Distriktsläkaren

För oss i primärvården

Nr 4 • 2018

Svenska Distriktsläkarföreningen

Kaffe och vin bra för kroppen?

Primärvård i norr • Vikten av god fysik

Distriktsläkaren

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse:
Marina Tuutma (ordf.),
Caroline Asplund, Ulrika Taléus,
Anders Larsson, Johnny Sternesjö,
Camilla Sandin Bergh,
Heiko Botman och Staffan Ahlkvist

Kansli:
Helena Grönbacke
Sveriges läkarförbund
Villagatan 5, Stockholm
E-post: helena.gronbacke@slf.se
tfn 08-790 33 91, fax 08-10 31 44

Adress:
Distriktsläkaren
Box 5610, 114 86 Stockholm

Redaktör:
Agneta Sikvall, (red. och ansv. utg.)
E-post: agneta.sikvall@gmail.com

Redaktionsråd:
Agneta Sikvall, Caroline Asplund,
Staffan Ahlkvist

Info på nätet:
DLF: https://slf.se/svenska-distriktslakarforeningen-dlf/

Facebook: https://www.facebook.com/Distriktslakarforeningen

Tidningen m.m.:
www.distriktslakaren.se

Produktion:
Mediahuset i Göteborg AB

Kontakta redaktionen:
dl@mediahuset.se

Annonser:
Helen Semmelhofer
helen@mediahuset.se

Layout:
Annika Cederlund
annika@mediahuset.se

Tryck:
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Distriktsläkaren utkommer med 5 nr/år
ISSN 0283–9830 (Print)
ISSN 2001-810X (Online)

Innehåll:

Ledare 5

Nytt från styrelsen 6

Kaffe är numera gott och nyttigt på nästan alla vis 9

Mer övervikt hos barn när mamma druckit kaffe som gravid 12

Presentation av läsvärdesundersökningen från nr 1-2018 14

”Jag lever min distriktsläkardröm” 17

Är det verkligen bra att dricka vin varje dag 21

Fadderlista 2018 28

Efter ”Flippen” – nu startar pilotprojektet segmentering 29

Sök medel i DLFs Samfond 32

Referat nordisk konferens 33

”Primärvården har inte tid att vänta på lagstiftning och nationella reformer” 35

Stark koppling mellan kondition i medelåldern och risk för demens i hög ålder 38

Redaktör emeritus har ordet 41

Bokrecension:
Säker vård – Att förebygga skador och felhandlingar inom vård och omsorg 42

Bokrecension:
När skyddsnäten brister – Lärdomar från patientförsäkringen 45

DLFs styrelse 2018 46

Omslagsbild:
Adobe Stock

Annons

God och nära vård

Läkarförbundet har bett om våra åsikter inför ett remissvar på utredningens andra delbetänkande, men vi kommer även att skicka in ett eget svar. Här kommer ett litet redigerat utdrag och det fullständiga svaret kommer att ligga på vår hemsida. *Kursiverad text är kommentarer av mig.*

Övergripande synpunkter

DLF är glada över att primärvården lyfts fram och står i fokus i Anna Nergårdhs delbetänkande. Viktigt är att kontinuitet lyfts fram som ett kvalitetsmått samt att listning på fast läkare och listningstak diskuteras. Vi saknar dock konkreta förslag på hur övergången till en God och nära vård ska gå till. Det saknas flera viktiga aspekter i den så kallade primärvårdsreformen. Dels vill vi se tydligare övergångslösningar när det gäller den bristande kompetensförsörjningen inom primärvården samt en nationell finansieringsprincip som kan möjliggöra en jämlik sjukvård. DLF anser även att ett listningstak både på enskild ansvarig läkare samt på varje vårdcentral/hälsocentral är ett krav för att den goda nära vården ska kunna upprätthålla en patientsäker och kostnadseffektiv vård med kontinuitet i fokus. Ansvaret för detta bör åligga sjukvårdshuvudmannen. *Listning på läkare, listningstak och en nationell primärvårdsreform är det viktigaste.*

DLF är positiva till ökad forskning i primärvården samt till kvalitetsregister och rapportering så länge detta kan ske enkelt i befintliga IT-system. Vi saknar dock tydligare riktlinjer när det gäller fortbildning. *Fortbildning måste vi ha.*

Synpunkter angående kontinuitet och listning

Delbetänkandet, liksom den tidigare utredningen ”Effektiv vård”, konstaterar att nuvarande brist på kontinuitet mellan läkare och patienter är ett stort problem i svensk sjukvård. Vi stöder listning på läkare då detta gynnar kontinuiteten. Listningen bör vara på just läkare vilka får anses ha den medicinska kompetens som de flesta kan behöva genom livet. Interprofessionellt samarbete gynnas av tydlighet kring vem som är ansvarig läkare.

En avgörande förutsättning för att fast listning skall vara hållbar är att listan är blandad och avgränsad. Att endast lista vissa åldersgrupper eller diagnoser (t.ex. äldre eller kroniker) är inte hållbart. Med en fast blandad och avgränsad lista finns stora potentiella vinster utifrån patientperspektiv, ekonomi, arbetsmiljö och rekrytering. Det gynnar även arbetsmiljön för andra yrkeskategorier. *Jag har varit kontinuerlig de senaste 19 åren. Det underlättar.*

Synpunkter angående specialistkompetens

Delbetänkandet konstaterar att den naturliga kompetensen i primärvården utgörs av specialist i allmänmedicin. Med tanke på den aktuella bristen på specialister i allmänmedicin stöder vi förslaget om en statlig satsning på fler specialiseringstjänster i allmänmedicin.

Specialister i barn- och ungdomsmedicin och geriatrik tas upp i delbetänkandet. De, liksom andra sjukhusspecialister, kan vara en värdefull del i den nära vården för att ta emot ett, av allmänspecialister, filtrerat patientunderlag. *Geriatriker och barnläkare får ses som generalister för sin åldersgrupp.*

Synpunkter angående intyg

Det bör förtydligas att det ska göras en översyn av all information som inhämtas via medicinska utlåtanden eller intyg. Information och en del av intygandet skulle kunna lämnas över till individen själv nu när patienten äger sin egen journal. DLF anser det nödvändigt med en genomgång av aktuell lagstiftning om krav på läkarintyg hos myndigheter. *En önskedröm som skulle förenkla vår tillvaro.*

Kompetensförsörjningen

DLF vill påpeka att utredningens resonemang om kompetensförsörjningen brister. Det ökade behovet av nya specialister i allmänmedicin är högre än det utredningen påstår.

Sedan snart 40 år tillbaka vet vi av erfarenhet att av antalet nya specialister i allmänmedicin kommer mellan 25–30 procent att ägna sig åt verksamhet utanför primärvården. Det saknas också en analys över hur utredningen förhållit sig till det faktum att specialister i allmänmedicin arbetar i genomsnitt 80 procent. Detta får givetvis konsekvenser för hur många nya specialister i allmänmedicin som vi behöver utbilda framgent. *Vi får väl ändå hoppas att det kan bli bättre om vi blir fler, arbetsmiljön förbättras och belastningen minskar. Man vill kanske stanna kvar i vårt roliga jobb.*

Ja, ja, utredandet fortsätter och vi får verkligen hoppas att det ger resultat. En lite deprimerande tanke som Anna Nergårdh framfört är att omställningen och förbättringen sannolikt tar många år. Vi som arbetar i den underbemannade, underfinansierade och tunga primärvården vet att det är dags nu.

Caroline Asplund
Kassör i DLF

Nytt från styrelsen

Valet 2018, vilken rysare! Regeringsbilden är fortfarande oklar i skrivande stund och det känns som vi går en osäker politik till mötes med tanke på bristen av majoritet. Det gör att vi i DLF fortsatt måste bedriva politiskt påverkansarbete på bred front. Det är dock glädjande att sjukvården fått så stort fokus under valåret. Flera partier har visionen om en stärkt primärvård och några har konkret uttalat önskemål om fast läkarkontakt.

Politik och påverkansarbete

DLF har precis i dagarna skickat in remissvar gällande en sexårig läkarutbildning. Vi välkomnar en förlängd läkarutbildning där godkänd läkarexamen ger behörighet att ansöka om läkarlegitimation. Målet är att läkaren efter läkarexamen skall kunna arbeta självständigt vilket innebär att flera av de kompetenser den examinerade läkaren idag inhämtar under allmäntjänstgöringen skall integreras i den kommande grundutbildningen. Då primärvården skall utgöra basen i den framtida sjukvården betonar DLF allmänmedicinens centrala plats i den kommande läkarutbildningen samt att en stor del av den verksamhetsförlagda utbildningen bör ske i primärvården. Detta utgör i sin tur en stor utmaning då det i primärvården idag på många håll i landet råder brist på handledarutbildade specialister i allmänmedicin. Vi anser därför att resurser behöver skjutas till för rekrytering och utbildning av fler handledare med allmänmedicinsk kompetens.

Styrelsen är också mitt i arbetet att formulera ett remissvar till Anna Nergårdhs andra delbetänkande *”Samordnad utveckling för god och nära vård”*. Gå gärna in på hemsidan och läs det slutgiltiga svaret.

Styrelsen försöker även aktivt att etablera och bevara kontakter med andra yrkes- , specialitets- och intresseföreningar. Vi har bland andra pågående kontakter med Sjukhusläkarna, SFAM, Svenska distriktssköterskeföreningen, Sveriges företagshälsor, PRO och Funktionsrätt Sverige. Vi har samsyn i flera frågor och genom samarbete blir vi starkare och får lättare att påverka. Nu inväntar vi vem som blir Sveriges nya socialminister samt sjukvårdsminister för att sedan bjuda in oss själva för diskussion om den framtida svenska sjukvården med primärvården som bas. Vi kommer självklart även söka kontakt med ansvariga för hälso- och sjukvårdsfrågor i varje enskilt politiskt parti.

Fredrik Lennartsson blir ny chef för avdelningen för vård och omsorg på SKL i slutet av oktober efter att Hans Karlsson lämnar sin tjänst. Fredrik kommer närmast från tjänsten som hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Skåne och har tidigare varit chef och generaldirektör för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt departementsråd på Socialdepartementet. DLF planerar att så fort han tillträtt sin tjänst återuppta kontakten med SKL.

Nordiskt samarbete

Läs gärna det korta referatet längre in i tidningen från det Nordiska mötet i Helsingör där Marina Tuutma och undertecknad representerade DLF. Det var inspirerande att möta kollegor från de andra nordiska länderna och inte helt oväntat att bristen på specialister i allmänmedicin och ökad arbetsbörda var ett gemensamt problem.

Det var allt för nu. Glöm inte att följa oss på sociala medier, vi finns både på twitter och facebook!

Ulrika Taléus
Sekreterare

Manusstopp till nummer 5 är 14 november.

