenterna sätter särskilt värde på är den personliga återkoppling som ges av handledaren.

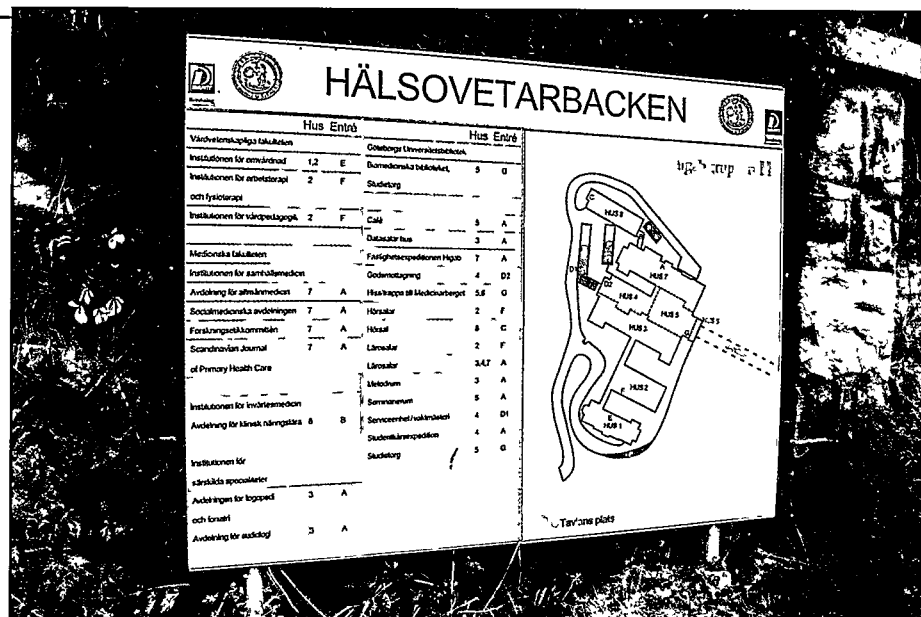
### Tentamensalternativ

Kursens kunskapskontroll har traditionellt varit – och är fortfarande – en skrivning. Samtliga ämnen i samhällsmedicinblocket (socialmedicin, geriatrik, rehabiliteringsmedicin, yrkesmedicin/miljömedicin, rättsmedicin) har enats om en gemensam tentamen. De allmänmedicinska kunskaperna granskas genom att studenterna skriftligt får ta ställning till ett vanligt patientärende på en vårdcentral.

Studenterna är vana vid denna form av kontroll och har som regel inga invändningar. Som lärare ser man dock tydligt metodens begränsning.

Ämnet allmänmedicin rymmer en stor del praxiskunskap och den skriftliga kontrollen ger inte en tillfredsställande bild av denna [6]. Ett praktiskt prov i någon form skulle kunna komplettera det skriftliga och bidra till en mer nyanserad bild av studentens färdigheter.

Därför genomfördes i kursblock II under vårterminen 2002 på försök en ”pilot-tentamen” där studenterna förutom sin skrivning fick ta del av en



praktisk examination med fokus på träning i samtals- och undersökningsmetodik. Denna försökstentamen var en vidareutveckling av en modell som tidigare hade använts i Umeå, men inte utslagsgivande för att få godkänt på kursen.

### Skådespelarpatienter

Under den uppföljande dagen efter vårdcentralspraktiken deltog studenterna (30 personer) och sex utvalda handledare som alla var allmänläkare med stor vana vid undervisning.

En dryg månad före pilotförsöket engagerades sex sjukgymnaststudenter för att spela patient. ”Skådespelarna” fick i uppgift att gestalta två olika patienter.

Den ena skulle vara en kvinna som något månad tidigare hade fått ont i axeln. Förutom de medicinska uppgifterna gavs en del fakta om kvinnans sociala situation. Den andra patienten skulle vara en kvinna som haft nackvärk under lång tid.

Dessa båda patienter valdes för att läkarstudenterna skulle kunna genomföra en undersökning som inte krävde särskilda arrangemang eller utrustningar.

De sex sjukgymnaststudenterna var kvinnor som befann sig i slutet av sin utbildning. De hade själva viss erfarenhet av eget patientarbete och var ungefär lika gamla som läkarstudenterna.

Varje handledare bildade tillsammans med skådespelarpatienten och fem-sex läkarstudenter ett arbetslag under dagen. Enligt ett schema spelades en konsultation upp där studen-

ten var doktor, sjukgymnasten patient och handledaren/allmänläkaren tyst bisittare. Varje ”patientmöte” tog cirka 30 min och omfattade både samtal och undersökning. Därefter följde cirka 25 minuters samtal där handledaren tämligen omfattande diskuterade patientmötet med läkarstudenten.

För varje handledare innebar schemat tre konsultationer före lunch och två-tre efter lunch. Mellan varje student fick man ungefär tio minuters paus för att bli nollställd igen. Samma handledare och sjukgymnastelev arbetade ihop hela dagen. För studenten innebar dagen endast en timmes ”examination” men i gengäld var man då helt ensam med handledaren.

### Gensvar

Då den cirka halvtimmeslånga konsultationen var till ända fick ”patienten” inledningsvis ge några korta synpunkter på hur det var att möta denna ”doktor”. Hur kändes det för ”patienten”? Fick hon sagt allt hon ville? Hur kändes det att bli undersökt?

Handledaren uppmuntrade studentens goda egenskaper så att de lyftes fram, men även mer eller mindre ogynnsamma drag kommenterades ibland.

Det blev vanligtvis en stunds intensivt lyssnande från läkarstudenten. Att spontant och omedelbart bli >>

### Tack!

Vi vill varmt tacka följande allmänläkarkollegor som bidrog till att genomföra projektet:

|                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| Gudny Sveinsdottir | Christel Lundh  |
| Kerstin Rödström   | Björn Landström |
| Olle Wik           | Jerker Seander  |

>> kommenterad av en "patient" på detta sätt hör till ovanligheterna under utbildningen och många är mycket uppmärksamma på det omedelbara intryck man ger som doktor.

Därefter lämnade "patienten" rummet och handledaren tog själv vid, ensam med studenten. Det gensvar som då gavs hade som grundmodell en variant som flera av handledarna lärt sig på kurser i konsultationskunskap [7]. Mallen har ofta använts vid diskussion av videoinspelade samtal vid seminarier på avdelningen [Ruta 1].

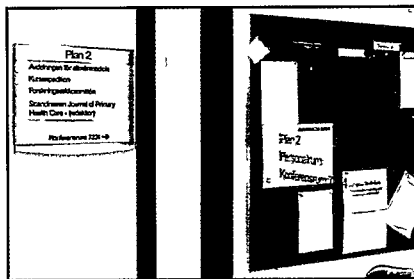
Här blev det ett starkt pedagogiskt inslag i relationen mellan handledare och läkarstudent. Tiden – en knapp halvtimme – räckte gott.

### Studentenkät

Efter den gestaltade konsultationen fick studenterna fylla i en enkel enkät med två frågor:

1. Vad tyckte du om genomgången i dag?
2. Skulle du kunna tänka dig att detta blev en tentamensform?

Tjugosex av de trettio studenterna svarade på frågorna.



Den första frågan besvarades genomgående mycket positivt. Tjugotvå läkarstudenter tyckte dagen hade varit bra eller mycket bra. Allra mest uppskattade studenterna att ha fått personligt gensvar av en erfaren handledare. Studenterna uppfattade mötet med skådespelarpatienterna som autentiskt.

Fyra studenter var kritiska till arrangementet. De uppgav att de kände sig ofria och att de tyckte det var "krystat" med en "falsk" patient. De uppfattade också att "det kändes pinsamt" att prata om hur konsultationen hade utfallit.

På frågan om studenterna kunde tänka sig detta som en tentamensform svarade elva av dem att det var möjligt. Åtta svarade direkt nej på den frågan och resten, sju studenter, var tveksamma.

I kommentarerna framkom att man riskerade att förlora det pedagogiska inslaget om det blev examination av övningen. "Om det blir prestation och granskning mer än stöd och hjälpsamhet, går en del av fördelarna med metoden förlorade."

### De medverkandes synpunkter

Handledarna träffades efter övningarnas slut och diskuterade sina intryck. Alla var nöjda och eniga om att det varit en bra undervisningsform, om än ganska tröttsande. Vi märkte tydligt studenternas uppskattning.

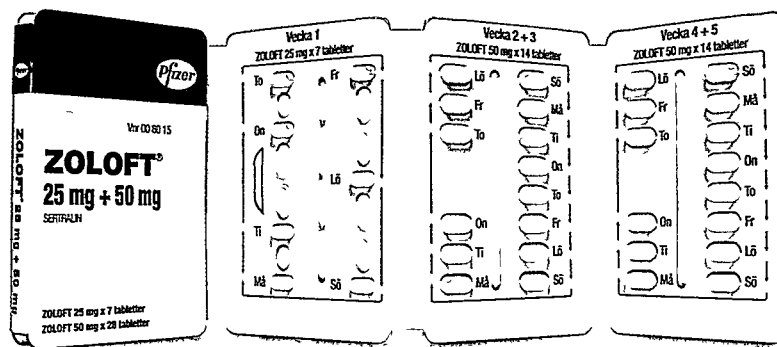
Varje handledare blev successivt alltmer förtrogen med "skådespelarpatienten" och det var en fördel för respektive grupp att ha sin egen "patient". Vi lärde känna varandra och patientrollen kunde modifieras under dagens lopp och bli allt mer autentisk.

Sjukgymnaststudenterna var också genomgående positiva till övningen – inte enbart därför att de ersattes med en mindre penningssumma utan för att de tyckte att de lärde sig mycket. De kunde alla tänka sig att göra om det hela.

De lade framförallt märke till den

## Nyhet! En enklare start med ny Zoloft®-förpackning

(sertralin)



Skriv Zoloft 25 mg + 50 mg på receptet när du ordinerar Zoloft till dina patienter med tvångssyndrom, paniksyndrom, PTSD eller social fobi.

Zoloft 25 mg + 50 mg är en startförpackning som täcker in de fem första veckorna av behandlingen. Den första veckan doseras Zoloft 25 mg dagligen, resterande veckor 50 mg dagligen. Det är bara för dina patienter att följa veckodagsmarkeringarna i pilens riktning.

Zoloft är effektivt och välolerat, vilket medger en god följsamhet.<sup>1-6</sup> Med Zoloft har du därför goda förutsättningar att uppnå ett gynnsamt behandlingsresultat, även på lång sikt.

**Zoloft®**  
(sertralin)

Effektivt – även på lång sikt



VÄRLDSLEDANDE INOM LÄKEMEDELSFORSKNING

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

REFERENSER: 1. Lundborg PD, et al. Br J Psychiat 1998; 173: 54-60. 2. Greist JH, et al. Int Clin Psychopharmacol 1995; 10: 57-65. 3. March JS, et al. JAMA 1998; 280: 1752-56. 4. Brady K, et al. JAMA 2000; 283: 1837-44. 5. Humble M, et al. Br J Psychiat 2001; 179: 23-30. 6. Doogan DP, et al. Br J Psychiat 1992; 160: 217-22. INDIKATIONER: Egentlig depression med melankoli, djupa eller långvariga depressioner utan melankoli. Vid tillfredsställande svar kan Zoloft ges förebyggande mot återfall eller nya episoder med depression. Tvångssyndrom hos vuxna och barn över 6 år. Paniksyndrom med eller utan agorafobi. Posttraumatiskt stressyndrom. Social fobi. FÖRPACKNINGAR: Tabletter 25 mg, 28 st och 98 st, 50 mg (med brytskåra) och 100 mg, 28 st och 98 st (tryckpack), 50 x 50 mg (endos), 200 x 50 mg (bark), oral lösning 20 mg/ml, 60 ml (flaska med graderad pipett). För vidare information, se Fass.se



stora skillnad som fanns mellan olika läkarstudenter. Några av dessa hade stor fallenhet och talang inför sitt kommande yrke medan andra var okänsliga och onyanserade vid den fysikaliska undersökningen.

### Kunskapskontroll och pedagogisk ambition – kan det förenas?

Att använda skådespelarpatienter som en pedagogisk modell verkar tilltalande. Frågan är om modellen också kan användas som examination och hur den i så fall bäst ska utformas. Går det att genomföra en värdering och kunskapskontroll samtidigt som man önskar ett inlärningsmoment?

En del studenter var i enkäten tveksamma till en sådan kombination.

Men modellen måste ställas i relation till den examensform som vi haft under en lång tid: Det skriftliga provet. En skrivning testar ensidigt de teoretiska kunskaperna och ger ingen möjlighet att bedöma studentens färdigheter vad gäller patientkontakt och undersökningsteknik. Kan man genom en kombination av ett skriftligt och muntligt/praktiskt prov bredda kunskapskontrollen samtidigt som man också får en inläringseffekt till resultat? Ja, vi tror det. Ett prov som är representativt och genomtänkt kan på sikt ge bonus i form av en förstärkt inläringseffekt [8].

Värderingen av studentens insats i vårt experiment blir naturligtvis subjektiv. Men om handledaren/examinatorn är en erfaren lärare med lång doktorspraktik bakom sig, ökar värdet av lärarens bedömning och det subjektiva inslaget minskar.

### För en fortsättning

Att levandegöra en konsultation innebär att den brokiga verkligheten med olika variationer, inom primärvården, hamnar i sitt naturliga sammanhang. Det skulle bli en spännande utmaning att ha detta som utgångspunkt för examinationen, något som läkarstudenterna i de kollegier de medverkat i också varit positiva till.

Vid kommande kurser under våren 2003 kommer en tentamen inspirerad av den så kallade OSCE-modellen att tillämpas [9]. En grupp på tre-fyra studenter får rotera mellan två så kallade stationer med två handledare i varje. Läkarstudenterna får bland

annat på en station se en kort videofilm där allmänläkaren samtalar med och undersöker en patient. Därefter diskuteras konsultationen i grupp och en rad konkreta frågor ställs till läkarstudenterna. Ett eller två andra ämnen i samhällsmedicinblocket kommer också att finnas på stationerna för att belysa konkreta problem. Studenterna får räkna med ett klart bedömningsmoment enligt normen godkänd/icke godkänd.

Som parallell skriftlig tentamen ber vi studenterna skriva ner varsin patienthistoria från sin praktiktid på vårdcentral. Berättelsen ska handla om en speciell patient som väckt läkarstudentens intresse.

Kristian Svenberg  
lärare vid Avdelningen för allmänmedicin,  
Göteborgs Universitet  
allmänläkare, Hjällbo Vårdcentral, Göteborg  
kristian.svenberg@vgregion.se

Bengt Mattsson  
professor, Avdelningen för allmänmedicin,  
Göteborgs Universitet  
allmänläkare, Hjällbo Vårdcentral, Göteborg  
bengt.mattsson@allmed.gu.se

### Referenser:

1. McWhinney IR. The importance of being different. Br J Gen Pract 1996;46:433-6.
2. Wahlqvist M, Skott A, Björkelund C, Gause Nilsson I, Dahlin B, Mattsson B. Läkartidningen 2001;98:3238-44.
3. Bruchfeld D, Bågedahl-Strindlund M, Mårtensson D. Läkarutbildningen – utvecklande eller avtrubbande? Läkartidningen 2000;97:3744-46.
4. Wahlqvist M, Mattsson B, Dahlgren G, Hamark B, Hartvig Ericson M, Henriques B, Hösterey Ugander U. Abstract Bok: 12 Nordisk kongress i allmänmedicin 4-7 sept. 2002 s.42.
5. Fugelli, P. Tillbaka till Huslegen. Gyldendal, Oslo 1975.
6. Rudebeck, C-E. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? AllmänMedicin, supplement nr 2-2001.
7. Larsen JH, Risor O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: A step by step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract. 1997;14:295-301.
8. Marton F, Dahlgren LO, Svensson L, Säljö R. Inläring och omvärldsuppfattning. Almqvist & Wiksell, Stockholm 1977.
9. Feather A, Kopelman PG. A practical approach to running an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) for medical undergraduates. Education for Health 1997;10:333-350.

(ANNONS)



Svenska Läkaresällskapet Riksstämman



**Välkomna till  
Riksstämman 60 år  
Stockholmsmässan  
26-28 november  
2003**

Årets tema "Den åldrande människan"

Riksstämman firar i år 60-årsjubileum. Öppningsmötet leds av professor Hans Wigzell, rektor för Karolinska Institutet och har rubriken "Medicinens guldålder – och dess framtid"

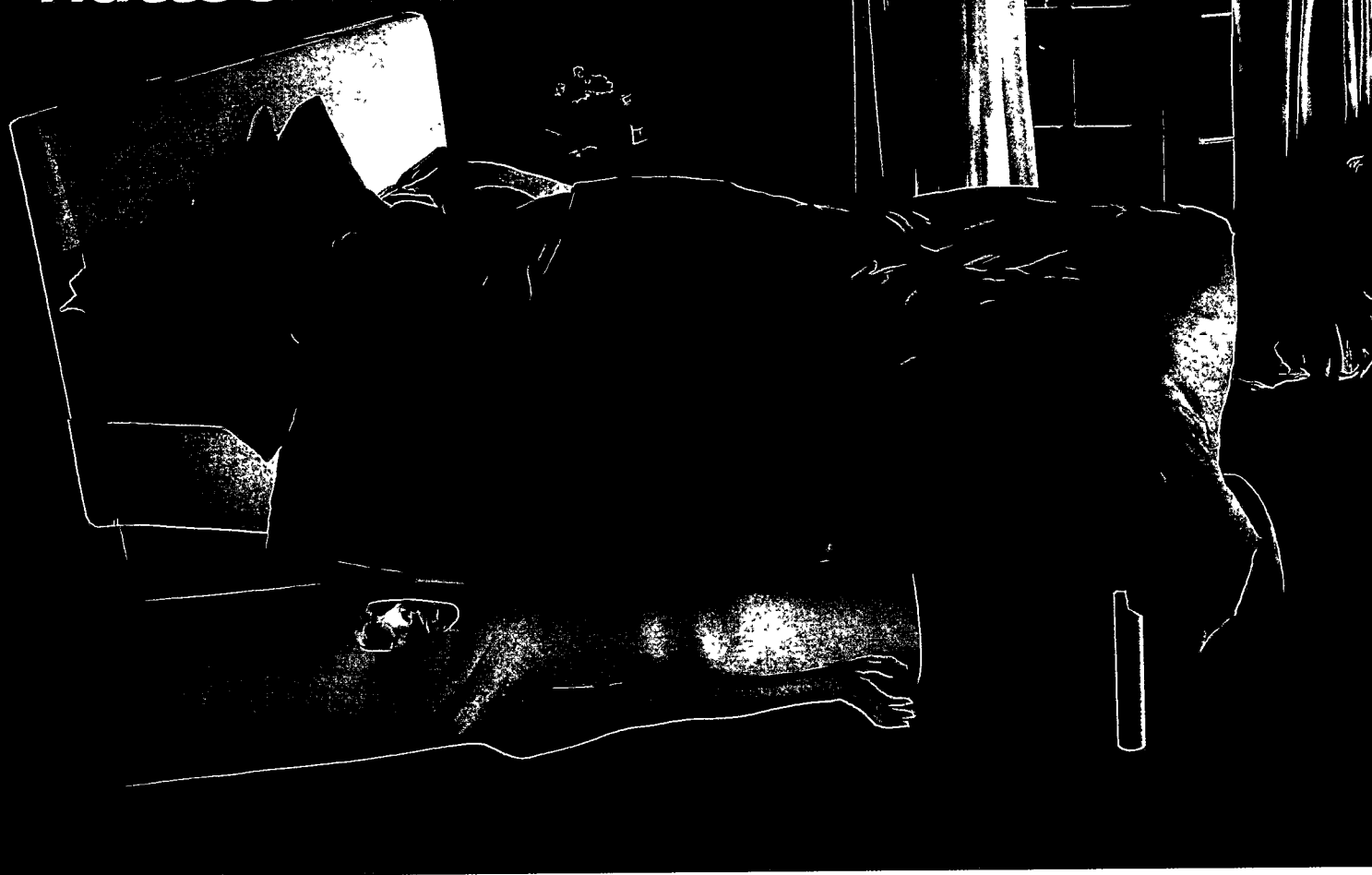
I årets utbud av breda, tvärprofessionella symposier och föredrag finns mycket av intresse för Allmänläkaren. Av årets symposier har 18 anknytning till temat om åldrandet, några exempel:

- Demensdiagnostik och behandling
- Vaccinationer av äldre
- Behandling av infektioner hos äldre
- Vanvård, övervård eller undervård
- Äldre män och hormonsubstitution
- Finns evidensbaserad äldre vård?
- Yrsel hos äldre
- Gammal och GI-cancer

Alla symposietitlar och annan information om Riksstämman finns på Läkaresällskapet's hemsida [www.svls.se](http://www.svls.se). Ledamöter i Läkaresällskapet har fritt inträde till Riksstämman, andra (både läkare och andra yrkesgrupper) betalar 2 100,- i kongressavgift, se hemsidan för mer information.

Mycket välkomna till årets Riksstämman

# Nicorette dagplåster hjälp<sup>er</sup> dina patienter fimpa nästa cigarett... ...utan att nikotin stör nattsömnen.



Inget annat nikotinplåster ger rökare en större chans att lyckas än med Nicorette dagplåster.<sup>1</sup> Ingen röker under sömnen, varför det är onödigt att tillföra nikotin under natten. Nicorette är det enda nikotinplåstret som följer det normala rökmönstret.

Hjäl<sup>p</sup> dina patienter fimpa nästa cigarett – och sova gott om natten utan nikotin.

Rekommendera Nicorette dagplåster.

## nicorette®

### Dagplåster

**PHARMACIA**

1958/000587/07

Nicorette® är ett väldokumenterat läkemedel för rökavvänjning. För ytterligare information, se FASS. Nicorette® finns som receptfritt tuggummi, plåster, Microtab, Inhalator och nässpray (receptbelagt) på apotek. Följ instruktionerna på förpackningen. 18 års åldersgräns. Pharmacia Sverige AB, 08-695 80 00. Referenser: 1. Silagy C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2000 and Issue 3, 2001.

# Verktyg för att förstå och påverka vardagen

forskningsmetodikkurs för allmänläkare

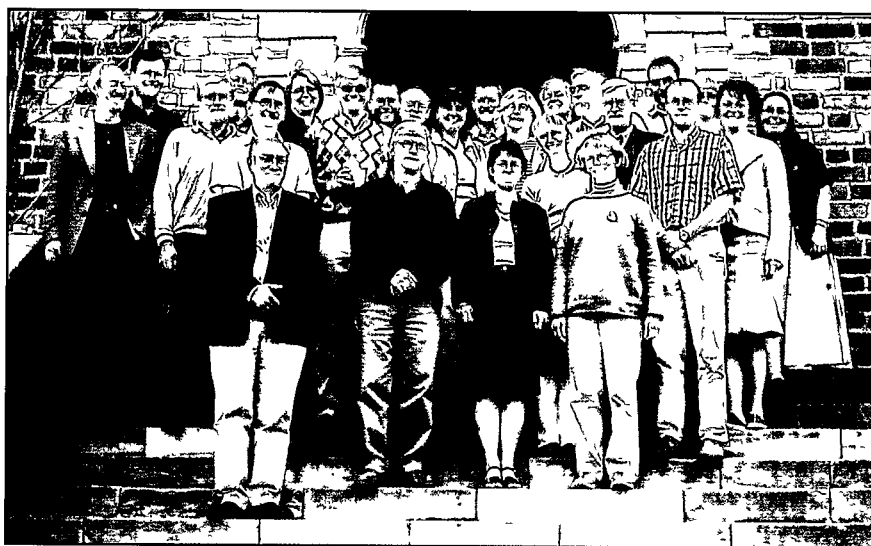
Att träna upp ett kritiskt tänkande både när man granskar sin egen praxis och när man bedömer vetenskapliga rön var det centrala i en FoU-kurs för allmänläkare som nyligen genomfördes i samverkan mellan landstingen i Dalarna, Gävleborg, Sörmland och Uppsala län.

Hans Hallberg och Jan Stålhammar skriver om innehåll och erfarenheter av den tre terminer långa kursen, som avslutades med en tre dagars examination i maj 2003 på Wiks slott utanför Uppsala.

Utbildning i grundläggande forskningsmetodik för *allmänläkare* har en stor betydelse för den framtida allmänmedicinska verksamheten. Forskning behövs inom all sjukvård vilket bland annat uppmärksammats i det program om den medicinska forskningen utanför universitetssjukhusen som Sveriges Läkarförbund nyligen tagit fram [1].

Utöver att möjliggöra en forskar-karriär har kurser i forskningsmetodik också stor betydelse för att ge deltagarna träning i kritiskt tänkande. Detta är viktigt bland annat för att kritiskt kunna granska sin egen praxis i den kliniska verkligheten, men också för att kunna bedöma och tillgodogöra sig nya vetenskapliga rön.

En grundläggande vetenskaplig skolning kan därutöver även ge stimulans och energi i det vardagliga



FoU-kursens deltagare på trappan till Wiks slott under ett internat.

arbetet. För en mindre grupp allmänläkare kan denna typ av utbildning också utgöra det första steget på en regelrätt forskarutbildning och disputation [2].

Nestorn vad gäller att initiera forskningsmetodikkurser för allmänläkare är Anders Håkansson, numera professor i allmänmedicin i Malmö, tidigare också bland annat under många år redaktör för AllmänMedicin. Sedan 1989 har han varit huvudansvarig för att i samarbete med samhällsmedicinska institutionen vid Lunds universitet ge 20-poängskurser i grundläggande forskningsmetodik för allmänläkare [3–5]. Under denna period har en femtedel av regionens allmänläkare gått kursen (och därutöver 200 sjukhusläkare) och en av fem har därefter påbörjat forskarutbildning. Åtta av de allmänläkare som deltagit i kurs i forskningsmetodik har hittills disputerat.

Även på flera andra håll i landet – bland annat i Stockholm och Umeå – har under senare hälften av 90-talet grundläggande kurser i forskningsmetodik för allmänläkare arrangerats och genomförts. I regionen knuten till Uppsala universitet har tidigare två kurser givits i internatform i samarbete mellan flera landsting och med samtidigt deltagande av allmänläkare från de olika landstingsområdena. Totalt har trettioåtta distriktsläkare fullföljt kurserna. Fem av dessa har i dag en pågående forskarutbildning.

## En tredje kurs

Från och med 2001 har utöver tidigare etablerade forskningscentra i Västerås och Gävle även Centrum för klinisk forskning (CKF) i Falun tillkommit och liksom de övriga två anslutits till Uppsala universitet. Verksamheten i Falun leds av en föreståndare (Staffan Nilsson), klinik- >>

## FoU-kurs för allmänläkare (20 p)

### Projektarbeten som presenterades vid examen maj 2003 i Wik

- (1) Anette Bjerg: Kartläggning av nutritionstillståndet hos personer som blir aktuella för att flytta från enskilt till särskilt boende inom Oxelösunds kommun. (Vårdcentralen, Oxelösund)
- (2) Björn Eriksson: Vad innehåller klumpen i halsen? Man har ju mycket inom sig som skulle behöva komma ut. (Hedemora Vårdcentral)
- (3) Anders Israelsson: Blir allmänläkarens patienter mer nöjda om "nyckelfrågor" används i konsultationen? (Gimo Vårdcentral)
- (4) Iréne Carlsson: Kan förändrad skolgymnastik öka elevernas motionsintresse? En attitydundersökning av skolbarn i Mora. (Vårdcentralen Saxnäs, Mora)
- (5) Sören Kerslow: Vad hände när vi gjorde som vi borde? En studie av effekterna av förändrat arbetssätt gentemot en diabeteskohort. (MoraNorets Vårdcentral, Mora)
- (6) Gunilla Liljedahl: Om konsten att spåra den allmänmedicinska kompetensen. (Bålsta Vårdcentral)
- (7) Maria Sandblom: En studie av remisser till kontinensmottagningen vid KK, UAS, avseende utredning och behandling år 2002. (Flogsta Vårdcentral, Uppsala)
- (8) Anna-Karin Svensson: Samband mellan läkare/patient-kontakt och sjukskrivningstidens längd. Retrospektiv journalstudie av patienter remitterade till samtalsbehandling. (Hälsocentralen Torget, Sandviken)
- (9) Elisabeth Tönnesen: Det vore bra om man hade en läkare som förstod utan att man behövde säga nåt. En intervjuundersökning av våldsutsatta kvinnor. (Eriksbergs Vårdcentral, Uppsala)
- (10) Karin Vadfors: Innebörden av smärta hos kurdiska kvinnor. (Vårdcentralen Jakobsgrändarna, Borlänge)
- (11) Kalle Wallén: Handläggning av diabetespatienter remitterade till primärvården efter att ha sjukhusvårdats för hjärtinfarkt. (Grycksbo Vårdcentral)
- (12) Carl Wetterhall: Osteoporos hos frakturpatienter. Prevalens och diagnostik i en frakturpopulation samt utvärdering av bentäthetsmätning av hällen. (Distriktsläkarmottagningen Borlänge sjukhus)
- (13) Lars Åberg: Missar vi neuroborrelios som orsak till lumbago/lumbago-ischias? (Ekensbergs Vårdcentral, Nyköping)

>> chef vid Kvinnokliniken vid Falu lasarett och tillika adjungerad professor vid Uppsala universitet, samt en biträdande föreståndare (Marianne Omne-Pontén), disputerad sjuksköterska. Som specifika resurser för allmänläkarna i Dalarna finns därutöver tre disputerade allmänläkare (Lars Englund, Hans Hallberg, Olle Hellström) på deltid knutna till verksamheten.

Vi vill i denna artikel kort redovisa våra erfarenheter av en tredje kurs i forskningsmetodik för allmänläkare som när detta skrivs i stort sett är genomförd.

Kursen har denna gång arrangerats och genomförts i samarbete mellan FoU-centra i fyra landsting – Dalarna (Lars Englund, Hans Hallberg, Olle Hellström vid CKF – som även administrativt ansvarat för kursen genom sekreterare Maria Pilawa), Gävleborg (Vivi-Anne Rahm, Centrum för forskning och utveckling i Gävleborg), Uppland (Kurt Svärdsudd och Jan Stålhammar vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap/Allmänmedicin) och Sörmland (Rolf Wahlström vid Allmänmedicinskt Centrum, Eskilstuna).

Kursen har omfattat totalt 20 högskolepoäng, fördelade på teori, 10 poäng, och eget projektarbete, 10 poäng. Liksom vid tidigare kurser har Kurt Svärdsudd varit formellt huvudansvarig och examinator samt precis som övriga i kursledningen varit engagerad i såväl under-

visning som projekthandledning.

Kursen har löpt under tre terminer. Med tanke på att deltagarna är spridda inom ett ganska stort geografiskt område har kursen genomförts i internatform med alternerande platser inom de fyra regionerna. Från kursstarten (mars 2002) fanns 23 deltagare varav tre var ST-läkare. Av olika anledningar har fem av kursdeltagarna inte kunnat fullfölja kursen.