Glöm inte skicka in ditt material (text och högupplösta bilder) i god tid till redaktören:

agneta.sikvall@gmail.com

Annons

Annons

Annons

Kaffe är numera gott och nyttigt på nästan alla vis

Man tror att kaffedrickandet började i nordöstra Afrika och att det sedan spreds över Mellanöstern under 1400-talet för att sedan nå Europa. Det berättas att det skall ha upptäckts att de röda (orostade) bären var något alldeles extra då en getherde vid namn Kaldi såg en lycklig get dansa runt en kaffebuske ätandes av dess bär.

Get som dricker gott kaffe, tecknat av Lovisa Nyström.

Kaffe har flera olika metabola och kardiovaskulära effekter som påvisats på människa. Försök på friska försökspersoner har visat att intag av kaffe kan öka frisättning av fettsyror från fettväven [1]. Detta är ett tecken på att energiomsättningen ökas. Koffein tar sig över blod-hjärn-barriären och i centrala nervsystemet har kaffe en stimulerande effekt på sympatiska nervsystemet. Därför verkar det också rimligt att åtminstone del av effekten, att kunna skydda mot fetma, bygger på effekter förmedlade via ökad aktivitet i sympatiska nervsystem som höjer metabolismen, energiförbrukningen [2]. Akuta effekter av kaffe och koffein inkluderar, tyvärr, därmed också blodtrycksstegring [3]. Men å andra sidan har man sett att koffein också kan öka fysisk prestationsförmåga när man inte tar i maximalt [4].

Kaffeeffekter

Mycket talar för att de akuta effekterna av kaffe skiljer sig från de långsiktiga. I en tämligen övertygande epidemiologisk undersökning av Greenberg och medarbetare visades just att det var kopplingen till minskad kroppsvikt som medförde minskad diabetesrisk [5]. Såväl intag av kaffe, och ämnet koffein verkar på kort sikt kunna öka blodsockret på människa, enligt flera undersökningar [5]. Det är möjligt att detta enbart följer om man samtidigt intar kolhydrater och kaffe, eftersom flera studier inte sett en sådan effekt om man dricker enbart kaffe utan samtidigt intag av kolhydrater. I en randomiserad studie av Battram och medarbetare fann man att koffein ökade glukos mer än vanligt malet kaffe och att koffeinfritt kaffe faktiskt fick blodglukos att sjunka [6]. Detta talar alltså för att det finns andra faktorer i kaffe än koffein som i sin tur kan ha blodsockersänkande effekter. En sådan tänkbar faktor är klorogensyra som ser ut att orsaka minskad hastighet för glukosupptaget i mag- och tarmkanalen. Kaffe innehåller också stora mängder magnesium som kan vara kopplat till minskad diabetesrisk. Magnesium har för övrigt i en del studier visats ha allehanda nyttiga effekter på hjärta, cirkulation och metabolism [7-9]. Magnesiumbrist, å andra sidan, kan framkalla både hypokalemi och hypokalcemi [10]. Kalium behövs för att frisätta insulinet från betacellerna i de Langherhanska öarna, så kaliumbrist kan ha betydelse för betacellsfunktionen (det är antagligen mekanismen för hur tiaziddiuretika kan ge förhöjt blodglukos) [11].

Kaffe blodtryck och hjärtat

Kaffeintag höjer alltså blodtrycket akut vilket är välkänt för alla blodtrycksintresserade och alla som kontrollerar blodtrycket hos läkare. För ett korrekt viloblodtryck skall kaffe undvikas innan blodtrycksmätningen, enligt rutin. Kaffe ger vasokonstriktion genom sin sympatikusstimulerande effekt. Turligt nog utvecklas åtminstone en viss tolerans för kaffets tryckhöjande effekt efter några dygn med regelbunden konsumtion [12]. Trots detta, så är kaffedrickande tydligt relaterat till minskad kardiovaskulär mortalitet och morbiditet, hos både män och kvinnor [13]. Och detta till trots att kaffekonsumtion kopplar till rökning, och sådana kopplingar är inte alltid lätta att korrigera bort i statistiken. Enligt en del metaanalyser finns det en dosberoende skyddande effekt upp till riktigt många koppar/dag. Men det mest samstämmiga

fyndet är att 3–4 koppar/dag verkar optimalt för en minskad kardiovaskulär risk. Särskilt anmärkningsvärt, avseende kardiovaskulära skyddseffekter, är att kaffe, om något, är kopplat till stegrade såväl LDL som triglyceridnivåer [14]. Det är också möjligt att det sänker HDL-kolesterol [14]. Men man får i detta sammanhang dra sig till minnes att vi inte mäter det farliga oxiderade LDL-kolesterolet, och kanske det minskas av kaffe?

Kaffe mot diabetes och kanske också cancer

I epidemiologiska undersökningar har högt intag av koffeinfritt kaffe också kopplats till minskad risk att utveckla diabetes [14]. Detta kan naturligtvis anses bevisa att det inte är nödvändigt med koffein för att få en skyddande effekt av kaffet man dricker. Men en invändning mot dessa epidemiologiska fynd skulle kunna vara att de som dricker koffeinfritt kaffe (som ju ofta innehåller en mindre mängd koffein trots allt) kanske är extrakänsliga för koffeinets olika farmakologiska effekter. Den främsta vägen att bryta ned koffein går genom enzymet CYP1A2 som dels kan induceras av många förekommande ämnen och läkemedel, och dels uppvisar genetisk variation i enzymatisk aktivitet [12, 14]. Det skulle alltså kunna vara så att de som dricker koffeinfritt kaffe ändå har en förhållandevis stark effekt av det koffein som trots allt finns i ”koffeinfritt” kaffe som kopplar till att de upplever bieffekter av vanligt kaffe. Bland kända förekommande induktorer av enzymet finner vi kaffe självt, vilket förklarar en del av tolerans effekter, men också rökning och läkemedlet propranolol. Vid graviditet, å andra sidan, sjunker den enzymatiska aktiviteten i cytokrom CYP1A2. Dessutom går koffein utan problem över i barnets blodomlopp. Dessa faktorer kan ha betydelse för att kaffeintag under graviditet är associerat med prematur förlossning, en av de få negativa kopplingar till stort intag av kaffe [12, 14]. Antagligen är det säkrast att inte dricka så mycket kaffe under graviditeten. Den koppling, som absolut ser negativ ut, mellan stort intag av kaffe och ökad risk för lungcancer som man funnit i en del studier, skulle kunna bero på att man i många undersökningar inte korrigerat för rökning, vilket hänger ihop med kaffeintag, och att det är rökningen som alltså ger upphov till lungcancern [14]. Annars är kaffeintag, jämfört med att inte dricka kaffe, kopplat till minskad förekomst av flera cancerformer, såsom kolorektal cancer och levercancer [14-16]. Även andra leversjukdomar, såsom leverförfettning och leverfibros är mindre ofta förekommande hos de som dricker kaffe [12, 14]. Experimentellt har man påvisat att kaffe kan hämma induktion av stellatceller och att det på människa minskar den hepatiska insulinresistens som kan framkallas av stort intag av fruktos [17]. Koffein har också en indirekt effekt, via adenosinreceptorer, på dopaminreceptorer [12]. Detta kan tänkas förklara att det verkar minska risken att utveckla Parkinsons sjukdom, enligt epidemiologiska undersökningar. Samma slags undersökningar talar också för ca 27% minskad utveckling av Alzheimers sjukdom [14].

Författarens egen espresso hjälper till med inspirationen

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering utreder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, gick igenom vetenskapliga rapporter om kaffe i samband med ”Mat vid fetma”-rapporten som kom ut 2013 (där undertecknad ingick i utredningsgruppen) [18]. Man lyfte bland annat fram de amerikanska studierna Nurses Health Study och Health Professionals Follow-Up Study där man undersökte relationerna mellan kaffeintag till viktförändringar under 12 år [19]. I subgruppen som hade fetma (BMI ≥30) vid studiestart visade kvinnor som ökat sitt kaffeintag mest, en mindre viktökning jämfört med de som minskat kaffekonsumtionen [20]. Skillnaden var rätt stor, cirka en halvering av viktökningen, eller uttryckt i vikt, 2 kg. I den stora amerikanska NIH-AARP Diet and Health Study analyserades den totala dödligheten i grupper med olika kaffekonsumtion under 14 år. En statistiskt säkerställd mindre risk observerades för alla större dödsorsaker utom för cancer [13]. Man fann också att vid högre BMI hade man större minskning av den relativa mortalitetsrisken än vid lägre BMI [13]. Sambandet mellan kaffekonsumtion och strokerisk har också studerats i en svensk mammografikohort för Västmanlands och Uppsala län. Man fann att vid BMI ≥30 var risken för hjärninfarkt lägre hos de som drack kaffe regelbundet än hos kvinnor som drack mindre än en kopp/dag [21]. I Nurses Health Study har man tillsammans med den närbesläktade Health Professionals Follow-up Study också studerat hur kaffeintag relaterar till risken att utveckla typ 2-diabetes. Hos deltagare med BMI >30 hade de med stort kaffeintag klart lägre risk att få diabetes än de som inte alls drack kaffe. Man fann också ett dosresponsförhållande med lägst risk hos kvinnor som drack 4–5 koppar kaffe/dag och hos män som drack ≥6 koppar/dag [22]. I en metaanalys som genomfördes av SBU fann man en oddskvot på 0,61 (95% konfidensintervall 0,41–0,92) vid jämförelse mellan de som drack mest med de som drack minst

kaffe [18]. SBU sammanfattar att ”det finns ett starkt vetenskapligt underlag för att hög kaffekonsumtion, också mycket hög konsumtion, är knuten till låg diabetesrisk”. Dessutom, att ”det finns också en begränsad evidensstyrka för att risken för totaldödlighet minskar”.

SBU sammanfattar också för personer utan fetma att ”I linje med våra observationer vid fetma visade en metaanalys som inkluderade 18 kohortstudier med sammanlagt 457 922 deltagare ur allmänna populationer ett tydligt dos–responsförhållande mellan ökat kaffeintag och lägre risk att utveckla diabetes [23]. En rad tänkbara mekanismer som skulle kunna ligga bakom sambandet har lanserats (och fått visst experimentellt stöd), däribland gynnsamma effekter av kaffe på insulinkänslighet och glukosomsättning.”

Konklusion, reflektion

När jag för länge sedan läste medicin varnade man snarare för att dricka kaffe då det bland annat ansågs öka risken för hjärtarytmier. Men på den tiden varnade man ju för alla möjliga stressorer och det var extra farligt om man var en typ A-person som därmed var lättstressad. Numera har man ju kopplat idén om riskerna till typ A-personlighet till ciggarrettproducenten Philip Morris som betalade för den forskningsrapporteringen [24]. Nyare studier har till och med visat på fördelar av typ A-beteende vid t.ex. typ 1-diabetes [25]. Så mycket har förändrats sedan 80-talet, man får inte alls förmaksflimmer av kaffe [26] och därmed behöver man inte alls stressas längre av tanken på den smakfulla farmakologiska koffein-sympatikuskicken som man får av gott kaffe.

Fredrik Nyström
Professor i internmedicin, Linköpings universitet

REFERENSER:

1. D.L. Costill, G.P. Dalsky, W.J. Fink, Effects of caffeine ingestion on metabolism and exercise performance, Med Sci Sports 10(3) (1978) 155-8.
2. A.G. Dulloo, C.A. Geissler, T. Horton, A. Collins, D.S. Miller, Normal caffeine consumption: influence on thermogenesis and daily energy expenditure in lean and postobese human volunteers, The American journal of clinical nutrition 49(1) (1989) 44-50.
3. E. Casiglia, S. Bongiovi, C.D. Paleari, S. Petucco, M. Boni, G. Colangeli, M. Penzo, A.C. Pessina, Haemodynamic effects of coffee and caffeine in normal volunteers: a placebo-controlled clinical study, Journal of internal medicine 229(6) (1991) 501-4.
4. T.E. Graham, Caffeine, coffee and ephedrine: impact on exercise performance and metabolism, Can J Appl Physiol 26 Suppl (2001) S103-19.
5. J.A. Greenberg, C.N. Boozer, A. Geliebter, Coffee, diabetes, and weight control, The American journal of clinical nutrition 84(4) (2006) 682-93.
6. D.S. Battram, R. Arthur, A. Weekes, T.E. Graham, The glucose intolerance induced by caffeinated coffee ingestion is less pronounced than that due to alkaloid caffeine in men, The Journal of nutrition 136(5) (2006) 1276-80.
7. M. Shechter, Magnesium and cardiovascular system, Magnes Res 23(2) (2010) 60-72.
8. L.C. Del Gobbo, F. Imamura, J.H. Wu, M.C. de Oliveira Otto, S.E. Chiuve, D. Mozaffarian, Circulating and dietary magnesium and risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies, The American journal of clinical nutrition 98(1) (2013) 160-73.
9. H. Verma, R. Garg, Effect of magnesium supplementation on type 2 diabetes associated cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis, J Hum Nutr Diet 30(5) (2017) 621-633.
10. G.M. Tong, R.K. Rude, Magnesium deficiency in critical illness, J Intensive Care Med 20(1) (2005) 3-17.
11. J.H. Helderman, D. Elahi, D.K. Andersen, G.S. Raizes, J.D. Tobin, D. Shocken, R. Andres, Prevention of the glucose intolerance of thiazide diuretics by maintenance of body potassium, Diabetes 32(2) (1983) 106-11.
12. A. Yang, A.A. Palmer, H. de Wit, Genetics of caffeine consumption and responses to caffeine, Psychopharmacology (Berl) 211(3) (2010) 245-57.
13. N.D. Freedman, Y. Park, C.C. Abnet, A.R. Hollenbeck, R. Sinha, Association of coffee drinking with total and cause-specific mortality, The New England journal of medicine 366(20) (2012) 1891-904.
14. R. Poole, O.J. Kennedy, P. Roderick, J.A. Fallowfield, P.C. Hayes, J. Parkes, Coffee consumption and health: umbrella review of meta-analyses of multiple health outcomes, Bmj 359 (2017) j5024.
15. A. Tavani, C. La Vecchia, Coffee, decaffeinated coffee, tea and cancer of the colon and rectum: a review of epidemiological studies, 1990-2003, Cancer Causes Control 15(8) (2004) 743-57.
16. J. Miranda, L. Monteiro, R. Albuquerque, J.J. Pacheco, Z. Khan, J. Lopez-Lopez, S. Warnakulasuryia, Coffee is protective against oral and pharyngeal cancer: A systematic review and meta-analysis, Med Oral Patol Oral Cir Bucal 22(5) (2017) e554-e561.
17. V. Lecoultre, G. Carrel, L. Egli, C. Binnert, A. Boss, E.L. MacMillan, R. Kreis, C. Boesch, C. Darimont, L. Tappy, Coffee consumption attenuates short-term fructose-induced liver insulin resistance in healthy men, The American journal of clinical nutrition 99(2) (2014) 268-75.
18. SBU, Mat vid fetma, http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mat-vid-fetma-/ (2013).
19. T. Wang, T. Huang, J.H. Kang, Y. Zheng, M.K. Jensen, J.L. Wiggs, L.R. Pasquale, C.S. Fuchs, H. Campos, E.B. Rimm, W.C. Willett, F.B. Hu, L. Qi, Habitual coffee consumption and genetic predisposition to obesity: gene-diet interaction analyses in three US prospective studies, BMC Med 15(1) (2017) 97.
20. E. Lopez-Garcia, R.M. van Dam, S. Rajpathak, W.C. Willett, J.E. Manson, F.B. Hu, Changes in caffeine intake and long-term weight change in men and women, The American journal of clinical nutrition 83(3) (2006) 674-80.
21. S.C. Larsson, J. Virtamo, A. Wolk, Coffee consumption and risk of stroke in women, Stroke 42(4) (2011) 908-12.
22. Y. Zhang, E.T. Lee, L.D. Cowan, R.R. Fabsitz, B.V. Howard, Coffee consumption and the incidence of type 2 diabetes in men and women with normal glucose tolerance: the Strong Heart Study, Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD 21(6) (2011) 418-23.
23. R. Huxley, C.M. Lee, F. Barzi, L. Timmermeister, S. Czernichow, V. Perkovic, D.E. Grobbee, D. Batty, M. Woodward, Coffee, decaffeinated coffee, and tea consumption in relation to incident type 2 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis, Archives of internal medicine 169(22) (2009) 2053-63.
24. M.P. Petticrew, K. Lee, M. McKee, Type A behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris's "crown jewel", Am J Public Health 102(11) (2012) 2018-25.
25. C.E. Fickley, C.E. Lloyd, T. Costacou, R.G. Miller, T.J. Orchard, Type A behavior and risk of all-cause mortality, CAD, and CAD-related mortality in a type 1 diabetic population: 22 years of follow-up in the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study, Diabetes care 36(10) (2013) 2974-80.
26. S.C. Larsson, N. Drca, M. Jensen-Urstad, A. Wolk, Coffee consumption is not associated with increased risk of atrial fibrillation: results from two prospective cohorts and a meta-analysis, BMC Med 13 (2015) 207.

Mer övervikt hos barn när mamma druckit kaffe som gravid

Även måttlig kaffekonsumtion under graviditet, en till två koppar om dagen, är relaterat till barnets risk för övervikt eller fetma i skolåldern, visar en studie publicerad i tidskriften BMJ Open. Det är inte klarlagt om koffeinet direkt orsakar övervikt, men kopplingen i sig gör att forskarna ändå manar till ökad försiktighet.

– Det kan finnas anledning att vara striktare än det som rekommenderas, max tre koppar kaffe om dagen. Koffein är ju inget medikament som man måste få i sig, säger Verena Sengpiel, docent inom obstetrik och gynekologi vid Sahlgrenska akademin och specialistläkare på universitetssjukhusets kvinnoklinik.

Det är forskare vid Sahlgrenska akademin som i samarbete med Folkehelseinstituttet i Norge studerat uppgifter om 50 943 gravida kvinnor i en av världens största hälsoundersökningar på gravida, den norska mor- och barnstudien MoBa.

Resultaten visar att barn till mammor som konsumerat koffein under graviditeten löper större risk att bli överviktiga i förskole- och skolåldern. Barnen har följts upp till åtta års ålder. Att övervikt under barnaåren har samband med övervikt och risken för kardiovaskulära sjukdomar och typ 2-diabetes senare i livet är känt sedan tidigare.

Många koffeinkällor

Vid exempelvis fem års ålder var andelen barn med övervikt och fetma mer än fem procentenheter högre i gruppen vars mammor legat på den högsta koffeinkonsumtionen i studien, jämfört med dem vars mammor hade lägst koffeinintag.

Sambandet mellan koffeinintag och risken för snabb tillväxt och övervikt eller fetma hos barnen kunde även ses hos kvinnor som följt gällande rekommendationer för gravida. Enligt svenska Livsmedelsverket bör gravida inte få i sig mer är 300 milligram koffein per dag, vilket motsvarar tre koppar kaffe (à 1,5 deciliter) eller sex muggar svart te (à 2 deciliter).

Resultaten i den aktuella studien stöds av åtminstone två tidigare studier, som dock omfattade betydligt färre personer, och färre koffeinkällor. Den här gången inkluderades både kaffe, te, choklad, energidrycker och annat.

Fostertiden viktig

– I Norden är det framför allt kaffe som spelar roll, medan kvinnor i exempelvis England får den största delen av sitt koffein via svart te. Ser man till gruppen yngre handlar det mer om energidrycker. Det är en styrka att vi har med olika källor i studien, och vi hittar ett liknande samband mellan intag av koffein från dessa olika källor och barnens tillväxt, säger Verena Sengpiel.

Generellt anses miljön under fostertiden vara viktig för hur gener slås av och på, och för programmering av metabolismen för resten av livet. Tidigare djurstudier där embryon i honans kropp exponerats för koffein har också följts av kraftigare tillväxt och kardiometabol sjukdom hos ungarna.

– Även om det behövs fler studier innan vi vet vad fynden verkligen betyder, så är koffein en substans som man kan välja att minska eller helt avstå ifrån under graviditeten, konstaterar Verena Sengpiel.

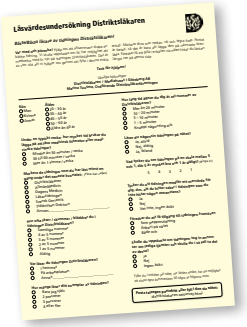
Källa: Göteborgs Universitet

Ref; Maternal caffeine intake during pregnancy and childhood growth and overweight: results from a large Norwegian prospective observational cohort study; **http://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e018895**

Annons

Läsvärdesundersökningen visar återigen:

Distriktsläkaren fortsätter att vara uppskattad!



Under våren 2018 skickade Mediahuset i Göteborg ABs redaktion ut en läsvärdesundersökning i samarbete med DLFs styrelse till samtliga läsare av tidningen Distriktsläkaren.

Resultatet visar att tidningen Distriktsläkaren fortsätter att vara uppskattad till mycket uppskattad. Totalt fick vi in 416 respondenter som tacksamt fyllde i enkäten i tidningen eller via nätet. Det var i princip ingen skillnad i ålder eller kön gällande svar, och de flesta (399) av 416 respondenter läste den i hemmet.

Totalt sett uppfattade läsarna tidningen som ett mervärde, dvs. att man finner information som man inte hittar någon annanstans (78,4%). Detta är ett högt värde för en läsvärdesundersökning. Medelvärdet för tidningen blev 3,7 (vasskala 1–5), jämfört med tidigare undersökning som var 3,64.