Arbetsgivaren har ersatt kostnader för tjänstledighet och resor till kursorterna i samband med de totalt 19 dagar under de sex olika kurstillfällena som den teoretiska kursdelen omfattat. För projektarbetet om 10 poäng har beräknats en tidsåtgång på 10 veckor. De olika kursdeltagarna har funnit individuella lösningar för att erhålla tid för sina projektarbeten inom ramen för sitt ordinarie arbete. För samtliga som kunnat genomföra kursen har dock betydande arbetsinsatser på fritiden varit nödvändiga.

#### Kursens uppläggning

Det första kurstillfället – fyra dagar – ägnades åt en grundläggande vetenskapsteoretisk genomgång under ledning av Håkan Thorsén, lektor vid Institutionen för vård och omsorg i Örebro. Olika vetenskapsteoretiska skolor och deras skilda ståndpunkter presenterades. Thomas Kuhn och Karl Popper gestaltades som huvudpersoner på den vetenskapsteoretiska

arenan. Paradigmbegrepp och olika förklarings- och förståelsemodeller introducerades. Dagarna ägnades dessutom åt en genomgång av basala komponenter på vägen från projektidé till färdigt projekt. Som examinationsuppgift på det vetenskapsteoretiska avsnittet fick kursdeltagarna en hemskrivning.

Vid det andra kurstillfället var huvudtemat statistik och kvantitativa forskningsmetoder. Med Umeå-statistikern Hans Stenlunds och Lars Englunds (CKF, Falun) hjälp fick nu bland annat begrepp som konfidensintervall, oddskvoter, ordinalskalor, fall-kontrollstudier, confounders och reliabilitet sin förklaring. Varvat med detta fortsatte också den planering och diskussion av kursdeltagarnas egna projekt som påbörjades redan vid det inledande kurstillfället.

Nästa internat stod framför allt enkätmetodik respektive kvalitativa forskningsmetoder på schemat. Enkätdelen belystes av Gunilla Davidsen på Statistiska Centralbyrån medan Olle Hellström (CKF, Falun) levandegjorde den kvalitativa forskningens innebörd. Rolf Wahlström (AMC, Eskilstuna) ansvarade för en kritisk granskning och värdering av vetenskapliga artiklar där kvalitativa metoder hade använts.

Under det fjärde kurstillfället dominerades innehållet i undervisningen av forskningsetiska problem och överväganden. Huvudansvariga var denna gång Mats G Hanson och An-

ders Nordgren, båda docenter på avdelningen för biomedicinsk etik, vid Uppsala universitet. Alla kursdeltagare fick som läxa att skriva en forskningsetisk ansökan baserad på den egna projektdesignen. Kurt Svärdsudd och Jan Stålhammar redogjorde för viktiga "tumregler" för att skriva med ambitionen att bli publicerad i vetenskapliga tidskrifter.

Konsten att göra en bra poster är betydelsefull för att kunna få diskutera sina vetenskapliga rön i kollegiala och vetenskapliga sammanhang, vilket illustrerades av allmänläkare (varav en kursdeltagare) som nyligen hade prisbelönats för sina färdigheter i detta avseende.

Slutligen fick vi en imponerande "trolleriuppvisning" av informatören på Uppsala universitets informationsavdelning, Jon Hogdal, som på nolltid redigerade om kursdeltagarnas utkast till pressmeddelanden av de egna projekten, till ett fullödigt komprimerat innehåll.

Nästa kurstillfälle – ett år efter kursstarten – ägnades i stor utsträckning åt epidemiologi och centrala begrepp i kvantitativ forskning. Det

var återigen den outtröttlige Kurt Svärdsudd som var i elden och elegant förklarade innebörd och användning av begrepp som prevalens, incidens, prospektiv kohortstudie och "intention to treat". Under ledning av Rolf Wahlström och Cecilia Ryding – allmänläkare och "SBU-ambassadör" i primärvården – presenterades den evidensbaserade medicinens grunddrag. I anslutning till detta granskades kritiskt ett antal vetenskapliga artiklar där bland annat ett bidrag i "kvalitetstidskriften" Lancet förvånande nog visade sig bemängt med svåra metodologiska felaktigheter.

Kurstillfället avslutades med en inspirerad och tankeväckande föreläsning av pedagogikprofessorn Thomas Tydén där samspelet mellan forskning och praktik stod i fokus.

**Projektarbeten med stor spännvidd**  
Kursdeltagarnas projektsammansättningar redovisades och bedömdes under disputationliknande former tre dagar i den blommande månaden maj. Varje "respondent" fick först under en kvart presentera sitt

projekt varefter det under ytterligare en kvart nagelfors av en av kursdeltagarna i rollen som opponent, innan auditoriet fick säga sitt.

Tretton av kursdeltagarna hade hunnit bli färdiga med sina projektsammansättningar (övriga fem valde att uppskjuta sin redovisning till en uppföljningsdag i november). De tretton bjöd på en imponerande och rikt varierad blandning av primärvårdsrelevanta frågeställningar. (Se vidstående ruta.)

Projektsammansättningarna kommer efter slutgiltig granskning att läggas ut på Internet, på hemsidan för Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, vid Uppsala universitet ([www.pubcare.uu.se](http://www.pubcare.uu.se)).

#### Kul, kultur och kunskap

Förre professorn i allmänmedicin i Uppsala, Gösta Tibblin, hade som motto för en lyckad konferens att den skulle innehålla de tre K:na – kul, kultur och kunskap. Även i planeringen av denna FoU-kurs har det varit vår ambition att ge utrymme för dessa tre aspekter. Internatfor-

>>

Ny utbildning

## Åldrande människor – våra patienter En allmänmedicinsk utmaning

Utbildningen är framtagen av, med och för specialister i allmänmedicin, den är granskad enligt SFAMs krav och godkänd av KUR.

Den kollegiala diskussionen och de problembaserade frågeställningarna utgör grunden för lärandet i denna utbildning. Handledaren är allmänläkare.

#### Låter det intressant?

Om du vill veta mer om utbildningen och planerade kurstillfällen, kontakta Pfizer AB, [utbildning.sweden@pfizer.com](mailto:utbildning.sweden@pfizer.com)

Fullständig utbildningsbeskrivning finns på [www.ipuls.se](http://www.ipuls.se) (IPULS-nr: 2003-0026). IPULS har granskat och godkänt denna utbildning.



Pfizer AB, Box 501, 183 25 Täby. Tel 08-519 062 10. [www.pfizer.se](http://www.pfizer.se)



>> heter för kursdeltagare från olika landsting att utbyta erfarenheter om likt och oliket beträffande organisatoriska förutsättningar och annat som påverkar den kliniska vardagen. Därutöver har olika aktiviteter under kvällstid med speciellt inbjudna "guest stars" givit en särskild guld-kant åt kursinnehållet.

En av de första kvällarna kunde vi således med Lars Englund som dirigent och "coach" få såväl se som lyssna till "hans" Fredskör och dessutom själva få möjlighet att aktivt delta. En annan minnesvärd kväll färdades vi med häst och vagn till grillkväll i naturskön miljö där spontan tangodans till dragospel kunde beskådas.

I Uppsala fick vi en inspirerande och stimulerande guidning på Museum Gustavianum och den anatomiska teatern. Kvällarna på Wiks slott undfågades vi först med serenader i sommarnatten med några Orphei Drängar för att kvällen därpå få ställa om oss till den i jazzkretsar välkända Roland Keijser och hans vänner.

Andra kvällar var av mera meditativ karaktär. En höjdpunkt för många litteraturintresserade var att höra författarinnan Agneta Pleijel tala om gränssnittet mellan konst och vetenskap som det gestaltats i

hennes kritikerrosade och prisbelönta roman "Lord Nevermore". Till-sammans med den fenomenografiska forskaren Marianne Scherman Hansson fick undertecknad (HH) glädjen att reflektera över personliga och professionella aspekter på att arbeta med kvalitativ forskning. Ett annat kvällssamtal berörde etiska och existentiella frågor från religiösa och medicinska utgångspunkter till-sammans med poeten och prästen Lars Björklund och vetenskapsjournalisten Jan-Olof Johansson.

### Slutord

Sammanfattningsvis har FoU-kursen varit en mångfacetterad resa både i tid och rum för kursdeltagarna. För många har det inneburit att den vardag man tyckt vara självklar, visat sig rymma okända aspekter som varit möjliga att beforska – och att man fått verktyg för det.

En annan aspekt som är värd att lyfta fram är den medvetna satsning vi gjort på att presentera både kvantitativa och kvalitativa metoder för vetenskapligt arbete. Vi tror att svaret på vad som är bra för en god allmänmedicinsk forskning är detsamma som Brian Hurwitz och Alex Vass skriver om vad som skapar en bra läkare: "What's a good doctor, and how can you make one? – By

marrying the applied scientist to the medical humanist." (BMJ, 28 Sept 2002)

Hans Hallberg  
Centrum för Klinisk Forskning (CKF),  
Falun  
hans.hallberg@ltidalarna.se

Jan Stålhammar  
Institutionen för folkhälso-  
och vårdvetenskap,  
Allmänmedicin, Uppsala universitet  
jan.stalhammar@pubcare.uu.se

### Referenser

1. I forskningens utmarker. Ett handlingsprogram om den medicinska forskningen utanför universitetssjukhusen (remissversion), Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2002.
2. Håkansson A, Pettersson Lindberg E, Henriksson K. Kurser i grundläggande forskningsmetodik till nytta för kliniker. Tolv års erfarenheter från Sydsverige. Läkartidningen 2002;99:1078-83.
3. Håkansson A. Decentraliserad forskarutbildning. Lyckad kurs i Södra sjukvårdsregionen. Läkartidningen 1994;91:2864-5.
4. Henriksson K, Håkansson A, Råstam L, Ekström-Persson S, Andersson KE. Regionala kurser rekryterar doktorander. Stort intresse för fortsatt forskning. Läkartidningen 1997;94:1305-6.
5. Håkansson A, Lohmander S. Universitet och sjukvårdshuvudmän i samarbete: Ny regional forskarutbildning ger praktiska metodkunskaper. Läkartidningen 1998;95:3848-9.
6. Hagström B. Att forska är primärt. AllmänMedicin 1997;18:235.

Avslutningsvis kommer här några citat ur en kursutvärdering från en av deltagarna, Iréne Carlsson:

” Jag är fyrbarnsmor och distriktsläkare sedan 13 år på en lasaretsnära vårdcentral. Min starka sida är patientmötena. Vad gör man när det man är bäst på känns tungt? Man kanske ansöker och kommer med på en kurs i forskningsmetodik. [...]

Tack vare en utmärkt föreläsning av universitetslektor Hans Stenlund från Umeå och det kompendium som han är medförfattare till, ”Statistik och metodik i klinisk forskning”, har det inte varit några problem utan en ren glädje att göra beräkningarna. Jag har nog alltid varit lite svag för kluriga formler men jag nöjer mig med Chi-2. [...]

Vi har fått en insikt i hur svårt det är att göra bra enkäter. Bra råd fick vi från Gunilla Davidsson,

avdelningsdirektör på Statistiska Centralbyrån. Som vanligt ska man inte krångla till det i onödan. Men det är väl det enkla som är svårt. [...]

Vivi-Anne Rahm, verksam på Landstinget Gävleborgs forsknings- och utvecklingsenhet, Gävle, är enda kvinna i kursledningen. Hon har imponerat med sina kunskaper och sin entusiasm och glädje. Vi är många som funderar på att bilda Vivi-Annes fanclub. [...]

Litteraturrekommendationen innehåller många pärlor som Kirsti Malterud: Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, Jonas Ludvigsson: Att börja forska, Trisha Greenhalgh & Brian Hurwitz: Narrative based medicine. ”

(ANNONS)

## Aldrande människor – våra patienter

### Lärare:

Lokala och regionala allmänläkare som handledare

### Kursgivare:

Pfizer, med pedagogiskt kompetens från Celemi.

### Information:

Catharina Wretling  
08/519 062 10

# Effektivitet och effektivitet i förening<sup>1</sup>



## **Daivobet<sup>®</sup>**

calcipotriol/  
betametasondipropionat

Daivobet<sup>®</sup>, salva calcipotriol 50 µg/g + betametasondipropionat 0,5 mg/g Medel mot psoriasis. Dos AX52

Dosering: 1 gång dagligen

Indikation: Inledande lokal behandling av stabil plack psoriasis, där lokal terapi är lämplig.

Varningar och försiktighet: Undvik kontakt med hårbotten, ansikte, mun och ögon. Händerna måste tvättas efter varje applikation. Applikation på stora ytor skadad hud, under ocklusion, på slemhinnor, hudveck och på genitalia, skall undvikas. Fyra veckors behandling och en veckodos på 100 g bör inte överskridas.

Förpackningar och priser: Salva 60 g: 553,50 kr, 120 g: 1032,00 kr. För övrig information se [www.fass.se](http://www.fass.se).

Ref: 1. Douglas WS et al. Acta Derm Venereol 2002;82:50-55.



**LEO Pharma Nordic**

Box 404 . SE-201 24 Malmö  
Tel.: 040-352200 . Fax 040-352276  
[www.leo.se](http://www.leo.se)



Fortbildningsrådet samlat till möte med  
artikelförfattaren i mitten.  
FOTO: MOGENS HEY

# Fortbildningsrådet

– fortbildning och studiebreve

*Bland SFAMs olika råd finns Fortbildningsrådet sedan fem år. Anders Lundqvist är rådets ordförande och beskriver vad rådet gör.*

Fortbildningsrådet har funnits i fem år och bildades på initiativ av Carl Edvard Rudebeck, dåvarande nationell fortbildningssamordnare. I slutet av 90-talet hade förankringen av SFAMs fortbildningsprogram blivit möjlig genom etableringen av lokalföreningar. Så småningom efterfrågades en handlingskraftig grupp av kollegor med geografisk spridning som var insatta i fortbildningsprogrammets olika delar. De skulle ha förmågan att samla idéer och erfarenheter för att driva utvecklingen nationellt.

Ett tiotal personer blev tillfrågade att vara med, och jag hade förmånen att få delta vid starten. Före Fortbildningsrådets tillblivelse hade SFAMs sekretariat tappert drivit samordningen och ordnat nationella sammankomster, men nu var tanken att vi skulle ta ett gemensamt ansvar för att inspirera varandra runt om i Sverige.

Från början fanns också tanken att medlemmarna inte bara skulle representera sin region utan också andra intressegrupper inom SFAM, exempelvis studierektorerna, examensutskottet, KUR (kompetensutveck-

lingsrådet), SFAM.Q, SFAM.L, SFAM-doc (nuvarande SFAM-Informatik), styrelsen med flera. Några av de ursprungliga medlemmarna har tackat för sig och en del nya medlemmar har successivt tillkommit. Närmast väntar vi på att en eller flera ST-läkare anmäler intresse och ansluter sig till oss. Den stora förändringen det senaste året är att Gösta Eliasson inte längre är SFAMs utan Fammis nationella fortbildningssamordnare. I den bistra föreningsekonomin finns det inte längre något utrymme för att finansiera fortbildningssamordnarfunktionen. Detta har gjort att förutsättningarna

## Fortbildningsrådets uppgifter

- Vara en sakkunnig grupp och resurs till SFAMs styrelse, genom att på ett nationellt plan driva frågor som handlar om allmänläkarnas professionella utveckling.
- Skapa möjligheter till väl fungerande fortbildningar; vidareutveckla fortbildningsprogrammet, formulera mål, delta i policyskapande aktiviteter och fungera som SFAMs stöd till Fammi i fortbildningsfrågor.
- Beakta de lokala förutsättningarna för en fortbildningsverksamhet av, med och för allmänläkare, där den enskilde allmänläkarens behov tillgodoses.
- Tillsammans med Fammi stimulera fortbildningens infrastruktur genom att understödja fortbildningssamordnarnätverket.
- Ansvara för studiebrevsproduktionen och annat material för framför allt FQ-grupperna.
- Vara referensgrupp för projektet klinisk mentorskap.

för SFAM att bedriva ett eget utvecklingsarbete har försämrats. Som tur är hann Gösta producera en hel del material i SFAMs namn innan han slutade. Gösta deltar emellertid fortfarande i Fortbildningsrådet, något som SFAM har stor nytta av och det stärker banden mellan SFAM och Fammi.