Trots att lästiden för en arbetsvecka är begränsad och utbudet fortfarande stort, så läser 89,4% tidningen i minst 10–20 min eller mer. Undersökningen visade också att 78,1% föredrar en papperstidning, 6% nätversionen och 14,9% väljer båda alternativen.

Sammanfattningen är att tidningen är uppskattad och att den fortsätter att vara ett mervärde för distriktsläkare i Sverige.

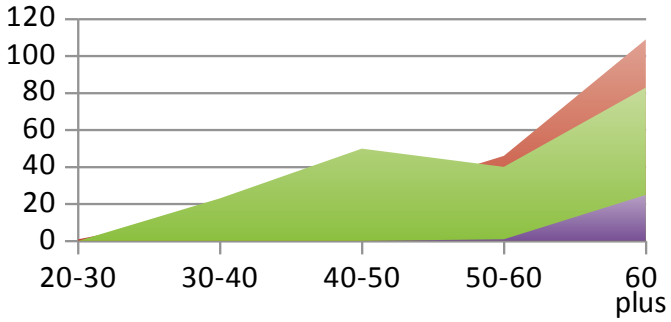
Redaktionen
Mediahuset i Göteborg AB

Antal som svarat; 418, varav 10 enkäter som ej var ifyllda

Läkare	Antal	%
Man	194	46,6
Kvinna	196	47,1
Annat	26	6,3
Totalt	**416**	**100,0**

Fördelning män/kvinnor/annat

Ålder	Män	Kvinnor	Annat
20-30	1	0	0
30-40	16	23	0
40-50	22	50	0
50-60	46	40	1
60 plus	109	83	25
Totalt	**194**	**196**	**26**



Var läser du primärt?

Plats	Antal
Hemmet	399
Arbetsplats	5
Ej svarat	12
Totalt	**416**

Övrigt utöver hemmet nämmndes också;
under resan till jobbet, tunnelbanan, på tåget, på bussen
det som känns relevant, tyvärr mkt som känns passè
båda alternativen

Hur föredrar du att få tillgång till tidningen framöver?

	Antal	%
Som pappertidning	325	78,1
Enbart på nätet	25	6
Både och	62	14,9
Ej svarat	4	1
Totalt	**416**	**100,0**

Skulle du uppskatta om tidningen tog in annonser om lediga tjänster, och skulle du då ta del av dessa?

	Antal	%
Ja	70	16,8
Nej	185	44,4
Ingen åsikt	142	34,2
Ej svarat	19	4,6
Totalt	**416**	**100,0**

Tidningar man läst minst en gång under den senaste tiden

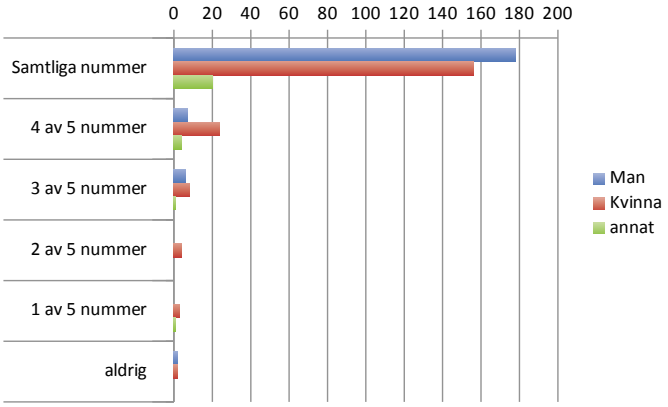
Tidningar	Man	Kvinna	Annat
Distriktsläkaren	194	196	26
Läkartidningen	190	184	18
Allmänmedicin	15	23	10
Svensk Geriatrik	22	14	4
Tidsskriften Doktorn	6	4	1
Övrigt	18	9	2

Uppskattningsvis hur många läser ditt exemplar av tidningen?

Antal personer	Annat
Bara jag själv	357
2 personer	52
3 personer	4
4 personer eller fler	3
Totalt	**416**

Hur ofta läser du/skummar/ bläddrar du i tidningen?

Antal nummer	Man	Kvinna	Annat	Antal
Samtliga nummer	178	156	20	**354**
4 av 5 nummer	7	24	4	**35**
3 av 5 nummer	6	8	1	**15**
2 av 5 nummer	0	4	0	**4**
1 av 5 nummer	0	3	1	**4**
aldrig	2	2		**4**
Total	**193**	**197**	**26**	**416**

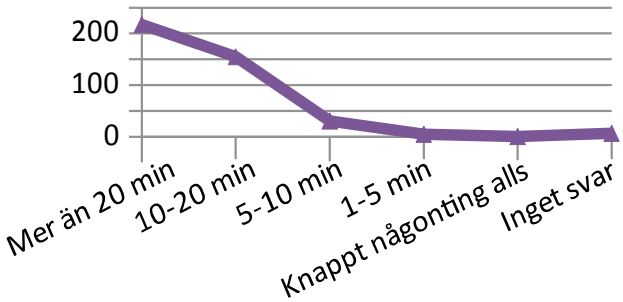


Läser du någonsin tidningen (Distriktsläkaren) på nätet?

	Antal
Nej, aldrig	372
Ja, ibland	37
Ja, alltid	3
Ej svarat	4
Total	**416**

Hur lång tid ägnar du dig åt ett nummer av Distriktsläkaren?

Antal minuter			Antal
Mer än 20 min			217
10-20 min			155
5-10 min			31
1-5 min			5
Knappt någonting alls			1
Inget svar			7
Totalt			**416**



Under en typisk vecka, hur mycket tid brukar du lägga på att läsa medicinsk litteratur eller medicinska tidningar?

Tid	Antal
Mer än 1 timma/vecka	118
30-60 min/vecka	223
Mindre än 30 min/vecka	72
Ej svarat	3
Totalt	**416**

Tycker du att tidningen medför ett mervärde för dig, dvs. att du hittar saker som du inte hittar någon annanstans?

Tid	Antal	%
Ja	326	78,6
Nej	35	8,6
Ingen åsikt	51	12,5
Ej svarat	4	0,3
Totalt	**416**	**100,0**

Vad tycker du om tidningen generellt?

	Antal	%
5	61	14,8
4	211	51,21
3	118	28,64
2	20	4,86
1	2	0,49
Ej svarat	4	
Totalt	**416**	**100**

Snittbetyg – max = 5 (beräknat på 412 svar)	**3,7**

Annons

”Jag lever min distriktsläkardröm”

Känslor av frustration och otillräcklighet fick Åsa Wramdemark att stanna upp och byta spår. Hon lämnade sitt uppdrag som distriktsläkare på en vårdcentral för en tjänst i Försvarsmakten.

I dag arbetar hon på Försvarshälsan på Göteborgs garnison och stortrivs med villkoren och det breda och varierade uppdraget.

Det råder sträng kontroll och bevakning innan besökare släpps in genom grindarna till Göteborgs garnison vid Käringberget. Väl inne öppnar sig ett stort grönområde som sträcker sig ned mot havet.

På garnisonen ryms ett flertal byggnader med enheter och förband och till vardags arbetar närmare 700 personer här. En av dem är Åsa Wramdemark.

– Jag har själv ingen militär utbildning. När jag skulle börja min tjänst var jag lite orolig över att jag som civil kvinna i en mansdominerad värld skulle bli ifrågasatt. Men det har jag inte alls blivit. Snarare upplever jag att det finns en styrka i att jag kan se saker med andra ögon. Det är också en fördel att mina patienter inte behöver fundera på om jag har en militär rang. Vi är en civil enhet och det ger en trygg och avslappnad stämning.

Försvarets företagshälsovård

Försvarshälsan kan enklast beskrivas som Försvarsmaktens interna företagshälsovård och har som uppdrag att erbjuda företagshälsovård till alla anställda.

Försvarshälsa finns på all stora regementen; totalt cirka 20 stycken i landet.

– Vårt uppdrag är även att erbjuda fri hälso- och sjukvård och vi är en slags vårdcentral för alla värnpliktiga. Vår tredje uppgift är att ha sjukvårdsberedskap för våra förband när de är ute och övar. När man bedömer att övningen medför hög risk för allvarlig skada, finns det alltid legitimerad sjukvårdspersonal med ute i fält.

Organisatoriskt sorterar Försvarshälsan under Försvarsmedicincentrum som bland annat består av ett kompetenscentrum med uppgift att utbilda och bedriva forskning inom försvarsmedicin (se faktaruta på sidan 19). Centret har ett nära samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska akademin.

– Vid centret sker mycket utbildning. Det kan handla om allt från att utbilda stridssjukvårdare till hur man bedriver kirurgi i fält.

Till centrumet hör också ett sjukhuskompani med ett komplett fältsjukhus där en rad olika specialiteter finns representerade, exempelvis kirurger och narkosläkare. Sammanlagt arbetar ett 20-tal läkare vid garnisonen, varav två är distriktsläkare.

– De flesta arbetar på vårt kompetenscentrum på Försvarsmedicinska enheten. Jag är ensam distriktsläkare på Försvarshälsan, men jag hoppas att vi kommer att behöva rekrytera fler då vi har fått ett utökat uppdrag i samband med att Sverige har infört allmän värnplikt.

På väg mot utmattning

Åsa Wramdemark blev färdig specialist i allmänmedicin 2012 och började sedan att arbeta på en vårdcentral i Mölndal. Valet av specialitet har hon aldrig ångrat och hon upplever att jobbet som distriktsläkare är både meningsfullt och spännande. Men känslorna av frustration och otillräcklighet växte sig med tiden allt starkare och innan hon gick över gränsen till utmattning stannade hon upp och valde en annan väg.

– Att vara distriktsläkare och arbeta på vårdcentral är fantastiskt, jag älskar bredden i uppdraget och möten med patienter. Men jag hamnade i ett läge där jobbet och livet i övrigt

Åsa Wramdemark utbildade sig till distriktsläkare och började jobba på en vårdcentral. Men när frustrationen och otillräckligheten växte sig för stark bytte hon arbete och började på Försvarshälsan i Göteborg istället.

tog så mycket energi att jag behövde stanna upp och få perspektiv på både mig själv och mitt arbete. Till slut kom jag fram till att jag var tvungen att göra något annat. Jag upplevde att jag inte räckte till för mina patienter och jag satt allt oftare med pappersarbete på kvällarna. Jag blev mer och mer frustrerad och sakta förlorade jag min arbetsglädje. Men jag kämpade ändå vidare.

Till slut sa familjen ifrån.

– Jag ville så gärna fortsätta och jag tänkte att jag skulle orka lite till. Och lite till. Men till slut sa min man och mina barn ifrån. De tyckte att jag sällan var glad och för det mesta trött. Jag valde då att säga upp mig från vårdcentralen.