## Intensiva möten

Vi träffas i regel fyra mötesdagar per år. Det känns viktigt att ibland få mer tid att gå in på djupet i vissa frågor och då känns ett möte som varar över dagen för kort. På mötena har vi i regel olika sorters ärenden, där en del är snabbt avhandlade och andra lockar till långa diskussioner. Det är ofrånkomligt att frågor som berör SFAMs framtid diskuteras, men det känns framför allt viktigt att det konkreta arbetet med den fortsatta utvecklingen av SFAMs fortbildningsprogram prioriteras.

Ibland kan diskussioner som har initierats i Fortbildningsrådet, fortsätta utvecklas i andra sammanhang, för att till slut bli färdiga idéförslag med stor genomslagskraft. Ett exempel på detta är Protosförslaget, som kanske inte hade blivit till utan hjälp av "Tankefabriken" vilket var en e-postgrupp som startade efter ett internat vi arrangerade 2001. Fortbildningsrådet har en egen e-postlista som underlättar kommunikationen mellan mötena.

## Studiebreve

Studiebreven är konkreta exempel på vad Fortbildningsrådet utträttat under de gångna åren. Vi föreslår ämnen, tar ställning till förslag, kontaktar presumtiva studiebrevsförfattare, granskar inkomna förslag enligt speciella riktlinjer, initierar tester i FQ-grupper som visar intresse med mera. Studiebrevet om sjukskrivning har granskats av en liten arbetsgrupp i Fortbildningsrådet, som återkopplat till författarna. Efter smärre korrigeringar har det senare kommit i tryck. Så kommer vi i fortsättningen att arbeta med nya studiebreve. På gång närmast är ett studiebreve om >>

För Sveriges ST-läkare i allmänmedicin:

Nu är det dags  
igen . . .

Anmälan och mer info på  
[www.fammi.se](http://www.fammi.se)

>> venös tromboembolism, och ett om riskbruk.

### Landet runt

På våra möten blir det ofta tid för rapportering om vad som är på gång runt om i landet. Här ges möjligheter till inspiration och stöd för fortbildningsansträngningar som görs på hemmaplan. Det är bra med sådana avstämningar ibland för att se var tröghet och motstånd egentligen finns, och kanske viktigast att se hur man har lyckats genomföra saker på andra platser i Sverige.

### Fortbildningssamordnare

Med studierektorerna som förebild har det i år bildats ett nätverk av fortbildningssamordnare. Fortbildningsrådet och Fammi har samarbetat i denna fråga och arrangerat några möten.

En egen e-postgrupplista har bildats för att underlätta kommunikationen i nätverket. Den omfattar knappt 60 deltagare. När fortbildningssamordnarna nu kommer i gång med kontakter inom nätverket, är detta en intressant process att följa i Fortbildningsrådet.

I Fammis arbete med *struktur för fortbildning och kunskapsutveckling inom landstingens primärvård* kommer jag också att representera SFAM.

(ANNONS)

Den nationella infrastrukturen för fortbildning i form av fortbildningssamordnarrollen, kompetenskonton, FQ-grupper, Balintgrupper, mentorskap med mera är en given fråga för Fortbildningsrådet framgent.

### Kursdoktorn

"Kursdoktorn" är en relativt ny företeelse på den nationella arenan, med anknytning till såväl Fammi som SFAM och Fortbildningsrådet. En välutvecklad kursverksamhet i Västra Götaland har blivit en uppskattad nationell angelägenhet. Fortbildningsrådet kan ge impulser till fortsatt kursutveckling. Exempelvis tanken på att arrangera kurser i EBM-metodik. Det finns också en idé om att via Kursdoktorn arrangera ett möte för nordiska fortbildningssamordnare nästa år, med praktisk pedagogik i fokus.

### Granskning

IPULS är beroende av att specialitetsföreningarna tillhandahåller granskningskompetens, och sådan finns utvecklad inom det som tidigare hette KUR men som nu håller på att ombildas i en annan form. Oavsett hur det blir rent organisatoriskt kommer det att behövas kontaktytor mellan Fortbildningsrådet och IPULS fortsättningsvis. Granskning

av andra fortbildningsaktiviteter än kurser, kommer förmodligen att aktualiseras inom en snar framtid.

### Kompetensvärdering

Utvecklingen av ASK (Allmänläkares Självvärdering i Kollegial dialog) och andra modeller för kompetensvärdering är något vi bevakar. Recertifiering eller andra lämpliga incitament till professionell utveckling, är en het fråga inom kåren. Det skulle vara en spännande utmaning för Fortbildningsrådet att fördjupa sig ordentligt i den frågan, men först krävs nog en bredare diskussion och förankring bland allmänläkarna runt om i Sverige.

### Nya förutsättningar

När Fortbildningsrådet startade drevs en stor del av SFAMs verksamhet med projektmedel, och det blev ganska mycket utträttat under några år. I och med att Fammi har tillkommit finns inte längre denna möjlighet. Den kompetens som byggts upp i SFAM måste nu antingen förvaltas helt på ideell basis, eller integreras i den organisation man jobbar.

På sikt är det inte hållbart med enbart ideellt arbete. Rollerna som studierektor och fortbildningssamordnare, eller varför inte projektanställning hos Fammi, inrymmer möjligheten till en plattform för det ideella engagemanget, och gör att man orkar driva frågorna vidare. Man behöver inte bara ta fritiden i anspråk. En vinnande lösning för arbetsgivaren och SFAM. Det är ju ändå arbetsgivarens skyldighet att tillhandahålla förutsättningar för kompetensutvecklingen.

Bristen på egna resurser gör det till en nödvändighet för Fortbildningsrådet att söka samarbetspartner. Det är inte lika lätt att sätta igång saker längre i SFAMs namn. "Entreprenören" i oss får stå tillbaka något för "förvaltaren" och "brobyggaren".

Samtidigt är det naturligtvis viktigt att slå vakt om integriteten. Nya förutsättningar gäller, men frågorna är lika viktiga för det!

Anders Lundqvist  
(ordförande i Fortbildningsrådet)  
vårdcentralen Viken, Örnsköldsvik  
anders.lundqvist@lvn.se

## SFAM inbjuder till årets vecka 3-kurs

### TRÄNING I ALLMÄNMEDICINSK KOMPETENSVÄRDERING

- Tid:** 12 januari–14 januari 2004  
**Plats:** Hussborgs Herrgård, 6 mil fr: Sundsvall  
**Pris:** Kursavgift 2 000 kronor (inkl. moms)  
 Internatskostnad 4 000 kronor (inkl. moms)  
**Information:** Ylva Johansson, Vårdcentralen Centrum,  
 Norrmalmsgatan 2, 852 34 Sundsvall  
 Tfn: 060-18 24 00  
 E-post: ylva.johansson@lvn.se  
**Anmälan:** Senast 1 december till Examenskansliet,  
 Vårdcentralen Centrum  
 Norrmalmsgatan 2, 852 34 Sundsvall  
 Tfn: 060-18 24 39  
 E-post: marianne.ledstrom@lvn.se

Är du examinator bör du gå kursen minst vart fjärde år.  
 Examensavslutning sker i samband med SFAMs höstmöte 2004.



För Sveriges ST-läkare i allmänmedicin:  
Linköping har nu övertagit  
stafettpinnen.

... att upprepa  
succén från januari  
2003!

Anmälan och mer info på  
[www.fammi.se](http://www.fammi.se)

# Risker

Någon gång mot slutet av förrförra seklet träffade den danska författarinnan Karin Michaelis sin norske kollega Bjørnstjerne Bjørnson och sade att hon övervägde att skriva om sina upplevelser av det som då – och ännu långt senare – brukade omtalas som övergångsåldern. Bjørnson svarade: "Men ingen människa kan väl vara intresserad av att läsa om vad som händer inuti en medelålders kvinna?"

Idag är läget ett annat: Det senaste decenniet har klimakteriet diskuterats flitigt, förmodligen beroende på att den generation som så gott som sen barnsben varit van vid att ha problemformuleringsföretaget, nämligen min generation, fyrtioåringarna, nu hunnit dit. Ändå kan ingen människa påstå att klimakteriet har gått och blivit sextigt och det är trots allt inte särdeles många kvinnor som träder fram i offentligheten och talar ut om sina klimakteriebesvär: Inte tillnärmelsevis så många som är beredda att tala ut om cancer.

För min del förhåller det sig så här:

Jag ordinerades östrogen när jag var några och fyrtio och ännu inte hade några som helst problem. Det räckte med att min faderlige gynekolog vänligt men bestämt förklarade att jag var "i den åldern" och just för att han var både faderlig och vänlig kom jag mig inte ens för att ställa några frågor. Så här efteråt är det inte utan att jag skäms för att jag inte ställde några frågor – och för att jag väntade flera år med att ens läsa in mig så pass att jag inhämtat att östrogen visserligen misstänktes öka risken för bröstcancer men samtidigt minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar, demens och osteoporos.

Vid det här laget har jag ätit östrogen i femton år. Vid det här laget vet också var och en som orkar slå upp en kvällstidning att östrogen numera snarast misstänks öka risken också för hjärt- och kärlsjukdomar och möjligen till och med för demens. De flesta av mina allmänläkarvänner säger att jag absolut borde sluta ta östrogenet, min onkologväninna förklarar dystert att jag aldrig borde ha börjat men min gynekolog – jag har numera en kvinnlig gynekolog i samma ålder som jag själv – säger: "Du ska fortsätta så länge som du vill må bra."

(Det är ju en intressant statistisk uppgift att kvinnliga gynekologer äter östrogen i större utsträckning än andra kvinnor och att de enda som äter östrogen i ännu större utsträckning än kvinnliga gynekologer är de

gen risken för att bli ihjälkörd?) Kring östrogenet kan jag tänka på många olika vis. Ibland tänker jag: "Det är onaturligt att tillföra kroppen ett hormon." Men svaret på den tanken blir: "Det är så mycket vi gör som är onaturligt. Det är onaturligt att bära glasögon."

Ibland – ofta – tänker jag: "I mitt barndomshem sprutades det med obegränsade mängder DDT. I sju – åttaårsåldern var mitt älsklingsnöje efter skolan att kila in i en skoaffär och röntga fötterna i en maskin som fanns för att kunderna skulle kunna se om skorna passade. I tjugofemårsåldern åt jag de där tidiga, hårda piller vars främsta graviditetsförebyggande effekt låg i att man tappade lusten. Nu har jag redan ätit östrogen i femton år – kan det alls ha någon betydelse om jag slutar?"



manliga gynekologernas hustrur.")

Min kvinnliga gynekolog säger lugnt: "Den ökade risken för bröstcancer är i själva verket fortfarande liten. En annan sak är sedan att bröstcancer är en väldigt vanlig sjukdom."

Eftersom hon också brukar säga att hon allra helst skulle vilja dö i en snabb hjärtinfarkt är hon knappast särskilt oroad av den ökade risken för hjärt- och kärlsjukdomar heller.)

Själv tycker jag att valet mellan att äta östrogen eller inte, är minst lika svårt som EMU-valet.

Statistiska risker är omöjliga att förhålla sig till. (Hur stor är egentli-

Ändå slutade jag ta tablettorna för en månad sen – för gott eller på prov har jag ännu inte bestämt. Beslutet har att göra med att jag plötsligt började smaka på det gamla ordet övergångsålder och fann att jag tyckte om det. Dels betyder det ju att man drabbas av någonting som är övergående – nämligen klimakteriebesvären – dels att man är på väg in i ett nytt livsskede. Vad jag nu försöker komma underfund med är dels hur mycket besvär jag tål, dels om jag är mogen för ett nytt livsskede.

Merete Mazzarella

För Sveriges ST-läkare i allmänmedicin:  
Linköping har nu övertagit  
stafettpinnen.

Boka in 22–24 januari 2004!

# ST-läkardagar

Nu är det dags att  
upprepa succén  
från januari 2003!

Anmälan och mer info på  
[www.fammi.se](http://www.fammi.se)

Klicka på "Fammi-dagar" och sedan vidare till "ST-läkare"

# ASCOT-LLA – Statistiskt signifikant, men kliniskt liten nytta av statinbehandling till patienter med hypertoni

*ASCOT-LLA kan förväntas användas i marknadsföringen av Lipitor till patienter med hypertoni. Även om den relativa riskreduktionen är imponerande så är den absoluta så marginell att kolesterol-sänkande behandling inte är försvarbar till merparten av hypertoni-patienter skriver Jan Håkansson och Anders Hernborg.*

ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial) [1] är en stor hypertoni-studie med över 19 000 deltagare, bland annat från ett stort antal centra inom svensk primärvård. Som en delstudie i ASCOT jämfördes effekterna av atorvastatin med placebo – ASCOT-LLA [2] – där LLA står för Lipid Lowering Arm. Studien avbröts i förtid, då atorvastatin visat signifikant bättre effekt än placebo. Vilken betydelse har då detta för våra hypertoni-patienter?

## PATIENTER I STUDIEN

I hela ASCOT-studien ingår drygt 19 000 patienter med förhöjt blodtryck (160/100 mm Hg utan be-

handling eller 140/90 mm Hg med tidigare behandling). Drygt hälften av dessa med totalkolesterol <6,5 mmol/L utan lipidsänkande behandling, randomiserades till dubbelblind behandling med atorvastatin (Lipitor) 10 mg/dag eller placebo. För att inkluderas i lipidstudien skulle deltagarna förutom hypertoni ha minst tre av följande riskfaktorer: manligt kön, ålder över 54 år, rökning, typ 2-diabetes, vänsterkammahypertrofi, vissa EKG-förändringar, perifer kärlsjukdom, tidigare stroke eller TIA, mikro- eller makroalbuminuri, totalkolesterol/HDL-kvot >6, eller ärftlighet för tidigt debuterande kranskärlssjukdom.

ASCOT-LLA avbröts efter en medianbehandlingstid av 3,3 år på grund av en säkerställd gynnsam, effekt av atorvastatinbehandling, medan huvudstudien ASCOT fortsätter som planerat. Studien finansierades av Pfizer, som marknadsför atorvastatin.

Grupperna som behandlades med atorvastatin – drygt 5 000 i vardera grupp – var från början lika på alla väsentliga punkter.

## BEHANDLINGSEFFEKTER

Som väntat sänktes både totalkolesterol (med 1,3 mmol/L) och LDL-kolesterol (med 1,1 mmol/L) samt triglycerider (med 0,3 mmol/L) i atorvastatingruppen. Även i placebogruppen sänktes dessa värden men betydligt mindre. HDL-kolesterol påverkades inte i någon av grupperna.

När studien avslutades efter 3,3 år använde 87 procent i atorvastatingruppen fortfarande läkemedlet och bara 9 procent i placebogruppen hade öppen statinbehandling.

Blodtryckssänkning i de båda grupperna var likartad och mycket god – från i genomsnitt 164/95 till 138/80 mm Hg.