Åsa Wramdemarks man, som är ortoped och arbetar som utbildningsläkare på Försvarsmedicincentrum, tipsade om att det fanns en ledig tjänst som specialist i allmänmedicin på Försvarshälsan.

– Egentligen hade jag tänkt att jag skulle ta tjänstledighet från vårdcentralen, återhämta mig och sedan gå tillbaka. Men så dök den här möjligheten upp och jag har inte ångrat mig. Jag trivs jättebra och tycker att jag har världens bästa jobb.

Den femte juni 2018 testades för första gången på mycket länge att utfärda hemvärnslarm. På en mobiliseringsplats i Göteborgstrakten ankom hemvärnssoldater som fått larm via telefon och sedan lämnat vad de haft för händerna för att byta om från civila kläder till grön uniform och rycka in på sin inställelseplats.
Foto: Hampus Hagstedt/Försvarsmakten

Gillar det breda uppdraget

Åsa Wramdemark möter mig i ”receptionen” till Försvarshälsan. Efter en flytt från en annan byggnad på området är lokalerna under ombyggnad och inte helt färdigställda.

– Det ska färdigställas en mottagning här som kan liknas vid en vårdcentral. Här är vi ett sammansvetsat team med läkare som har ett medicinskt ledningsuppdrag och det är jag, tre ambulanssjuksköterskor, psykolog, sjukgymnast/ergonom samt hälsopedagog. Vi har även en medicinsk sekreterare och tillgång till en arbetsmiljöingenjör som gör olika slags mätningar. Det kan handla om kemikaliehantering och ljud- och vibrationsmätningar.

Till mottagningen hör ett fullt utrustat akutrum med all den utrustning som vanligtvis finns på en vårdcentral, och mer därtill. Vid behov av röntgen anlitas Frölunda specialistsjukhus.

– Våra ambulanssjuksköterskor är till stor hjälp om akuta skador uppkommer. De har lång erfarenhet av akutsjukvård och det är i huvudsak de som åker på sjukvårdsberedskap ute i fält. Det är en trygghet för oss.

Åsa Wramdemark gillar det breda uppdraget på Försvarshälsan. En stor del av uppdraget är företagshälsovård och stöttning i frågor runt arbetsmiljö, rehabilitering, sjukskrivning och medicinska hälsokontroller. Åsa Wramdemark är i slutet på sin dubbelspecialistutbildning i arbetsmedicin.

– Vi har också det man kallar för arbetsrelaterad sjukvård, det vill säga alla typer av sjukdomar, skador eller olyckor som kan relateras till arbetet. Jag arbetar mycket med idrottsmedicin och människor som skadar sig i fält, på gymmet eller i terrängbanan. Men det kan också handla om stressrelaterad ohälsa eller att ta hand om personer som kommer tillbaka från ett internationellt uppdrag och drabbats av skador eller av posttraumatisk stress.

Trots att uppdraget är omfattande upplever hon ändå att det är tydligt och begränsat. Inom Försvarshälsan behandlas exempelvis inga barn eller äldre och inte heller patienter med kroniska sjukdomar, de hänvisas till primärvården eller remitteras till specialistsjukvården.

– Vi har en annan population. Det är i regel friska människor och många är soldater med god grundkondition. Mycket handlar om idrottsmedicin och ortopedisk medicin och att vara ett stöd för unga värnpliktiga som för första gången bor hemifrån och som utsätts för psykiska och fysiska utmaningar.

Åsa Wramdemark ser det som ett privilegium att få stötta och följa unga rekryter som söker för allt ifrån förkylningar,

lunginflammation och skador till oro, ångestproblematik och stressrelaterade problem.

– Många söker för åkommor som de kanske inte hade sökt för på vårdcentralen hemma. Vissa är i väldigt god fysisk form, andra kan uppleva att det är ganska tufft att vara ute i fält med krävande övningar. De är i en spännande fas i livet och det är en rolig grupp att arbeta med. Det händer mycket under tiden som rekryterna är här och många är väldigt stolta och glada över att klara av värnplikten, man ser hur de växer.

Träning på arbetstid

Åsas arbetstider är traditionella kontorstider mellan 08.00 till 16.30. Det händer att hon har jour, men det är sällan och oftast i samband med stora övningar.

– Jag har gott om tid för mina patienter, god kontinuitet och goda möjligheter att ta patienter på återbesök när jag önskar. Vi har också ett nära samarbete med cheferna i rehabiliteringsärenden och jag har ett fantastiskt team som jag jobbar nära, kring våra patienter. Miljön vi arbetar i är naturskön, vilket gör det enkelt att komma ut i naturen och träna, eftersom vi har vissa krav på oss att vara i god fysisk form. Cirka tre timmar i veckan är avsatt för att kunna träna på arbetstid, vilket jag tycker är en förmån.

På området finns ett gym, flera hinder- och terrängbanor och en tre kilometerlång löpslinga. En stor fördel i arbetet, menar Åsa Wramdemark, är fokuset på hälsofrämjande och förebyggande insatser.

– Målet är att våra soldater och officerare samt civilanställda ska ha och bibehålla ett högt stridsvärde, både fysiskt och psykiskt.

Som statligt anställd på Försvarshälsan har Åsa sju veckors semester, men lönen ligger något lägre än den hon hade på vårdcentralen.

– Jag skulle säkert kunna få högre lön någon annanstans, men för mig är lönen inte det viktigaste. Jag trivs här, mår bättre och är gladare, vilket även min man och mina barn har noterat. Jag tycker att jag får leva min distriktsläkardröm här.

I tjänsteavtalet ingår även en beredskap att åka iväg på internationella uppdrag vid behov. Det krävs dock en sex veckor lång militär grundutbildning, om man inte har gjort värnplikten, samt en tilläggsutbildning för det specifika uppdraget. Åsa har ännu inte gått den militära medicinska grundutbildningen.

– Min man har haft flera internationella uppdrag, senast i Mali. Jag har valt att stanna hemma eftersom vi har två barn. Men visst kan jag tänka mig att åka i väg längre fram.

Även om hon trivs bra med sin nuvarande tjänst kan hon ibland sakna arbetet på vårdcentralen.

– Jag saknar barnen och de äldre. Kanske söker jag mig tillbaka till primärvården i framtiden, jag har inte stängt den dörren. Men just nu tycker jag att jag har ett väldigt roligt jobb. Jag är glad att jag vågade ta steget och upplever att den här resan har gjort mig lite klokare, säger Åsa Wramdemark.

Eva Nordin
Journalist

FAKTA: GÖTEBORGS GARNISON I GÖTEBORG

Göteborgs garnison heter själva området innanför grindarna. Huvudförbandet heter Försvarsmedicincentrum. Det låg tidigare i Karlstad, men flyttades till Göteborg då KA4 lades ned.

Försvarsmedicincentrum består av flera enheter som exempelvis stab, GU-kompaniet (grundutbildning), Elfsborgsgruppen som leder de fyra hemvärnsbataljonerna som omfattar cirka 2 000 civila, Fältsjukhuset, Försvarsmedicinska enheten som är ett kompetenscentrum för utveckling och utbildning i försvarsmedicin, Garnisonsenheten som omfattar sektioner inom bevakning, idrott- och friskvård samt från årsskiftet även Försvarshälsan Göteborg.

Vid Göteborgs garnison finns även två amfibieförband; bevakningsbåtkompaniet och säkerhetskompani sjö, vilka har ett större antal heltidsanställda soldater och officerare. Här finns även en sjöövervakningspluton, Försvarsmaktens logistik samt en IT-sektion.

På området finns även ett flertal civila myndigheter där cirka 200 personer arbetar på exempelvis Hav- och vattenmyndigheten, Räddningstjänsten och Kustbevakningen.

Försvarsmakten erbjuder läkare och sjuksköterskor prova-på-kursen "48" timmar. Då ges möjlighet att få en inblick i hur det är att arbeta inom försvaret eller i fält, oavsett om det är tropisk hetta, polarkyla eller ombord på ett fartyg i svår sjö.

Källa: Göteborgs Garnison
www.forsvarsmakten.se/sv/organisation/forsvarsmedicincentrum/goteborgs-garnison/

Annons

Är det verkligen bra att dricka vin varje dag?

Även om man ännu inte gjort regelrätta långa randomiserade prövningar av om en ”ordination” att börja dricka alkohol medför minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom, så finns det ett flertal epidemiologiska undersökningar från flera olika områden som talar samma språk, som alltså visar på att det är farligare att vara absolutist än att vara måttlighetskonsument. Men epidemiologiska undersökningar kan inte ge ett absolut svar på orsakssamband, det är således möjligt att ett måttligt dagligt alkoholintag är en markör för andra faktorer som står för den minskade risken för kardiovaskulär sjukdom, eller diabetes, som man ser hos t.ex. vindrickare. Daglig konsumtion av vin förekommer t.ex. ofta i regioner kring Medelhavet där kardiovaskulär sjukdom är ovanligt i förhållande till tydliga riskfaktorer såsom förekomst av rökning [1]. En annan invändning mot statistiken om nyttan med alkohol är att man lätt kan föreställa sig att det säkert finns en överrepresentation av sjuka personer bland absolutister, t.ex. tidigare alkoholister. I nyare undersökningar har man dock tagit med denna potentiella faktor i beräkningen, man brukar numera jämföra mot ”sällankonsumenter” istället för absolutister [2]. De epidemiologiska data som finns talar sammanfattningsvis för en betydande skyddande effekt mot framförallt kardiovaskulär sjukdom av måttligt alkoholintag [3]. Detta resonemang styrks indirekt, mekanistiskt, av prospektiva randomiserade studier på människor som visat förbättrade kolesterolvärden [4], sänkt glukos [5] samt minskat nattligt blodtryck [6] av måttligt alkoholintag. Här följer en översikt av studier av vad alkoholintag, och särskilt rödvin, kan ge upphov till.