När ASCOT-LLA bröts efter 3,3 år

hade 1,9 procent i atorvastatingruppen och 3,0 procent i placebogruppen drabbats av den primära slutändpunkten (dödlig och icke-dödlig hjärtinfarkt). Det innebar en relativ riskreduktion på 36 procent och en absolut riskreduktion på 1,1 procent under 3,3 år. Tabell I sammanfattar resultaten som antalet händelser per 100 patientår. Generellt kan noteras att vinsterna i absoluta tal är små, trots att vinsterna i relativa tal är betydande för vissa parametrar.

Några förbestämda subgrupper redovisas i ASCOT-LLA. Eftersom antalet inträffade fall var så pass begränsat (100 i atorvastatingruppen, 154 i placebogruppen) är några av subgrupperna så små att det är svårt att dra några slutsatser. Notabelt är ändå att diabetiker i studien hade mindre nytta i absoluta tal än icke-diabetiker och att kvinnorna inte hade någon nytta av atorvastatinbehandling.

## KRITISK GRANSKNING

ASCOT-LLA är en väl genomförd studie. Frågan huruvida lipidsänkande behandling är av klinisk betydelse för patienter med högt blodtryck är väsentlig. Den frågeställningen var avsedd att belysas också i ALLHAT – världens största blodtrycksstudie – men den lipidsänkande armen i ALLHAT [3] kunde inte besvara frågan. Till största delen berodde det på att lipidarmen i ALLHAT-studien var öppen, vilket medförde att en stor del av patienterna som inte skulle behandlas med statiner (cirka en tredjedel – troligen de med högst absolut risk) fick dessa läkemedel ändå och skillnaderna mellan dem som hade randomiserats till statinbehandling och dem som hade randomiserats till "usual care" var små både vad gäller kolesterolvärden och kliniska händelser. I ASCOT-LLA, som var en dub-

&gt;&gt;

## Vår bedömning

**ASCOT-LLA är en välgjord undersökning med en betydelsefull frågeställning. En allvarlig brist i redovisningen är att diskrepansen mellan relativ och absolut riskreduktion inte diskuteras.**

Den relativa riskreduktionen är i samma storleksordning som i andra statinstudier, men den absoluta riskreduktionen är så liten att statinbehandling vid hypertoni, även med ytterligare riskfaktorer, inte är försvarbar i de flesta fall.

Patientens totala hjärt-kärlrisk måste vara vägledande för behandling både med statiner och andra interventioner för att förebygga allvarligare komplikationer.

Lättanvända riskvärderingsinstrument saknas, men ett nytt sådant introduceras våren 2004.

Ett okomplicerat val...

...vid okomplicerad cystit

**Selexid® har en ringa påverkan  
på normalfloran – men hög  
aktivitet när det gäller  
urinvägspatogener.<sup>1,2</sup>**

**Selexid, (pivmecillinam), tabletter a 200 mg .Amidinopenicillin, J01CA08. Indikationer:** Nedre okomplicerad urinvägsinfektion. **Kontraindikationer:** Penicillinöverkänslighet, esofagusstriktur eller annan obstruerande förändring i digestionskanalen. **Varningar och försiktighet:** Patienter med svåra metaboliska störningar, med abnormt liten muskelmassa, med instabil diabetes mellitus och prematura barn kan påverkas av pivalinsyrans karnitinsänkning liksom även patienter med valproatbehandling. För övrig produktinformation se [www.fass.se](http://www.fass.se).

Ref:

1. Sullivan A, Edlund C, Svenungsson B, Emtestam L, Nord CE. Effect of perorally administered pivmecillinam on the normal oropharyngeal, intestinal and skin microflora. J Chemother 2001;13(3):299-308.
2. Kahlmeter G. An International survey of the antimicrobial susceptibility of pathogens from uncomplicated urinary tract infections: the ECO.SENS project. J antimicrob Chemother 2003;51:69-76.



**SELEXID®**  
pivmecillinam

>> belblind-studie, lyckades man hålla grupperna relativt "rena" – 87 procent i statingruppen stod kvar på behandlingen och endast 9 procent i placebogrupperna använde statiner efter 3,3 år. Skillnaderna i kolesterolvärden mellan grupperna avspeglar att man i ASCOT-LLA lyckades hålla grupperna åtskilda. Bortfallet var marginellt – cirka en procent.

Resultaten redovisas som intention-to-treat, vilket bättre avspeglar den kliniska beslutssituationen än on-treatment-analys. En allvarlig brist i redovisningen är att endast relativa riskreduktioner redovisas. Eftersom intrycket av studien varierar så starkt om resultaten redovisas som relativa eller absoluta riskreduktioner borde båda sätten ha angivits och diskuterats. Detta påpekas också i en kritisk ledarkommentar i Lancet i anslutning till redovisningen [4].

#### TOLKNING

Trots att patienterna skulle ha tre riskfaktorer förutom hypertoni var det en grupp med relativt låg risk som undersöktes i ASCOT-LLA. En av riskfaktorerna – hypertoni – var väl kontrollerad i båda grupperna. Övriga riskfaktorer var ganska "mjuka"; manligt kön och ålder över 54 år var de som dominerade. Att det var en population med relativt låg kardiovaskulär risk kan man notera genom att endast 1,6 procent i placebogrupperna drabbades av kardiovaskulär död under 3,3 år i ASCOT-LLA.

Det kan jämföras med den population som undersöktes i Heart Protection Study [5] där motsvarande siffra för placebogrupperna var 9,1 procent under fem år. Här ligger förklaringen till att nyttan av atorvastatinbehandling var så låg i absoluta tal, trots att den relativa riskreduktionen på 36 procent var i samma storleksordning som i andra studier med statiner.

ASCOT-LLA var en primärpreventiv studie (genomgången hjärtinfarkt och angina pectoris var exklusionskriterier) och kan närmast jämföras med de andra primärpreventiva studier med statiner som genomförts, WOSCOPS [6] och TEXCAPS/AF-CAPS [7]. Även i dessa är den absoluta riskreduktionen så liten (0,45 resp 0,38 per 100 patientår) att vinsterna med statinbehandling inte kan motiveras i ett samhälle med begränsade resurser. Det finns rimligen en del av populationen i ASCOT-LLA, som har högre risk, till exempel patienter med hypertoni och typ 2-diabetes. Det är därför förvånande att diabetikerna i ASCOT-LLA inte hade signifikant effekt av atorvastatin.

Det är också värt att notera att någon nytta av atorvastatin inte kunde påvisas för kvinnorna i studien. Antalet dödliga och icke-dödliga hjärtinfarkter var faktiskt fler för kvinnor i atorvastatingruppen jämfört med placebogrupperna [19 resp 17]. Eftersom manligt kön var en riskfaktor som kvalificerade för inklusion i studien var dock kvinnor underrepresenterade

de i studien. Med facit i hand kan man beklaga att studien avbröts i förtid och lämnar dessa frågetecken för diabetiker och kvinnor.

Eftersom den relativa riskreduktionen var i samma storleksordning som vid studier med andra statiner kan man tills vidare anta att atorvastatin har liknande gynnsam effekt på kardiovaskulär sjukdom som dessa, men uppföljningstiden i ASCOT-LLA är för kort för att atorvastatin ska kunna jämföras med simvastatin och pravastatin vad gäller säkerhetsfrågor. Jämförande studier mellan atorvastatin och andra statiner pågår för patienter med högre risk.

#### RISKVÄRDERING

Riskvärdering är svår – antagligen ännu svårare för våra patienter än för oss. Tillförlitliga instrument för att värdera kardiovaskulär risk hos oss saknas idag – de som hittills använts har byggts på data från Framinghamstudien och man kan med fog ifrågasätta hur rättvisande de är. Under det kommande året kommer ett nytt europeiskt, lättanvänt riskvärderingsinstrument att lanceras – SCORE-card – som bygger på data från 12 europeiska kohortstudier omfattande drygt 200 000 individer (över tre miljoner personår). Förhoppningsvis kommer det att göra kardiovaskulär riskvärdering säkrare och enklare.

I ASCOT ingår många svenska primärvårdspatienter. För de patienter som år 2002 fick avsluta sin placebo- eller atorvastatinbehandling har frågan uppkommit om nu alla ska behandlas med atorvastatin när studien visat en 36-procentig riskminskning. Ett pedagogiskt sätt att förklara för den genomsnittlige ASCOT-patienten vad det innebär kan vara följande: "Om du inte använder atorvastatin, så är din chans att slippa få en hjärtinfarkt de närmaste 3,3 åren 97 procent. Om Du däremot använder atorvastatin i 3,3 år till en kostnad av 10 700 kr förbättras din chans till 98,1 procent."

SFAM.L (läkemedelsrådet) genom Jan Håkansson. Krokoms hälsocentral jan.hakansson@jll.se

Anders Hernborg, informationsläkare  
Läkemedelskommittén i Halland

Referenser kan fås från författarna.

**Tabell 1**

ASCOT-LLA-studiens huvudresultat, samt "numbers needed to treat" (NNT) med atorvastatin 10 mg/dag jämfört med placebo för att undvika en händelse (oftast en hjärtinfarkt). Aktuell årskostnad för behandlingen är drygt 3 241 kr (enligt priser i FASS år 2003). (Tabellen är konstruerad av professor Paul Hjerdahl och återgiven med hans tillstånd)

|                                            | Atorvastatin<br>(händelser per 100 patientår) | Placebo<br>(händelser per 100 patientår) | RRR<br>(%) | ARR<br>(%/år) | NNT<br>(1 år) |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|------------|---------------|---------------|
| <b>Primär endpoint*</b><br>(inkl. tyst MI) | 0,60                                          | 0,94                                     | 36         | 0,34          | 294           |
| <b>Sekundära endpoints</b>                 |                                               |                                          |            |               |               |
| Död oavsett orsak                          | 1,11                                          | 1,28                                     | 13 (n.s.)  | 0,17          | –             |
| Kardiovaskulär död                         | 0,44                                          | 0,49                                     | 10 (n.s.)  | 0,05          | –             |
| Stroke, alla**                             | 0,54                                          | 0,74                                     | 27         | 0,20          | 500           |
| Hjärtsvikt, alla**                         | 0,25                                          | 0,22                                     | -13        | -0,03         | –             |
| <b>Tertiära endpoints</b>                  |                                               |                                          |            |               |               |
| Instabil angina                            | 0,13                                          | 0,14                                     | 13 (n.s.)  | 0,01          | –             |
| Stabil angina                              | 0,20                                          | 0,34                                     | 41         | 0,14          | 714           |
| Ny diabetes                                | 0,94                                          | 0,82                                     | -15 (n.s.) | -0,12         | –             |
| Njurfunktionsnedsättning                   | 0,19                                          | 0,14                                     | -29 (n.s.) | -0,05         | –             |

RRR = relativ riskreduktion; ARR = absolut riskreduktion (per år); MI = hjärtinfarkt, n.s. = inte signifikant (NNT inte beräknat), \* primär endpoint var kardiovaskulär död + symptomatisk och tyst icke-fatal hjärtinfarkt  
\*\* fatal och icke-fatal





# Brutna löften

är bara en av biverkningarna vid migrän

NYCOMED

08-731 28 00

 Almirall

Att ha migrän kan vara ett helvete. Utöver huvudvärk, illamående och ökad ljus- och ljudkänslighet upplever många patienter en känsla av minskad frihet – för vissa är det värre än huvudvärken i sig. Almogran är en effektiv triptan av andra generationen med biverkningar i nivå med placebo<sup>(1-3)</sup>. Att få hjälp snabbt utan att störas av biverkningar är patientens önskan<sup>(4)</sup>.

 **Almogran®**  
almotriptan 12.5 mg

## Stoppa migränen – inte patienten

Almogran (almotriptan) är en triptan för akut behandling av migränhuvudvärk. Finns som tabletter 12,5 mg i förpackningsstorlekarna 3, 6 och 9.

Eftersom somnolens kan inträffa under en migränattack och har rapporterats som en biverkan till behandling med almotriptan, rekommenderas försiktighet hos patienter som utför krävande arbetsuppgifter. För övrig information se [www.FASS.se](http://www.FASS.se).  
Referenser: <sup>1</sup>Dodick DW, Headache 2002;42:21-27. <sup>2</sup>Dodick DW, Silberstein S, Dahlöf C, Headache 2002; Jan, 1-7. <sup>3</sup>Dowson AJ et al. Cephalalgia 2002;22(6):453-61. <sup>4</sup>Dahlöf C, Läkartidningen 1998; 95(48): 5175-5186.



## Atacand vid hypertoni – för ett aktivt liv

- *Effektiv blodtryckssänkning<sup>1</sup>*
- *Tydlig dos-respons<sup>2</sup>*
- *Lång effektduration – mer än ett dygn<sup>3</sup>*
- *Inte fler biverkningar än placebo<sup>4</sup>*

Atacand® är en AT<sub>1</sub>-receptorblockerare med indikationen hypertoni. Normal underhållsdos är 8–16 mg en gång per dag. Atacand® finns i styrkorna 4 mg, 8 mg och 16 mg. Behövs ytterligare blodtryckssänkning finns Atacand® Plus, en fast kombination av Atacand® 16 mg och ett diuretikum, hydroklortiazid 12,5 mg. För komplett information se FASS. Ref: 1. Himmelmann A et al. Blood Press 2001;10:43-51. 2. Elmfeldt D et al. J Hum Hypertens 1997;11(Suppl 2):S49-53. 3. Lacourcière Y, Asmar R. Am J Hypertens 1999;12(12):1181-7. 4. Belcher G et al. J Hum Hypertens 1997;11(Suppl 2):S85-9.

**Atacand®**  
candesartan cilexetil

Effektiv blodtryckssänkning

# Helsingfors överraskade positivt

Malin Gadd från Stockholm skulle hålla föredrag på sin första vetenskapliga konferens och reste därför mest pliktskyldigt och i spänd förväntan till 13:e Nordiska Kongressen i Allmänmedicin den 31 augusti till 3 september i Helsingfors.

För Annika Brorsson från Malmö var det också första gången men hon måste till en början övertala sig själv att åka.

Båda blev glatt överraskade av seminarieutbudet och alla kontakter de knöt med andra allmänläkare.

DD Efter tre år som ST-läkare i allmänmedicin med forskningsinriktning var det dags för min första vetenskapliga konferens. Temat för kongressen var "GP at the crossroads" eller "allmänläkaren invid ett vägval". Om det var mig och min kollega de anspelade på, i våra vägval att hitta rätt under en kylig morgonpromenad genom hamnhandel till kongresslokalen ut på Skatudden, vet jag inte ...

Efter att ha ögnat igenom kongressprogram och deltagarlista konstaterade vi att danska kongressdeltagare var i absolut majoritet, deltagare från värdlandet kom god tvåa och den svenska delegationen var hälften så stor som danskarnas. Relativt sett, var svenskarna i förhållande till danskar och finländare, klart underrepresenterade! "Varför?" kan man fråga sig. Är forskningen mer självklar för de danska distriktsläkarna? Är kongressdeltagande viktigare och lättare att komma iväg på för danskarna?

Under den första kongressdagen var jag mest bara nervös inför mitt eget föredrag som skulle hållas samma dag. Men efter den första inledande minuten var nervositeten som bortblåst och fortsättningen var mest bara rolig. Under frågestunden



En treklöver professorer i allmänmedicin: Johann Ag Sigurdsson (Island), Calle Bengtsson (Göteborg) och Birgitta Hovelius (Lund).

som följde efter mitt föredrag fick jag god träning i att förklara och svara min studie och dessutom intressanta synpunkter på mitt arbete.

Ett bestående intryck från kongressen i Helsingfors var att forskning verkar pågå i allra minsta lilla håla i Norden, allt från kvalitativa patientstudier till kvantitativ forskning. Förvånande men inspirerande! Många av deltagarna var betydligt äldre än vi och hade tidigare deltagit vid NKAs vid upprepade tillfällen. Så även Thorir Kolbeinnsson som mycket levande och inspirerande talade om utvecklingen av primärvård i de Nordiska länderna. Visitkort utböts och kontakter knöts.