Alkohol, vin och kardiovaskulär sjukdom

I de flesta epidemiologiska undersökningar har ett måttligt alkoholintag, motsvarande cirka 2 glas rödvin/dag för män och cirka hälften för kvinnor alltså kopplats till en mindre

Hur stor mängd vin är egentligen måttlig! *Foto: Fredrik Nyström*

Foto: Adobe Stock

kardiovaskulär risk än att dricka mycket lite [1]. Risken att utveckla diabetes är också minskad hos de som dricker måttliga mängder alkohol [7], trots att alkohol i sig utgör en källa till kalorier. Halten av det ”skyddande” HDL-kolesterolet är högre hos måttlighetskonsumenter av alkohol än hos absolutister. Och man har sett att alkoholintag under ett par månader leder till en sänkning av LDL-kolesterol. Intag av ett glas vin till maten under 12 månader ger ett påtagligt lägre nattligt blodtryck enligt en av de få randomiserade studier som gjorts på detta tema [6]. Med 24 timmarsblodtryck kunde man hos patienterna, som alla hade typ 2-diabetes, påvisa en sänkning av systoliskt tryck vid midnatt på hela -10.6 mmHg där mineralvattenintag istället gav en liten stegring relativt middagstrycket på +2.3 mmHg. En skillnad på 13 mmHg således, till vinets fördel [6]. Eftersom nattliga blodtryck är det som har störst innebörd för prognos är detta av särskilt intresse, det kan vara en mekanism som förklarar den minskade risken för kardiovaskulär sjukdom som måttligt alkoholintag kopplar till. Apropå nattligt blodtryck så har man (äntligen) återupptagit den numera ganska gamla HOPE-studiens upplägg med att ge blodtrycksmediciner till natten, i en ny undersökning. I HOPE gav man ramipril, eller placebo, till natten hos patienter med hög risk men utan hypertoni. Och man kunde visa en 22% minskad risk för kardiovaskulär sjukdom som kopplade till låga nattliga tryck [8]. I en studie av patienter med diabetes så testade Hermida och medarbetare relativt nyligen att låta patienter med typ 2-diabetes ta alla blodtrycksmediciner på morgonen eller att ta minst en till kvällen. I detta randomiserade upplägg, där patienterna följdes i upp till 8 år, såg man en dryg halvering av kardiovaskulära händelser i gruppen som tog medicin till kvällen [9]. Det är ofta i epidemiologiska undersökningar av medelhavskost med vin som man visat koppling till bra prognos vid måttligt alkoholintag [1], och traditionellt dricker man ju då förstås vinet till maten. Det finns också en förhållandevis lång randomiserad prospektiv studie av typ 2-diabetespatienter som rekommenderades dagligt intag av rödvin jämfört med abstinens efter en hjärtinfarkt. Studien pågick i 12 månader och påvisade förbättrad myokardiell funktion med ekokardiografi i gruppen som drack rödvin till maten jämfört med kontrollgruppen [10].

Foto: Adobe Stock

Även om måttligt alkoholintag således relaterar till klart förbättrad kardiovaskulär prognos så är det fortsatt kopplat till att utveckla förmaksflimmer [11]. Vid vilken grad av alkoholintag, som dessa problem uppstår, är svår att säkert säga, det finns som skillnader i alkoholmetabolism mellan individer, och dessutom förstås storleksskillnader avseende våra kroppar. Alkohol fördelar sig i kroppens vatten i första hand. Så det är framförallt den fettfria massan som avgör vilken promillehalt som uppnås efter ett standardiserat alkoholintag.

Att man har en kärlvidgande effekt av alkohol är allmänt känt, och detta leder till en akut sänkning av blodtrycket. Men det är viktigt att observera att alltför stora mängder ger en smärre tryckstegring istället för sänkning [7]. Alkoholintag har ju sedan urminnes tider använts för att man i kallt klimat skall känna sig varmare om händer och fötter och den euforiserande effekten vid högre doser gör också att man inte blir lika oroad av att frysa. Jag tror de flesta också har märkt att man får hjärtklappning om man dricker alkohol, och detta är kroppens sätt att kompensera den kärlvidgande effekt av alkoholen så att blodtrycket inte faller för mycket. Flödet stiger vid den reflektoriska takykardi som vasodilatationen ger upphov till. Det har diskuterats om denna uppkommer av andra komponenter än av alkohol i rödvin. Men i en välgjord studie där man jämförde vanligt rödvin med alkoholfritt vin kunde man inte finna vasodilaterande effekter av den sistnämnda [12]. I en riktad analys där man testade betydelsen av om man är snabb eller långsam metaboliserare av alkohol fann man att det var de med snabb metabolism av alkohol, till acetaldehyd, som hade bäst trycksänkande effekter [6]. Detta talar förstås för att det är acetaldehyd som bildas ur alkohol vid nedbrytning som har viktiga vasodilaterande effekter snarare än att det skulle bero på andra ämnen i rödvinet, såsom till exempel antioxiderande polyfenoler. Vad gäller antioxidanter så kan undertecknad inte låta bli att påpeka att man trots ett stort antal randomiserade studier på det temat ännu inte kunnat påvisa en skyddande effekt av dessa i stora studier där man

gett sådana medel i tillskott. Tvärtom, vitamin E och A har till och med gett ökad sjuklighet i några studier trots att de har antioxiderande egenskaper [13]. Ett särskilt intresse har många visat för antioxidanten resveratrol som det finns mycket av i rödvin. Men här fick antioxidantfältet ett svårt bakslag när det visade sig att en av de dåvarande digniteterna, Dr Das, hade fuskat i flera publikationer av sina data. Dipak Kumar Das [14] var chef för Cardiovascular Research Center vid University of Connecticut Health Center i Farmington, USA. År 2012 fastslog man att han fuskat i 145 publikationer och han fick givetvis sparken från sin tjänst. Detta hörde säkerligen ihop med att vederbörande samtidigt var förknippad med preparat som innehöll resveratrol, Longevinex, som såldes som en ”hälsoframkallande och skyddande” antioxidant. Dipak K Das dog innan rättegången blev klar, men man ser hur viktigt det kan vara att läsa jävsdeklarationen i samband med forskningspublikationer när det kan finnas pengar att tjäna.

Alkoholintag och glukos

Alkohol verkar kunna generera en direkt frisättning av insulin från betacellerna enligt experimentella data [15]. Detta kan kanske förklara varför man vid icke-fungerande betaceller, som vid typ 1-diabetes, inte sett så genomgående stora risker med alkoholintag som riskfaktor för hypoglykemier [16]. Alkoholintag har annars ofta ansetts kunna sänka blodglukos så att till och med symtom på hypoglykemi framträder [17]. Detta är en grund till att man i allmänhet rekommenderar att patienter med diabetes skall vara försiktiga med alkoholkonsumtion, i alla fall om det inte intas ihop med mat. I aktuella reviews visas dock inte helt solklara risker med måttligt alkoholintag, för hypoglykemier, hos patienter med typ 2-diabetes, heller [5, 18]. Det är möjligt att rödvin har en extra kraftig förmåga att få magsäcken att tömma sig långsammare än annan alkoholhaltig dryck [19]. Detta bidrar förstås till ett jämnare, och lägre, blodglukos [5]. Kanske kan det också ha betydelse för en minskad hungerkänsla, av rödvin, efter alkoholintag? I en lottad tre månader lång studie som leddes av undertecknad, där kvinnor lottades till ett glas rödvin dagligen, och män till två, jämfört med abstinens, sågs ingen viktökning alls trots ökat kaloriintag från alkohol motsvarande 10 000 kcal för kvinnor och det dubbla för män under de tre månader-

Annons

na [4]. I linje med att vin ger lägre blodglukos, samt liten påverkan på vikten, råder det tämligen stor konsensus om att ett måttligt alkoholintag ger mindre risk att utveckla typ 2-diabetes [5]. Se vidare, vad SBU-rapporten ”Mat vid fetma” också slagit fast nedanom detta.

Sömnig av vin?

Effekten av måttligt alkoholintag på sömnkvalitet är tämligen kontroversiell. Det kan naturligtvis bottna i individuella skillnader i respons på alkohol. Men genomgående har man oftast funnit att stort alkoholintag minskar på REM-sömn och därmed att man blir mindre utsövd om man dricker alltför mycket alkohol [20]. Å andra sidan är det trots allt många som upplever att just insomningen går fort om man druckit en mindre mängd alkohol till kvällen, uttryckt språkligt såsom t.ex. ”nattfösare”. Själv tycker jag det är ganska okontroversiellt att ett anxiolytikum som rödvin kan hjälpa till med insomnandet.

Alkohol och cancer och medelhavet

I SBU-rapporten ”Mat vid fetma” studerades även alkoholintagets relation till olika sjukdomar hos de med fetma och i viss mån även hos normalviktiga personer. Alkohol är ju den fjärde makronutrienten utöver fett, protein och kolhydrater. I sammanfattningen skriver man i rapporten att för ”Dödlighet, sjuklighet och livskvalitet” finns ”ett måttligt starkt underlag för att måttligt intag av alkohol, jämfört med inget eller mycket litet intag, har ett samband med minskad risk för diabetes hos personer med fetma” och att ”Underlaget är otillräckligt för att bedöma om intag av alkohol har någon effekt på risk för cancer eller död” [21]. Det har ibland hävdats att risken för bröstcancer skulle öka vid måttligt alkoholintag [22, 23]. Mot detta står emellertid data från en av de mycket få studier som var randomiserad och flerårig och som innehöll en rekommendation om dagligt intag av rödvin, PREDIMED-studien. I den studien jämfördes en medelhavskost inklusive rödvin, mot traditionell lågfettkost hos cirka 7 000 patienter med hög kardiovaskulär risk [24]. I huvudresultaten såg man en 28–30% minskad kardiovaskulär risk i medelhavskostgruppen.

Foto: Adobe Stock

Foto: Adobe Stock

Men man studerade också specifikt incidensen av bröstcancer hos de deltagande kvinnorna i en separat analys och fann att medelhavskosten, med rödvin, ***minskade*** risken för invasiv bröstcancer med 68% i gruppen som fick extra olivolja och 41% hos de som fick nötter utöver medelhavskostrekommendationen [25]. Att rödvinet i sig skulle ha en påtaglig bröstcancerframkallande effekt verkar alltså inte alls stämma när det testas prospektivt. Kanske kan kopplingen mellan rökning och alkoholintag ha utgjort en bias för idén om att alkohol ökar bröstcancerrisken [22, 23, 26]?

Alkohol och levern

Ett alltför stort alkoholintag är inte bara kopplat till psykosociala problem och konsekvenser utan också förstås till leverskador. Högt intag av alkohol kan ge stegringar av klassiska levermarkörer som ASAT, ALAT och gamma-GT. Klassiskt så ser man högre stegring av ASAT än av ALAT. Andra prover som kan indikera högt alkoholintag är högt MCV och högt HDL. Men höga ”levervärden” är ett ofta sent uppträdande kvitto på att man dricker för mycket. Det är vanligt att man kan ha ett med god marginal för stort alkoholintag och ändå uppvisa helt normala ASAT och ALAT vid en hälsokontroll, sensitiviteten är låg. Mer specifika laboratorieundersökningar för att påvisa stort alkoholintag innefattar CDT eller ännu bättre fosfatidyletanolamin i venöst blod. Just fosfatidyletanolamin är en mycket specifik fosfolipid som anses kunna bildas bara när alkohol förekommer i kroppen. Undertecknad har visat att det fungerar som en känslig markör i en randomiserad studie [27]. Ett ytterligare alternativ att studera långsiktigt alkoholintag är att mäta etylglukuronidhalten i hår [28]. Det är dock fortsatt oklart hur denna halt kan påverkas av olika hårväxt, eller struktur, och dessutom av olika hårprodukter. Men om man tar en riktigt lång hårbit i form av en tuss, så får man ändå en uppskattning av alkoholintaget under upp till tre månader eller till och med mer. Man brukar räkna med att håret växer 1 cm/månad.