Under hela kongressen försökte vi som representerade Allmänmedicin Stockholm, vid en monter mitt i kongresshallen, att ge information om och marknadsföra NKA 2005 i Stockholm. Många deltagare plockade åt sig information men få stannade för att delge sina synpunkter eller för att ställa frågor.

Hur man utifrån kongressarrangörsperspektiv slutligen ville förklara och beskriva att allmänläkaren i dag står inför ett vägval, har jag svårt att sammanfatta kort. Men att jag själv står inför ett vägval vet jag. Det är

tungt att som randutbildande ST-läkare behöva lockas av det mer statusbelagda arbetet som specialistläkare på ett universitetssjukhus, med en mindre ensam arbetssituation, få ständigt utbyte med mer erfarna kollegor, ha en (i jämförelse med distriktsläkarens tunga arbetsbelastning) lättsam arbetssituation och med forskning som inte ifrågasatts utan ses som en naturlig och självklar del av arbetet. Detta trots att jag in i märg och ben identifierar sig med "den blivande distriktsläkaren".

Jag har tidigare utmanats till att göra ett vägval, mellan det för mig tidigare självklara valet att bli distriktsläkare och sjukhusspecialist! Efter en nordisk kongress i allmänmedicin blir valet återigen enkelt! Jag tror att om fler distriktsläkare under sin randutbildning ges möjlighet att representera Sverige i exempelvis en nordisk kongress om allmänmedicin, så blir dels Sverige något bättre representerat i förhållande till övriga nordiska länder på kongressen. Men framför allt kanske fler blivande distriktsläkare vidmakthåller sitt beslut att bli distriktsläkare. Till slut!"

Malin Gadd, Allmänmedicin  
Stockholm/Karolinska Institutet  
malin.gadd@slpo.sll.se

&gt;&gt;



GlaxoSmithKline

Tel. 031- 67 09 00, [www.glaxosmithkline.se](http://www.glaxosmithkline.se)

mcbilde.se

Eller?

**Hepatit?**  
**Det är väl något som knarkare får?**

Många människor har ingen eller liten kunskap om gulsot och hur man kan få det. Till exempel att hepatit A och B är något man kan drabbas av på utlandsresan. Den allvarliga varianten hepatit B kan smitta via sexuella kontakter, piercing och tatueringar. Men även vid lokal sjukvård och akupunktur kan det finnas risk för smitta. Hepatit B leder i värsta fall till kronisk leverinflammation och levercancer. Gulsot finns i hela världen, även i Västeuropa.

### **Twinrix skyddar mot både hepatit A och B.**

Twinrix ger ett långtidsskydd mot både hepatit A och B. De två första doserna ska tas inom en månad. Den tredje och sista tas sex månader efter den första. Har du frågor eller vill beställa vaccin, kontakta RixvaccinService på tel 020-714 714.

*Twinrix*

Långtidsskyddet mot hepatit A och B.

>> ”Är det förenat med någon glädje eller nytta med att åka på nordiska kongresser? Dyrt blir det och tid tar det. Om de aktuella forskningsrönen och hur primärvården fungerar i grannländerna går det ju att läsa; i böcker och tidskrifter, på nätet med mera, med mera.

Ändå lyckades jag till sist förmå mig själv att delta i mitt livs första nordiska kongress.

Med inspirerande erfarenheter i bagaget från Helsingfors vill jag därför rekommendera fler allmänläkare att framöver delta i liknande arrangemang. Det handlar bara till en liten del om förmedling av faktakunskap även om denna kan vara nog så värdefull. Det som i stället inspirerar mest är att se och höra olika hur uppfattningar och erfarenheter kontrasterar mot varandra, att själv få delta i detta utbyte. Hemmablindhet motverkas samtidigt som en paus ifrån vardagen ger utrymme för reflexion.

Några konkreta exempel på detta vill jag nämna: Ett symposium om depressioner där det blev mycket tydligt att gränsen mellan normalitet

och patologi är godtycklig – farmakologisk behandling inte alltid det självklara.

En workshop som jämförde traditionerna när det gällde handläggning av akuta tillstånd visade också att det som är sant i Köpenhamn (amoxicillin som förstahandsmedel vid öroninflammation) är lögn och förbannad dikt i Malmö.

Det förekom många tankeväckande diskussioner på temat ”EBM – hjälp eller hinder?”. Själv skulle jag nog hellre tala om möjligheter och begränsningar.

Kongressen gav också rika möjligheter till att utbyta erfarenheter med kolleger från olika delar av Norden, såväl inom ramen för programmet

som informellt under pauser, luncher och kvällar.

Jag kunde jämföra min vardag med exempelvis en solopraktikers i Danmark som själv styr en hel del i sin vardag och har en mycket högre inkomst än svenska familjeläkare, men som också ägnar tid under jouren till att sätta KAD och väger och mäter själv på BHV. Eller med en hälsocentralchefs vardag i Helsingfors som för sin relativt modesta lön ansvarar för hela hemtjänsten och socialtjänsten i sitt distrikt och knappast hinner vara doktor själv.”

Annika Brorsson  
Sorgenfrimottagningen, Malmö  
annika.brorsson@skane.se

### FORTBILDNINGSSAMORDNARE och övriga FORTBILDNINGSSINTRESSERADE FAMILJELÄKARE

Välkomna till Västerås 4–5 februari

Tema: Strategiskt lärande  
med Kristin Prestegaard, Norge  
Fammi och Praktikertjänst sponsrar mötet.  
Därför behöver deltagare endast erlagga  
kostnad för logi.  
Resor ordnar och bekostar Du själv.

För mer info kontakta Sofia Tracz, e-post:  
sofia.tracz@ltvastmanland.se  
Anmälan gör Du till KursDoktorn,  
Monica Runnquist, senast den 19 december  
med namn, adress och telefon:  
e-post: monica.runnquist@vgregion.se  
telefon: 0501-62367

(ANNONS)

Välkommen till ...

# KursDoktorn

FORTBILDNING I FAMILJEMEDICIN

**ANMÄL DIG TILL VÅRENS KURSER  
SENAST DEN 16 JANUARI!**

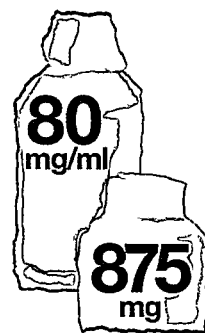
Se kurskatalogen på **www.kursdoktorn.nu**  
– ständigt uppdaterad med nya kurser och seminarier!

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN OCH FAMILJEMEDICINSKA INSTITUTET I SAMVERKAN



# NYHET!

## nu även i 2-dos



Mixtur och tabletter

# Spektramox<sup>®</sup>

(amoxicillin + clavulansyra)

## Ett effektivt penicillin

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

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

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

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

# 2-dos

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

Vid misstanke om mindre känsliga mikroorganismer kan Spektramox doseras tre gånger per dygn. För doserings-anvisningar se FASS.

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

## Livshistorieorienterad metodik

Titeln "Läkekonsens arbetsredskap" är högaktuell men underrubriken "Livshistorieorienterad metodik" täcker bättre innehållet.

Inom allmänmedicinen möter vi en växande skara av patienter med diffus, svårgreppbar, psykosocial problematik. De ökande sjuktalen är en sida av problemet. Som läkare är vi ofta handfallna, en del blir frustrerade och det händer att aggressionen går ut över patienten. Författaren, som förutom allmänläkare även är utbildad psykodynamisk terapeut, har utarbetat en behandlingsmodell under en tioårsperiod som socialläkare.

### Fyra teman

Tillsammans med patienten fokuseras livshistorien i *fyra olika teman: privata händelser, offentliga händelser, upplevelse av känslor samt medicinska uppgifter*. Det hela presenteras kronologiskt i telegramstil på en sida.

Metoden blir både utredning och led i behandlingen, den skapar både överblick och mening. Det diagnostiska tänkandet hamnar i bakgrunden och blir mindre viktigt. Arbetssättet illustreras på ett utmärkt sätt av nio patientfall. Jag är helt övertygad om att metoden skulle kunna användas som fördjupad anamnes av många, speciellt i fall där man kört fast och inte kommer vidare. Att dokumentationen inte passar för de flesta datorjournaler är ett



Ing-Marie Neve  
Läkekonsens arbetsredskap –  
livshistorieorienterad metodik  
Studentlitteratur  
Antal sidor: 166  
ISBN 91-44-02780-X  
Lund 2003

viktigt påpekande. Datorerna styr inte bara vårt sätt att arbeta utan även vårt tänkande.

### Samliv tabu

Personligen tycker jag att samliv och relationer borde ha ett eget tema, men det ingår kanske i privata händelser?

Av Balints böcker framgår tydligt att man inte lärt känna patienten om man inte vet svaret på två frågor: Hur ofta? Med vem? Ämnet är tabu i vården, vilket är paradoxalt med de översexualiserade medier som omger oss.

### Oklar disposition

Dispositionen är svår att bli klok på. Efter ett kort förord kommer en inledning som väl försöker foga samman de olika delarna till en helhet. I den kliniska delen beskrivs metoden och fallen presenteras med kommentarer. I den teoretiska delen framförs många intressanta ämnen och synpunkter men utan direkt samband med den beskrivna metoden.

Läkarförbundets etiska regler presenteras. Läkekonsens utveckling är fräscht beskriven i ett kort avsnitt. I "patient-läkarrelationen" berörs den så kallade aktörs-observatörsparadoxon, med psykoanalytiska hänvisningar. Perspektivet återkommer i kapitlet om modern affektteori med Tomkins nio basaffekter (förvåning/övertäckning, intresse/upphetsning, välbehag/glädje, rädsla/skräck, ledsnad/förtvivlan, ilska/raseri, skam/förödmjukelse samt avsky/avsmak). I periodiseringen av psykoanalysens inriktningar; driftteorin, jagpsykologin, objektrelationsteorin, självpsykologin och affektteorin ses den sistnämnda som moderast och mest utvecklad.

### Skuld och skam

Modern motivationsteori avhandlas mest med hänsyn till författarens ståndpunkt att många av de moderna diagnoserna är förbundna med skuld och skam. Dess ord är rikligt företrädde i sakregistret. Andra avsnitt tar upp "Självupplevd hälsa" och religionspsykologi. Innehållet sammanfattas ofta i slutet av varje kapitel, vilket leder till en del upprepningar. Författaren presenterar det ursprungliga tolvpunktsprogrammet (mest känt från Anonyma Alkoholister) där jag som sekulariserad tvivlare får problem. Jag kan inte heller se att det är en naturlig följd av metoden med fördjupad livshistoria. Överhuvudtaget tycker jag att författaren övervärderar kyrkans resurser och möjligheter. Ett snävt kristet perspektiv räcker inte heller för

att bemöta de många patienterna från andra kulturer och religioner. Det finns även korta avsnitt om Jungs mera aparta åsikter och om Freuds syn på judendomen. De är intressanta men jag har svårt att se hur de passar in i sammanhanget. Avsnittet om preventivt arbete betonar arbetslöshetens betydelse men är inte genomarbetat, rubriken täcker inte innehållet.

### Guldorn

I boken finns många tankvärda guldorn där jag vill nämna ett par. Att avstå från behandling (exempelvis i ett av fallen antidepressiv behandling) kan tvinga fram en ny copingstrategi och även insikt om nya djup i den egna personligheten.

Alexitymi-begreppet får en utförlig presentation enligt psykoanalytikern Robert Weinryb. I en fallbeskrivning nämns det omdiskuterade begreppet "Somatisering" som författaren menar endast får användas efter noggrann genomgång av psykosociala förhållanden.

### Kuratorer

Författaren argumenterar för att kuratorer bör anställas i primärvården. Det finns rapporter om lyckade exempel men jag har även sett avskräckande fall. Under min läkarbana har det funnits olika yrkesgrupper som velat in i primärvården med argument om hur vanliga symptom och problem är. Mitt argument är att vi i första hand bör ha generalister, allmänmedicinska läkare och distriktsköterskor. Erfarenheten

&gt;&gt;



>> är att vi inte får mer resurser oberoende av politiska ambitioner. Att då expandera och anställa nya personalkategorier tycker jag är fel, i första hand bör vi bemanna primärvården och avgränsa oss gentemot psykiatri och socialvård men i samverkan med dessa professioner.

Peter Olsson  
Jokkmokks Vårdcentral  
peter.olsson@nll.se

## Hemsjukvård

SFAM har en arbetsgrupp om hemsjukvård, som vi ser som en del av familjeläkarens arbete. En litteraturstudie med kommentarer om Familjeläkaren och hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende har genomförts som en del av underlaget till vårt policydokument om hemsjukvård. Båda dokumenten kan laddas ner från vår hemsida [www.sfam.nu](http://www.sfam.nu) under Opinion.

Elisabeth Svensson

## Uppslagsverk i injektionsteknik på cd

Roger Stadra är allmänmedicinare, huvudsakligen verksam inom ortopedmedicin både kliniskt och som kursledare. Med utgångspunkt från sina egna erfarenheter visar han grunderna för injektioner både av koksalt intrakutant, lokalanestesi- och kortison.

Kursen ligger på två cd för dator, vardera med cirka 45 minuters speltid, och kräver Windows Media-player 6.0 eller senare.

Mediet utnyttjas väl för att möjliggöra uppspelning av de avsnitt tittaren är mest intresserad av. Genom att Stadra presenterar sig själv och sin syn på medicinen blir instruktionsfilmen ett personligt



Injektionskonst – mer än teknik och anatomi.  
Copyright 2002 Stadra Medicus AB [www.stadra.se](http://www.stadra.se)  
Antal sidor: 2 cd för pc (inte för Macintosh)

dokument likaväl som en kurs i injektionsteknik.

Introduktionsavsnitten är väl grundläggande och långsamma. Huvudfokus ligger på injektionsförfarandet vid specifika

lokaliseringar eller diagnoser. Urvalet är adekvat för allmänmedicinsk vardagspraxis. För diagnoserna ges en kortfattad diagnostisk genomgång och för lokaliseringen anatomiska strukturer som man bör ta hänsyn till, men utan att göra anspråk på att vara kompletta. Tekniskt upprepas samma layout-tekniker lite för slentrianmässigt och filmen hade vunnit på att kortas och därigenom öka tempot.

Instruktionsfilmen rekommenderas att använda som underlag för diskussioner kring injektionstekniker utifrån ortopedmedicinsk utgångspunkt men jag är tveksam om den räcker för självstudier för den helt oerfarne.

Karin Ranstad  
redaktör

## Håll koll på den vaskulära statusen

Med termografi som verktyg kan Ni lokalisera:

- Tromboser
- Inflammationer
- Angiogenesi, mm.

Enkel metod - med Meditherm 2000 PRO

En mycket lönsam och kostnadseffektiv investering som ger nöjda patienter.



Hälsocentrum  
Tel. 0651-162 00  
[www.halsocentrum.nu](http://www.halsocentrum.nu)

## Årets bottennapp & lyckokast

SFAM.L utser enväldigt årets bottennapp respektive lyckokast, en gång om året. Det handlar om läkemedel som marknadsförs med särskilt dåliga respektive goda argument.

### Bottennapp

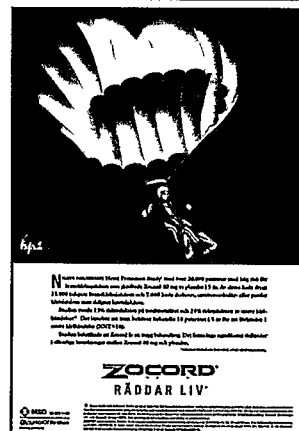
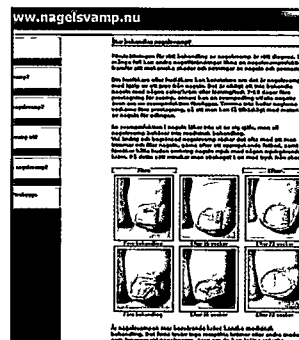
2003 års bottennapp har varit Novartis TV-kampanj "Nagelsvamp.nu".

SFAM.L-motivering: "Ett nytt offensivt steg har tagits av läkemedelsindustrin som börjat vända sig direkt till allmänheten. Novartis medikaliserar ett problem, som många människor inte varit medvetna om att de hade före tv-kampanjen. Företaget tänjer här gränserna för vad som är tillåtet i marknadsföring av läkemedel till allmänheten."

### Lyckokast

Årets lyckokast har varit Zocord.

SFAM.L-motivering: "Annonsern lyfter fram resultaten från den viktiga Heart Protection Study på ett slagkraftigt, men samtidigt sakligt och nyanserat sätt. Det är förtjänstfullt att både relativ risk och 'number needed to treat' anges."



## ***nabbt insättande effekt***

Remeron-S ger signifikant snabbare insättande antidepressiv effekt än sertralin dag 4, 7, 10 och 14. Det visar den första unikt designade prospektiva studie vars syfte var att jämföra tillslagstid mellan Remeron-S och ett SSRI-läkemedel<sup>1</sup>.

Remeron-S är en ny munlöslig tablett som kan tas såväl med som utan vatten och som dessutom är billigare än den tidigare Remerontabletten. Mer information finner du på [www.remeron-s.nu](http://www.remeron-s.nu)



# Psykiatrernas respons på SFAMs riktlinjer för samarbete psykiatri-primärvård

Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen ger här genom professor Hans Ågren ett genmäle till Hans Hallbergs och Bengt Mattssons policyförslag om riktlinjer för samarbete psykiatri – primärvård som publicerades i AllmänMedicin 2/03.

Familjeläkarna publicerade i mars 2003 riktlinjer för samarbete mellan psykiatri och primärvård (AllmänMedicin 2/03, sid 54-63). I projekteringen av detta arbete deltog vuxenpsykiatrer från Svenska Psykiatriska Föreningen i initiala diskussioner, men SFAM kom att hålla i pennan ensam. Resultatet har blivit i stora stycken lyckosamt – det mycket naturliga samspillet mellan generalister och specialistpsykiatrin framhävs och exemplifieras. Andemeningen i texten flyter utmärkt. Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) vill gratulera SFAM till ett bra jobb.

Vi vill dock ta upp några trådar till fortsatt allmän diskussion mellan grannar. Det rör väsentligen regler kring ömsesidiga tjänstgöringar, konsultationer, en gemensam terminologi, gemensamma diagnostiska system, riktlinjer kring vilka patienter som skall remitteras till specialistbedömning och fortsatt vård inom psykiatrins öppna och slutna vård, samt utbildningsfrågor.

Det är ett bra förslag att ST-läkare i psykiatri kan ha utbyte av en tid i primärvården, samtidigt som allmänläkare helst skall arbeta inom psykiatrin. Men efter AT-reformen har blivande allmänläkares tjänstgöring och erfarenhet av psykiatri ofta halverats. Tidigare gick FV-doktorer sex månader i den gamla ordningen. Nu är det sällan mer än tre månader. Men patienter med psykisk ohälsa är vanliga (och blir allt vanligare) och

många vill inte ha kontakt med psykiatrin. De måste då handläggas inom primärvården även om de kan vara svåra att diagnosticera och behandla. Psykiatrisk kompetens hos allmänläkarna eller hos psykiatrer som utbildar sig eller arbetar inom



allmänvården blir alltså allt viktigare i framtiden.

Konsultationsverksamhet är utomordentligt viktig. Psykiatrer bör inte bara ta emot remisser till sin egen mottagning utan också fysiskt finnas närvarande inom primärvården. Konsultation via brev eller samtal är alternativ till remittering. Med ett konsultativt arbetssätt kommer man ofta långt och kan undvika onödiga merarbeten. Dessutom är konsultationspsykiatri (C-L-psykiatri, Consultation-Liaison Psychiatry) en framväxande psykiatrisk subspecialitet som hittills varit verksam inom de stora sjukhusen med en aktiv psykiatrisk klinik. Denna filosofi passar lika bra inom primärvården.

Ordet psykosomatisk är problematiskt. Ordet lider av dualismen soma/psyke som också kommer fram i ett begrepp som samsjuklighet. Tudelningar såsom kropp och själ, somatogenes/endogenes och exogenes, biologi och psykologi, arv och miljö försöker man i dagens psykiatri rensa ut och ersätta med ett vetenskapligt interaktionistiskt syn-

sätt. Man är försiktig i alla diskussioner om orsak och verkan. Ordet *somatisering* passar egentligen bättre för sådana fysiska besvär som med stor sannolikhet har en psykisk bakgrund (ångest, depression, psykos, dissociation). Ordet psykosomatisk är historiskt belastat

– tänk bara på de "klassiska" psykosomatiska sjukdomarna magsår och astma som vi nu vet har en helt avgörande fysisk/somatisk bakgrund, även om de som så många andra medicinska problem är avtriggbara av påfrestningar i omgivningen. Om ordet syftar på det faktum att psykologiska omständigheter kan påverka somatiska symtom – är då inte så gott som *alla* sjukdomar psykosomatiska?

Ordet kan vara svårt att ersätta, men medvetenhet om svårigheterna är viktig att förmedla.

Personligheten har stor betydelse vid både kroppslig och psykisk ohälsa, kanske inte så mycket när det gäller att framkalla ohälsan, utan mer för vår förmåga att se mönstren i de symtom patienten lyfter fram. Allmänläkare framhåller ibland att de bättre väver in sin kännedom om patientens personlighet och vanor i den medicinska bedömningen. "Kontinuitet och långvarig kontakt inom allmänmedicinen ger ofta upphov till särskild individualsyn gentemot patienten". Vi tror inte att allmänläkarna är de enda som besjålas av denna ambition. Även psykiatrer, på alla nivåer, berömmar sig om att se övergripande och integrativt på sina patienter och ha god kontakt med exempelvis anhöriga och arbetskamrater. Modern psykoedukativ verksamhet och samarbete med patientföreningar bygger på detta.

Psykiatrisk diagnostik är en artefakt, brukar man säga – vi har ju själva kommit överens om vilka

symtom och tecken som skall bygga upp ett syndrom, och hur tidsförlopp skall definiera en sjukdom. De baseras på logiska operationella kriterier. Det finns inga "objektiva fynd" eller avvikelser i labbprover som "validerar" dessa diagnoser. De fungerar bra ändå.

Det är naturligtvis viktigt att alla läkare använder samma diagnostiska terminologi. Psykiatrins DSM- och ICD-system må verka onödigt komplicerade i en primärvårdsmiljö, men de är ändå viktiga och blir allt viktigare. Vi måste bli bättre på att särskilja psykisk sjuklighet från enklare omgivningsbetingade insufficiensstillstånd, inte minst för att bättre kunna rikta vår behandling med till exempel antidepressiva läkemedel. Hela debatten kring utbrändhet och utmattningssyndrom är ett annat exempel. Medicinska sjukskrivningar bör inriktas mot patienter med *bona fide* sjukdomar.

Vilka patienter bör familjeläkaren helt överlåta till psykiatern att sköta? SFAM och SPF har här samma uppfattning. Vad gäller exempelvis affektiva sjukdomsbilder skall till specia-

list remitteras fall med aktiva suicidtankar, fall som inte svarat eller bara delvis svarat på antidepressiv behandling, patienter med psykotiska symtom (hallucinationer och/eller vanföreställningar), alla bipolära patienter med hypomana eller maniska episoder i anamnesen, depression hos tonåringar, komorbiditet till annan psykisk sjukdom, samt patienter som utvecklar besvärande biverkningar av insatt behandling. Utmärkt!

Samarbete mellan företrädare för allmänmedicin, psykiatri och socialtjänst måste fungera på det lokala planet. Här finns sannerligen inga skilda meningar. Dessa tre poler har var sina styrkor och svagheter. Tillsammans kan de hjälpa patienter med psykisk sjukdom och långvariga funktionsnedsättningar på ett professionellt sätt. De måste lära av varandra och respektera varandra. Detta är naturligtvis en truism.

Det finns medicinskt-psykiatriska tillstånd som inte riktigt funnit sin hemvist i någon specialitet. Missbruksvård och handhavande av individer med personlighetsstörningar

hör hit. Ibland kommer dessa patienter till allmänläkare, ibland till psykiatrer, och ofta till kommunala inrättningar. Det gäller här framför allt att vara praktisk och se till den akuta situationen. När missbruk och annan psykiatrisk sjuklighet finns samtidigt blir det ett mer entydigt problem för specialistpsykiatrin.

Samarbetet mellan primärvård och psykiatri måste baseras på lokala förutsättningar, och i områden i Sverige med stora vakanser inom psykiatrin minskar möjligheterna till optimal vård. Det enda som med säkerhet kan sägas är att psykiatrin inte kan sköta och inte kommer att kunna sköta alla psykiatriska patienters behov och krav om den inte byggs ut kraftigt. Detta ter sig inte politiskt möjligt. Allmänläkare behövs som samarbetspartner för psykiatrin, liksom för alla andra specialiteter. Vi klarar oss inte utan varandra. Fördjupat samarbete och bättre kommunikation!

för Svenska Psykiatriska Föreningen  
Hans Ågren, ordförande  
med den övriga styrelsen



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

## 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 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 5/03. Pris: 75 kr (inklusive moms) + porto

Antal exemplar ☐

NAMN: \_\_\_\_\_

ADRESS: \_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER/ FAX/ E-ADRESS: \_\_\_\_\_

Skicka din beställning till SFAMs kansli, Fax: 08-20 03 35 eller e-posta till: [helene.sward@sfam.a.se](mailto:helene.sward@sfam.a.se)

## SFAMs lokalföreningar: Ordförande och kontaktpersoner

### NORRBOTTEN

Ordförande:  
Anna-Karin Fahlen  
tel 0920-719 11,  
tel 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 0660-898 30, fax 0660-898 03  
anders.lundqvist@lvn.se

### GÄVLEBORG

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

### DALARNA

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

### VÄRMLAND

Kontaktpersoner:  
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@orebro.ll.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  
tel 0176-156 57  
bengt.stegemo@pv.nlpo.sll.se

### 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@ltkalmars.se

### SÖDRA KALMAR LÄN

Ordförande:  
Ulla-Britt Andersson  
tel 0480-819 63  
ullaba@itkalmars.se

### 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

### 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, tel 040-42 80 70  
lars.falck@skane.se  
Christina Nilzén, tel 040-58 60 85  
christina.nilzen@skane.se  
Marie-Louise Remnéus  
tel 040/55 66 27,  
marie-louise.remneus@skane.se

### HALLAND

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

### STOR-GÖTEBORG

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

### NORRA BOHUSLÄN

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

### NORRA ÄLVSBORG

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

### SÖDRA ÄLVSBORG

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

Svensk  
förening för  
allmänmedicin  
(SFAM)  
t o m vecka 42 -03:

## Styrelsen

### Ordförande

Meta Wiborgh  
070-212 23 96  
bostad 0920-947 46  
meta.wiborgh@sfam.a.se

### Vice ordförande

Tommy Jönsson, 040-53 69 00  
jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se

### Facklig sekreterare

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

### Vetenskaplig sekreterare

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

### Skattmästare

Inger Bylén, 0730-41 04 59  
inger@lje.nu

### Övriga ledamöter

Gunnar Carlgren,  
Minicall: 0740-42 92 95  
gunnar.carlgren@lio.se

Annika Eklund-Grönberg,  
070-757 81 08  
annika.eklund-  
gronberg@telia.com

Eva Jaktlund, 0690-156 50  
eva.jaktlund@swipnet.se

Jan Sundquist, 073-966 12 26  
jan.sundquist@klinvet.ki.se

### Kansli

Heléne Swärd  
helene.sward@sfam.a.se  
(Se även redaktionsrutan)

### Tidningen

#### AllmänMedicin

Chefredaktör: Jan Stålhammar  
Redaktionssekreterare:  
Catarina Berggrén  
(Se även redaktionsrutan.)

**SFAMs råd**

**Fortbildningsrådet**  
Ordförande: Anders Lundqvist  
0660-898 33  
anders.lundqvist@lvn.se

**Informatikrådet**

Ordförande: Olle Staf  
070-680 46 79  
olle.staf@tkalmarseolle.staf@tkalmarse

**Läkemedelsterapirådet**

Jan Håkansson  
070-585 09 73  
jan.hakansson@jll.se

**Kvalitetsutvecklingsrådet**

Anders Lindman, 070-600 16 81  
anders.lindman@nll.se

**Kompetensvärderingsrådet**

Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

**Examenskansliet**

Ylva Johansson, 070-582 12 28  
ylva.johansson@lvn.se  
ylva.johansson@fammi.se

**STRådet**

Eva Jaktlund, 0690-156 50  
eva.jaktlund@swipnet.se

**Utbildningsrådet**

Jan-Eric Olsson, 070-484 55 32  
jelo@canit.se

**SFAMs nätverk****Allmänläkarkonsulter**

Sten Tyrberg  
sten.tyrberg@skane.se

**ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog)**

Robert Svartholm  
polarull.svartholm@telia.com

**Astma- och allergiintresserade allmänläkare**

Björn Stållberg, 0156-535 07  
bjorn.stallberg@nln.dli.se

**Balintgrupper**

Conny Svensson  
conny.svensson@beta.telenordia.se

**Diabetesnätverk**

Tomas Fritz  
08-718 73 00  
t.fritz@telia.com

**Diplomerade allmänläkare**

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

**Etiskt nätverk**

Ulf Måwe  
ulf@mawe.se

**Hemsjukvård**

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

**Kliniskt mentorskap**

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

**Nätverket för palliativ medicin**

Kontaktperson:  
Anne-Marie Gravgaard  
042-22 92 00

**Riskbruksnätverk**

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

**SFAM post.doc**

Kontaktperson:  
Margareta Söderström,  
margareta.soderstrom@allmed.gu.se

**Studierektorskollegiet**

Kontaktperson: Anna Källkvist  
anna.kallkvist@ks.se

**Transkulturell allmänmedicin**

Kontaktperson: Monica Löfvander,  
monica.lofvander@rinkeby.vss.sll.se

samt

**SFAMs fond för allmänmedicinsk forskning**

Kontaktperson:  
Johan Berglund, 070-844 74 94  
johan.berglund@ltblekinge.se

**Stiftelsen för allmänmedicin**

Ordförande: Jonas Sjögren,  
021-15 03 80

**2003****November****Välkommen på licentiat- och disputation föreläsningar!**

Höstterminen 2003 är det många som tar licentiat- eller doktors-examen vid Allmänmedicin Stockholm. Alla intresserade är välkomna att lyssna!  
**Licentiat:** 4/11 kl 13.00, sal 615, "Assessment of disorders in the neck-shoulder and low back region". Bo Christer Bertilson, distriktsläkare  
**Disputation:** Den 7/11 kl 9.00, sal 263, "General practitioners' decision-making on drug treatment of hypercholesterolaemia", Lars Backlund, distriktsläkare

**6th WONCA Rural Health Conference "Rural Health in a Changing World"**

Den 24-27/11,  
Santiago de Compostella, Spanien  
www.rural-wonca2003.net

**Riksstämman i Älvsjö, årets tema "Den äldre människan"**

Den 26-28/11, Stockholmsmässan  
www.ronden.se/svl/

**2004****Referensgruppen för antibiotikafrågor (RAF)**

**inbjuder till Antibiotikadag**  
Mötet vänder sig till antibiotika-ansvariga i läkemedelskommittéer och antibiotikaintresserade läkare i öppen- och slutenvård.  
Den 15/1, Arlanda SAS Radison, kongressalen, kl 09.30-16.30, avgift 625:- inkl moms, faktureras via Smittskyddsinstitutet efter dagens genomförande.  
Anmälan är bindande, senast 31/12 till fax 08-31 36 10. Referensgruppen för Antibiotikafrågor (RAF) och dess metodgrupp RAF-M utgör Svenska Läkaresällskapets och Smittskyddsinstitutets (SMI) expertgrupper i antibiotikafrågor. För mer information, se RAF:s hemsida www.srga.org.