Det krävs förstås lägre alkoholintag för att skada en lever om man har leversteatos inte bara av alkoholintag utan om

man dessutom har övervikt eller fetma. I den prospektiva tremånadersstudien av ett glas vin/dag till kvinnor och det dubbla till män, som omnämnts redan, där de flesta var utan fetma, såg man inte utveckling av regelrätt leverförfettning hos någon deltagare när detta bedömdes med gold standard magnetresonanstomografi [4].

Kritik mot artikel som kritiserar nyttan med alkoholkonsumtion

Nyligen, hösten 2018, publicerades en stor sammanslagen analys om risker med alkoholkonsumtion i Lancet [29]. Studien, eller rättare metaanalysen, fick stort genomslag i media, antagligen dels för att den publicerades i Lancet, dels för att den var stor och naturligtvis också för att huvudbudskapet från författarna, som jag snabbt räknar över, till 7 per rad och 77 rader, dvs. mer än 500 stycken, menar att all alkoholkonsumtion är skadlig. Eller mer exakt uttryckt i artikeln ”Alcohol use is a leading risk factor for global disease burden and causes substantial health loss. We found that the risk of all-cause mortality, and of cancers specifically, rises with increasing levels of consumption, and the level of consumption that minimises health loss is zero.” [29]

Jag intervjuades i SR P1 för denna artikel, och jag har ett stort antal invändningar mot hur man räknat ut riskerna. Jag kan börja med att fundersamt konstatera att man anger att svenska kvinnor har en allmän konsumtion av 2–3 enheter alkohol/dag i genomsnitt. Detta lyfts också fram i artikeln trots att den handlar om konsumtion över hela världen (vilket är en annan anmärkning, jag tror inte mycket på statistik som bygger på samband med beteende och risk när man klumpar ihop analyser från alla världens hörn, ett beteende kopplas till så många faktorer som innebär risker eller skydd i olika delar av världen) då man särskilt tar fram att 86% av svenska kvinnor konsumerar alkohol. Mina starkaste invändningar mot artikeln är, utöver att man analyserar en faktor som är så kopplad till olika confounders i olika delar av världen, är bland annat att man räknar epilepsi, TBC, och en massa former av olyckor såsom huvudsakligen orsakade av alkohol. TBC och epilepsi av alkohol framförallt, är det rimligt? Dessutom, just när det gäller olyckor så gör man en mycket ovanlig analys och ”korrigering”. När man tar med data från en trafikolycka, till exempel, och tillskriver den alkohol (hur kan man säkert veta det?), så tar man sedan också med hur många andra som skadades i bilolyckan. Så, lite förenklat, så kan alkohol som ansetts orsaka en allvarlig trafikolycka, i studien, om fyra personer omkommer komma fram till att personen som själv ingår i metaanalysen dött fyra gånger. Mycket mystiskt. Dessutom så redovisar man alla dessa beräkningar om trafikskador som bara bygger på amerikansk olycksstatistik då man bara hade sådana data därifrån. Så man räknar alltså med att alla människor i hela världen kör samma bilar med samma risker, på samma sätt som, om de vore amerikaner i USA. Man har också ägnat mycket av statistiken åt att korrigera fram ett korrekt alkoholintag och då tagit hänsyn till hur mycket som säljs till turister på respektive platser samt försökt beräkna hembränning. Men man har inte alls tänkt på det omvända som ofta gäller i Sverige, att man ”turistar” söderöver och importerar in alkohol till sitt eget land vilket ju ger högre alkoholintag än försäljningen på platsen, i Sverige i detta fall, i fråga. Och ändå anger man alltså en förvånande hög konsumtion i Sverige, 2–3 enheter/dag för kvinnor och hela 3–4/dag för män, i genomsnitt!

Utöver att man tillskriver alkohol en massa samband, som känns obsoleta, med sjukdomar, så finner man även i denna undersökning att det är kopplat till mindre sjuklighet i hjärtsjukdom i separata analyser. Hela studien bygger faktiskt inte på konkreta estimat av sjuklighet, såsom brukligt (t.ex. bevisad fall av kardiovaskulär mortalitet och morbiditet) utan på DALY, ”disease adjusted life years” – vilket ju kan förklara att pankreatit och epilepsi m.fl. sjukdomar (med lång överlevnad och mycket lidande) statistiskt driver många av de fynd man gör anspråk på. Sammantaget är det märkligt att artikeln togs in i Lancet, data stämmer ju inte alls med t.ex. vår egen statliga SBU-rapport, se ovan. Kan det ha berott på att den hade över 500 författare?

Pesticider i vin

Nåja, en sak som inte alltid är idealisk med rödvin är att det faktiskt kan innehålla en hel del pesticider [30, 31]. Detta deklareras inte heller med större tydlighet i de viner som säljs på Systembolaget. Det kan vara så att det som gör mest nytta är att dricka naturviner där man inte tillfört några bekämpningsmedel alls till druvorna. Men vindruvor blir tyvärr lätt angripna, så naturviner tenderar att vara ganska dyra om de skall vara goda samtidigt. Märkligt nog finns inga fastställda gränsvärden för pesticider i vin trots att det finns sådana för druvor. Systembolaget har en läxa att göra här.

Slutreflektion

Historiskt så är det två saker som jag tycker är särskilt intressanta med vin. Att låta druvor jäsa till vin gör ju att hållbarheten blir påtagligt bättre än för druvor. Dessutom tål ju vinrankor, precis som olivträd, torka utomordentligt bra. Således var det helt naturligt att en stor del av kalorierna för 50 år sedan på Kreta, där man hade mycket låg förekomst av hjärtinfarkt, och där sol och frånvaro av regn gjorde sommarmånaderna torra, kom från vin samt från olivolja. Det har sedermera varit två viktiga komponenter i medelhavskosten, som alltså slutligen får sina bevisade goda effekter genom PREDIMED-studien enligt ovan [24]. Men visst, man skall sikta på att dricka lagom mycket vin, till maten, om man vill vara så säker som möjligt på nyttiga effekter.

Fredrik Nyström
Professor och överläkare i internmedicin
Linköpings universitet
Referenslista - se nästa sida

REFERENSER:

1. G. Corrao, L. Rubbiati, V. Bagnardi, A. Zambon, K. Poikolainen, Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis, Addiction 95(10) (2000) 1505-23.
2. C.T. Valmadrid, R. Klein, S.E. Moss, B.E. Klein, K.J. Cruickshanks, Alcohol intake and the risk of coronary heart disease mortality in persons with older-onset diabetes mellitus, JAMA : the journal of the American Medical Association 282(3) (1999) 239-46.
3. A. Saremi, R. Arora, The cardiovascular implications of alcohol and red wine, Am J Ther 15(3) (2008) 265-77.
4. S. Kechagias, S. Zanjani, S. Gjellan, O.D. Leinhard, J. Kihlberg, O. Smedby, L. Johansson, J. Kullberg, H. Ahlstrom, T. Lindstrom, F.H. Nystrom, Effects of moderate red wine consumption on liver fat and blood lipids: a prospective randomized study, Annals of medicine (2011).
5. A. Pietraszek, S. Gregersen, K. Hermansen, Alcohol and type 2 diabetes. A review, Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD 20(5) (2010) 366-75.
6. Y. Gepner, Y. Henkin, D. Schwarzfuchs, R. Golan, R. Durst, I. Shelef, I. Harman-Boehm, S. Spitzen, S. Witkow, L. Novack, M. Friger, O. Tangi-Rosental, D. Sefarty, N. Bril, M. Rein, N. Cohen, Y. Chassidim, B. Sarusi, T. Wolak, M.J. Stampfer, A. Rudich, I. Shai, Differential Effect of Initiating Moderate Red Wine Consumption on 24-h Blood Pressure by Alcohol Dehydrogenase Genotypes: Randomized Trial in Type 2 Diabetes, American journal of hypertension 29(4) (2016) 476-83.
7. A.L. Klatsky, Alcohol, cardiovascular diseases and diabetes mellitus, Pharmacol Res 55(3) (2007) 237-47.
8. S. Yusuf, P. Sleight, J. Pogue, J. Bosch, R. Davies, G. Dagenais, Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, The New England journal of medicine 342(3) (2000) 145-53.
9. R.C. Hermida, D.E. Ayala, A. Mojon, J.R. Fernandez, Influence of time of day of blood pressure-lowering treatment on cardiovascular risk in hypertensive patients with type 2 diabetes, Diabetes care 34(6) (2011) 1270-6.
10. R. Marfella, F. Cacciapuoti, M. Siniscalchi, F.C. Sasso, F. Marchese, F. Cinone, E. Musacchio, M.A. Marfella, L. Ruggiero, G. Chiorazzo, D. Liberti, G.F. Nicoletti, C. Saron, F. D'Andrea, C. Ammendola, M. Verza, L. Coppola, Effect of moderate red wine intake on cardiac prognosis after recent acute myocardial infarction of subjects with Type 2 diabetes mellitus, Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association 23(9) (2006) 974-81.
11. A. Voskoboinik, S. Prabhu, L.H. Ling, J.M. Kalman, P.M. Kistler, Alcohol and Atrial Fibrillation: A Sobering Review, Journal of the American College of Cardiology 68(23) (2016) 2567-2576.
12. R.R. Zilkens, V. Burke, J.M. Hodgson, A. Barden, L.J. Beilin, I.B. Puddey, Red wine and beer elevate blood pressure in normotensive men, Hypertension 45(5) (2005) 874-9.
[13. G. Bjelakovic, D. Nikolova, L.L. Gluud, R.G. Simonetti, C. Gluud, Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis, JAMA : the journal of the American Medical Association 297(8) (2007) 842-57.
14. M. Davies, J. Roulleau, Statement of retraction. Cardioprotective effect of resveratrol via HO-1 expression involves p38 map kinase and PI-3-kinase signaling, but does not involve NFkB, Free Radic Res 46(3) (2012) 359.
15. R. Hafko, M. Orecna, Z. Bacova, G. Kollarikova, I. Lacik, V. Strbak, Mechanism of ethanol-induced insulin secretion from INS-1 and INS-1E tumor cell lines, Cell Physiol Biochem 24(5-6) (2009) 441-50.
16. R. Tetzschner, K. Norgaard, A. Ranjan, Effects of alcohol on plasma glucose and prevention of alcohol-induced hypoglycemia in type 1 diabetes-A systematic review with GRADE, Diabetes Metab Res Rev 34(3) (2018).
17. J.B. Field, H.E. Williams, G.E. Mortimore, Studies on the mechanism of ethanol-induced hypoglycemia, The Journal of clinical investigation 42 (1963) 497-506.
18. J.A. Hirst, J.K. Aronson, B.G. Feakins, C. Ma, A.J. Farmer, R.J. Stevens, Short- and medium-term effects of light to moderate alcohol intake on glycaemic control in diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized trials, Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association 34(5) (2017) 604-611.
19. A. Franke, I.A. Nakchbandi, A. Schneider, H. Harder, M.V. Singer, The effect of ethanol and alcoholic beverages on gastric emptying of solid meals in humans, Alcohol Alcohol 40(3) (2005) 187-93.
20. B. Feige, H. Gann, R. Brueck, M. Hornyak, S. Litsch, F. Hohagen, D. Riemann, Effects of alcohol on polysomnographically recorded sleep in healthy subjects, Alcohol Clin Exp Res 30(9) (2006) 1527-37.
21. SBU, Mat vid fetma, http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mat-vid-fetma-/ (2013).
22. H.R. Harris, L. Bergkvist, A. Wolk, Alcohol intake and mortality among women with invasive breast cancer, Br J Cancer 106(3) (2012) 592-5.
23. M.M. Gaudet, B.D. Carter, L.A. Brinton, R.T. Falk, I.T. Gram, J. Luo, R.L. Milne, S.J. Nyante, E. Weiderpass, L.E. Beane Freeman, D.P. Sandler, K. Robien, K.E. Anderson, G.G. Giles, W.Y. Chen, D. Feskanich, T. Braaten, C. Isaacs, L.M. Butler, W.P. Koh, A. Wolk, H.O. Adami, E. White, K.L. Margolis, M.J. Thun, S.M. Gapstur, Pooled analysis of active cigarette smoking and invasive breast cancer risk in 14 cohort studies, International journal of epidemiology 46(3) (2017) 881-893.
24. R. Estruch, E. Ros, J. Salas-Salvado, M.I. Covas, D. Corella, F. Aros, E. Gomez-Gracia, V. Ruiz-Gutierrez, M. Fiol, J. Lapetra, R.M. Lamuela-Raventos, L. Serra-Majem, X. Pinto, J. Basora, M.A. Munoz, J.V. Sorli, J.A. Martinez, M.A. Martinez-Gonzalez, Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet, The New England journal of medicine 368(14) (2013) 1279-90.
25. E. Toledo, J. Salas-Salvado, C. Donat-Vargas, P. Buil-Cosiales, R. Estruch, E. Ros, D. Corella, M. Fito, F.B. Hu, F. Aros, E. Gomez-Gracia, D. Romaguera, M. Ortega-Calvo, L. Serra-Majem, X. Pinto, H. Schroder, J. Basora, J.V. Sorli, M. Bullo, M. Serra-Mir, M.A. Martinez-Gonzalez, Mediterranean Diet and Invasive Breast Cancer Risk Among Women at High Cardiovascular Risk in the PREDIMED Trial: A Randomized Clinical Trial, JAMA Intern Med (2015) 1-9.
26. P.D. Terry, T.E. Rohan, Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 11(10 Pt 1) (2002) 953-71.
27. S. Kechagias, D.N. Dernroth, A. Blomgren, T. Hansson, A. Isaksson, L. Walther, R. Kronstrand, B. Kagedal, F.H. Nystrom, Phosphatidylethanol Compared with Other Blood Tests as a Biomarker of Moderate Alcohol Consumption in Healthy Volunteers: A Prospective Randomized Study, Alcohol Alcohol 50(4) (2015) 399-406.
28. R. Kronstrand, L. Brinkhagen, F.H. Nystrom, Ethyl glucuronide in human hair after daily consumption of 16 or 32g of ethanol for 3 months, Forensic science international (2011).
29. G.B.D.A. Collaborators, Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, Lancet (2018).
30. S. Navarro, A. Barba, J. Oliva, G. Navarro, F. Pardo, Evolution of residual levels of six pesticides during elaboration of red wines. Effect of wine-making procedures in their dissappearance, J Agric Food Chem 47(1) (1999) 264-70.
31. T. Guo, P. Fang, J. Jiang, F. Zhang, W. Yong, J. Liu, Y. Dong, Rapid screening and quantification of residual pesticides and illegal adulterants in red wine by direct analysis in real time mass spectrometry, J Chromatogr A 1471 (2016) 27-33.