**Fammis ST-dagar**

Den 22-24/1 2004 på Konsert & Kongress i Linköping,  
www.fammi.se

**Fortbildningsrådet i Västmanland inbjuder fortbildningssamordnare och andra intresserade till möte**

Den 4-5/2 Västerås  
**Temat:** Strategiskt lärande med Kristin Prestegaard, fastlege i Norge, som berättar om metoden "Strategiskt Lärande", som bildar tema för mötet. Läs artikel i Läkartidningen 18/2003 skriven av Kristin Prestegaard + kommentar.  
Kontaktperson Sofia Tracz: sofia.tracz@ltvastmanland.se  
Anmälan senast den 19/12 med namn, adress och telefon till KursDoktorn, Monica Runnquist, monica.runnquist@vgregion.se eller tel 0501-62367.

**EGRPW**

**"Cultural Themes and Illness in General Practice"**  
Den 13-16/5, 2004,  
Antwerpen, Belgien  
http://egprw.adimtravel.com/index2.html

**Kurs i konsultation och videohandledning**

Den 21-28/5,  
Kalymnos i Grekland.  
Anmälan senast den 31/1 2004.  
**Arrangör:** Danska allmänläkaren Jan-Helge Larsen med flera specialister i allmänmedicin  
jhl@dadlnet.dk eller  
www.fammi.se

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

Den 1-4/6 2004, Amsterdam,  
The Netherlands

**17th WONCA World Conference, USA 2004**

Den 13-17/10 2004,  
Orlando, Florida, USA  
www.wonca2004.org

**SFAMs höstmöte 2004**

Den 10-12/11, Lund

På grund av flyttningar och byten av telefonnummer kan felaktigheter finnas på listan – som lokalföreningarna uppmanas korrigera till nästa nummer av AllmänMedicin.

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

**Allmänmedicin Stockholm har ny hemsida!**

Besök gärna vår nya hemsida [www.allmanmedicin.nu](http://www.allmanmedicin.nu). Där hittar du information om våra seminarier, forskningsprojekt och kurser. Där hittar du även våra nätverksträffar om bl a kvinnors och barns hälsa, allmänmedicinsk psykiatri, rörelseorganens sjukdomar, medicinskt beslutsfattande och informatik, livsstil, diabetes och hjärts-kärlsjukdom.

Välkommen!  
Allmänmedicin Stockholm

## Ny medlem till höstmötet

Det var när **Mattias Pehrsson** på Ystad vårdcentral fått information om Höstmötet av sin handledare som han gick med i SFAM. (Mattias hade till i juni -03 varit inriktad på att bli kirurgspecialist.)

– Då gick det upp för mig att SFAM fanns. Sedan dess har jag bara hört trevliga saker om föreningen och tyckte det var en bra idé att anmäla mig till mötet i Stockholm. Jag var i synnerhet intresserad av att träffa äldre ST-läkare som skulle redovisa sina examensarbeten och ser även fram emot Famms ST-möte 2004!

(Mer om Höstmötet i *AllmänMedicin* 6/03!)



FOTO:AKADEMISKA/ROBERT BLOCHHORNEN

### Nya i SFAM

Andersson, Eva – Hammarö  
Brändström, Anna-Karin – Vännäs  
Christensen, Maud – Västerås  
Granholt, Thomas – Harestad  
Hagefjord, Reidar – Göteborg  
Hagwall, Anders – Örebro  
Hedstund, Frida – Lund  
Hormoz Younan, Sardroud – Angered  
Johnson, Åsa – Stockholm  
Karlsson, Maria – Ljungsbo

Liljedahl, Gunilla – Sigtuna  
Lindqvist, Olof – Lund  
Möller, Margareta – Hovås  
Omeragic, Snezana – Linköping  
Patel, Bragna – Hisings Kärä  
Pehrsson, Mattias – Ystad  
Randjelovic, Maria – Linköping  
Rosendahl, Helene – Eslöv  
Smutterberg, Eva – Stockholm  
Tufvesson, Magnus – Piteå  
Westberg, Tony – Fagersta  
Victor, Gunilla – Göteborg  
Wincent, Helena – Älvsjö

## Så sprider jag AllmänMedicin

Det finns faktiskt vårdcentraler och husläkarmottagningar som inte håller sig med specialitetens eget husorgan.

Ja, det finns till och med utbildningsenheter som inte bjuder sina adepter på den givna inkörsporten till allmänmedicinsk identitet. Nya utbildningsläkare, som ännu inte investerat i ett SFAM-medlemskap, riskerar därmed att hamna utanför många både väsentlig- och trevligheter. Ofta är det en ren miss. Då kan en liten "löpsedel" med smakprov ur strax kommande nummer, fungera som väckarklocka. Från redaktionssekreterarens pressmeddelande kopierar jag lätt över det som lockar direkt till mail som går till gruppernas utbildningsläkare respektive chefer i området. Med ett litet PM om vikten av att ha både ett eget exemplar av tidskriften hemma och ett "arbetsex" på mottagningen – förstås!

Anna Källkvist  
Studierektor, nordvästra Stockholm

## IPULS-katalog på nätet

IPULS lanserar under hösten 2003 läkarnas Utbildningskatalog på nätet. Målet är att den som söker efter kurser ska kunna använda katalogen med kvalitetsgranskade utbildningar vid planering av sin kompetensutveckling.



På [www.ipuls.se](http://www.ipuls.se) kommer det samlade utbudet av "varudeklarerade" utbildningar successivt att annonseras, såväl SK-kurser som vidare utbildningar med annan finansiering samt fortbildningar.

Granskningen genomförs av IPULS ämnesexperter, där samtliga specialiteter är företrädade, tillsammans med IPULS kansli. Till grund ligger fördefinierade kvalitetskriterier.

Under det kommande året läggs allt fler utbildningar in i systemet – på sikt samtliga kurser för vidare- och fortbildning.

Caroline Wendt Jönsson  
[cwjonsson@ipuls.se](mailto:cwjonsson@ipuls.se)

## Manusstopp!

Datum för manusstopp och planerade utgivningsveckor.

### UTGIVNINGSPLAN FÖR ALLMÄNMEICIN

| Nr   | Manusstopp | Utgivning |      |
|------|------------|-----------|------|
| 6/03 | 3/11       | 18/12     | v 51 |
| 1/04 | 2/1        | 12/2      | v 7  |
| 2/04 | 16/2       | 7/4       | v 15 |
| 3/04 | 18/4       | 3/6       | v 23 |
| 4/04 | 26/7       | 9/9       | v 37 |
| 5/04 | 14/9       | 21/10     | v 43 |

AllmänMedicin • tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

#### ANSVARIG UTGIVARE

Ingvar Krakau  
[ingvar.krakau@ks.se](mailto:ingvar.krakau@ks.se)

#### Chefredaktör

Jan Stålhammar, distriktsläkare,  
Eriksbergs vårdcentral, Uppsala  
tel 070-578 28 68  
[jan.stalhammar@pubcare.uu.se](mailto:jan.stalhammar@pubcare.uu.se)

#### Redaktör, webb

Tommy Jönsson, familjeläkare,  
Arlövs vårdcentral, Burlöv  
tel arbete: 040-53 69 00  
[jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se](mailto:jonsson.i.lomma@gamma.telenordia.se)

#### Redaktör, ST-material

Robert Kristiansson  
Östervåla FLE  
tel arbete: 0292-100 43  
Nås bäst via e-post angående  
ST-material till tidningen.  
[robert.kristiansson@tvastmanland.se](mailto:robert.kristiansson@tvastmanland.se)

#### Redaktör, kultur

Roland Morgell,  
distriktsläkare/företagsläkare  
Mariefrisk, Stockholm  
tel arbete: 08-738 29 70  
[roland.morgell@kvalita.se](mailto:roland.morgell@kvalita.se)

#### Redaktör, fortbildning

Karin Ranstad, distriktsläkare,  
Nättraby vårdcentral, Nättraby  
tel arbete: 0455-73 57 21  
[karin.ranstad@tblingle.se](mailto:karin.ranstad@tblingle.se)

#### Redaktör

Esterä Wernering, husläkare,  
Serafens vårdcentral, Stockholm  
Tel 070-672 40 33 (-00 växeln)  
[esterä.wernering@spo.sll.se](mailto:esterä.wernering@spo.sll.se)

#### REDAKTIONSSEKRETERARE

Catarina Berggrén  
(redaktionellt material och  
internannonser skickas hit)  
c/o Kapitel 2 text & form,  
Frejgatan 62, 113 26 Stockholm  
tel 08-34 47 91  
fax 08-30 11 12 /Att: Catarina  
[catarina@kapitel2.se](mailto:catarina@kapitel2.se)

#### Layout

Diana Reybekiel/Per Mellberg  
tel 08-32 69 93/08-34 38 54  
fax och adress enligt ovan  
Att: Diana  
[diana@kapitel2.se](mailto:diana@kapitel2.se)

#### Annonser

Bengtsson&Sundström  
Media AB  
Packhusgränd 6  
111 30 Stockholm  
Tel 08-10 39 20  
Fax 08-10 39 15  
[info@bs-media.se](mailto:info@bs-media.se)

Prenumerationsavgift:  
Den ingår i medlems-  
avgiften till SFAM.

Tidningen utkommer med  
sex nummer per år.

#### Tryck

Elanders Tofters, Östervåla  
Miljövänligt papper  
ISSN 0281-3513

#### SFAMs kansli

Heléne Swärd  
[helene.sward@sfam.a.se](mailto:helene.sward@sfam.a.se)  
Post och besöksadress:  
Skeppsbron 34  
111 30 Stockholm

Tel: vardagar kl 9–11.30  
08-23 24 05  
Fax: 08-20 03 35  
Hemsida  
[www.sfam.nu](http://www.sfam.nu)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM  
Postgiro: 65 59 74-4 Bankgiro: 5459-4866  
Organisationsnummer: 802 009-5397

# Vi har det du behöver



Medicinsk Röntgen är landets största privata röntgenföretag i öppen vård med nio avdelningar i Stockholm, två i Malmö och en i Västerås. Vi ansvarar också för granskning av mammografiscreening-bilder i Lund och Malmöområdet. Vi ingår i Proliva, ägd av Praktikertjänst, med verksamhet inom vård, skola och omsorg.



Vi investerar i digital bild-diagnostik och teleradiologi för att kunna erbjuda kostnadseffektiv diagnostik av högsta kvalitet. Under 2003 digitaliseras våra avdelningar för enklare bildhantering och säkrare kommunikation med remittenterna.

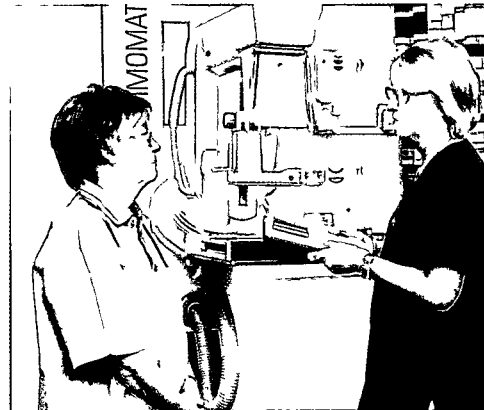


Vi erbjuder drop in-system för de flesta undersökningar och korta väntetider för både patient och remitterande läkare. Vi ger snabba svar och hos oss finns radiologer alltid tillgängliga för råd och diskussion med våra remittenter.



Tillsammans kan våra avdelningar erbjuda följande:

- allmän röntgen
- ultraljud
- mammografi
- datortomografi (DT)
- magnetkamera (MRT)
- bentäthetsmätning
- endoskopi



## AVDELNINGAR I STOCKHOLM

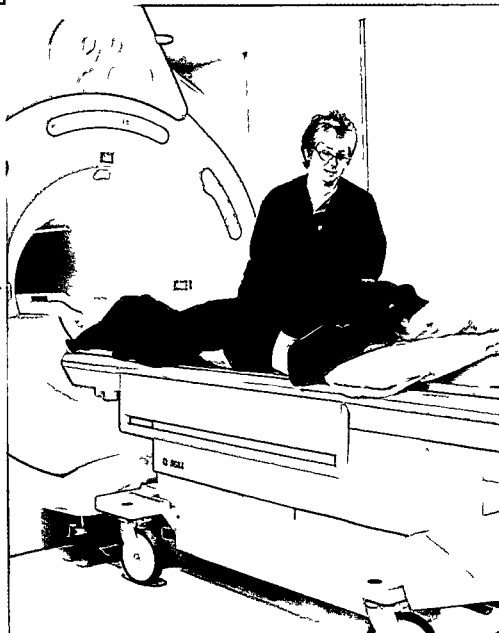
|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| CityVården            | 08-412 29 32  |
| Jakobsbergs sjukhus   | 08-587 321 75 |
| Liljeholmens Centrum  | 08-556 303 70 |
| Läkarhuset Farsta     | 08-683 42 50  |
| Läkarhuset Fruängen   | 08-97 72 42   |
| Läkarhuset Odenplan   | 08-587 101 26 |
| Läkarhuset Skärholmen | 08-449 57 82  |
| Läkarhuset Vällingby  | 08-687 77 20  |
| Löwenströmska sjukh.  | 08-587 332 75 |

## AVDELNINGAR I MALMÖ

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| Läkarhuset Ellenbogen  | 040-20 80 85 |
| Slottsstadens Läkarhus | 040-98 50 14 |

## AVDELNING I VÄSTERÅS

|           |              |
|-----------|--------------|
| Eriksborg | 021-15 71 60 |
|-----------|--------------|



Här får du mer information:

Ingemo Wallgren 08-402 09 52  
Susanna Isberg 08-402 09 55  
Lena Harning 08-402 09 56

E-post [kontoret@mrab.se](mailto:kontoret@mrab.se)  
Webbplats [www.mrab.se](http://www.mrab.se)

# Medicinsk Röntgen

Ingår i Proliva-koncernen





**Cabaser**  
CABERGOLIN  
24 timmars kontroll

För många patienter med Parkinson styr läkemedelsbehandlingen dagen. Att ständigt behöva tänka på klockan gör att man blir påmind om sin sjukdom. Det ger mindre tid över för annat.

Cabaser®(cabergolin) ger 24 timmars kontroll av motoriska symtom vid Parkinson och behöver bara doseras en gång om dagen.<sup>1</sup>

**Behandling med Cabaser är enkelt  
– ger mer tid över för annat.**

Ref: 1. Ahlskog JC, Muenther MD et al. Arch Neurol 1994; 51:1236-41.  
Tabletter 1, 2 och 4 mg. Indikation: Parkinsons sjukdom. Kombinationsterapi med L-dopa eller som monoterapi vid nydiagnostiserad sjukdom.

**Pfizer** PHARMACIA

Pharmacia Sverige AB. Box 501, 183 25 Täby.