Annons

Fadderlista 2018

KONTAKTPERSON	LOKALAVDELNING
Marina Tuutma *(marina.tuutma@slf.se)*	Värmland Dalarna Blekinge
Caroline Asplund *(caroline.asplund@slf.se)*	Stockholm Gotland Kronoberg
Staffan Ahlkvist *(staffan.ahlkvist@slf.se)*	Södermanland Nordvästra Skåne Sydvästra Skåne
Heiko Botman *(heiko.botman@slf.se)*	Örebro Mellersta Skåne Östra Skåne

KONTAKTPERSON	LOKALAVDELNING
Anders Larsson *(anders.larsson@slf.se)*	Västerbotten Västernorrland Norrbotten
Camilla Sandin Bergh *(camilla.sandin-bergh@slf.se)*	Halland Västra Götaland Jämtland
Johnny Sternesjö *(johnny.sternesjo@slf.se)*	Gävleborg Uppsala Västmanland
Ulrika Taléus *(ulrika.taleus@slf.se)*	Östergötland Jönköping Kalmar

Annons

Efter ”Flippen” – nu startar pilotprojektet segmentering

Skiftinge vårdcentral i Eskilstuna och Hälsocentralen i Höga Kusten är två av flera primärvårdsenheter som inspirerats av ”Flippen” och som nu arbetar vidare med behovsstyrd verksamhetsutveckling. Målet är att öka personcentreringen och skapa skräddarsydda tjänster anpassade för patientens och vårdens medarbetare.

Flippen lanserades av Sveriges Kommuner och Landsting som ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård. Projektet är nu avslutat och en slutrapport publicerades tidigare i år.

I drygt tre år drevs projektet med målet att vända på perspektiven inom hälso- och sjukvården, och i högre grad än tidigare försöka möta patienternas och invånarnas behov vid utformningen av verksamheterna. Att vända på perspektiven handlade också om att utgå från vad patienten själv kan och vill göra, med vården som stöd och komplement.

– Det var spännande att se hur Flippen förändrade mångas tanke- och förhållningssätt i grunden. Man vågade öppna sig för nya möjligheter och det fanns en stark positiv anda som skickade mycket positiv energi in i projektet, säger Hanna Lundstedt, distriktssköterska och konsult vid sektionen för hälso- och sjukvård på SKL.

Under projektperioden arbetade hon med verksamhetsutveckling i Eskilstuna på utvecklingsenheten i Landstinget Sörmland. Enheten bistod med stödfunktioner till de primärvårdsenheter som deltog i Flippen. En av dem var vårdcentralen Skiftinge. Ulla Mitt Holm är verksamhetschef och upplever att projektet har varit ett lyft.

– Vi fick energi av att vara med och de satsningar vi gjorde har ökat tillgängligheten för våra patienter och förbättrat arbetsmiljön för våra anställda. Det var också väldigt stimulerande att se hur andra enheter i landet arbetade med sina verksamheter och ta del av deras resultat.

Vaccinationsmingel

Skiftinge vårdcentral har cirka 13 000 listade patienter. Utmaningarna är många, inte minst när det gäller socioekonomiska skillnader och faktorer som påverkar hälsan. Här lever många flyktingar och personer med invandrarbakgrund.

– Det är ett socialt utsatt område och vi har arbetat hårt för att försöka möta de behov som finns här. Den stora satsningen som vi har gjort är att etablera ett sammansvetsat psykosocialt resursteam. Vi har också fått en tolkutbildad undersköterska som är diplomerad i arabiska och fick anställning hos oss via landstinget. Det har betytt jättemycket, vi skulle klara oss så mycket sämre utan henne, säger Ulla Mitt Holm.

Genom att använda metoden tjänstedesign och stegvis vård förändrade vårdcentralen sina processer; kön för att träffa psykolog och beteendevetare kortades från några månader till högst några dagar.

– Tillgängligheten har ökat och vi har fått ett mycket snabbare omhändertagande. Nu får patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa komma direkt till psykolog eller beteendevetare för ett första bedömningssamtal. För vissa kan det räcka så. För andra är behovet större och då har vi mer resurser över till dem.

Samtliga yrkeskategorier kan boka in tider till det psykosociala resursteamet. Även satsningar på grupputbildningar har varit viktiga framgångsnycklar.

– Vi har fortsatt att arbeta så här och det gör skillnad. Patienters besvikelse över att inte komma till har minskat och vi ser också att våra grupputbildningar har lett till fina resultat.

Vårdcentralen har även satsat på ”vaccinationsmingel”. Genom att flytta vaccinationsverksamheten till ”Palatset”, en kommunal möteslokal intill vårdcentralen, har vaccinationsverksamheten blivit lugnare och öppnat för ett närmare möte med befolkningen.

> – Det var spännande att se hur Flippen förändrade mångas tanke- och förhållningssätt i grunden.

– Det ger oss möjlighet att fånga upp befolkningens och patienternas behov. Minglet skapar en helt annan stämning och vi kan enklare lyssna till synpunkter och önskemål. Det har varit väldigt lyckat, säger Ulla Mitt Holm.

Starkare teamkänsla

Mia Johansson är ST-läkare på Skiftinge vårdcentral. Hon började sin AT här för cirka fyra år sedan och beslutade sedan att välja sin specialistutbildning inom allmänmedicin. Satsningen på att förändra flöden och på ett psykosocialt team har inneburit stora förbättringar, menar hon.

– Vi har fått fler verktyg att arbeta med. Nu kan vi sätta in åtgärder direkt och det finns flera behandlingsfördelar med det. Genom att patienter får möjlighet att träffa psykolog eller beteendevetare tidigt, kan jag som läkare ha lite is i magen och i regel avvakta med frågor kring exempelvis sjukskrivning och förskrivning av antidepressiva.

Mia Johansson upplever att hennes arbete har blivit mer ”lättjobbat” och att arbetsmiljön har förbättrats.

> Patienters besvikelse över att inte komma till har minskat och vi ser också att våra grupputbildningar har lett till fina resultat.

– Vi är mer av ett team nu och vi kan hjälpa varandra på ett bättre sätt än tidigare. Men utmaningarna är förstås fortfarande stora och vi, precis som många andra vårdcentraler i landet, kämpar med frågor som rör kompetensförsörjning och hur vi ska bli bättre på att ta hand om människor med kroniska sjukdomar. Det finns en risk att de trängs undan och hamnar vid sidan av den stora strömmen av patienter som lider av psykisk ohälsa.

Skiftinge vårdcentral har flera vakanser på läkarsidan. Men Ulla Mittholm vågar ändå vara hoppfull.

– Vår stora utmaning är rekrytering och bemanning. Vi har flera ST-läkare som nu börjar bli klara och jag hoppas självklart att de ska vilja stanna kvar. Vårt arbete fortsätter och vi är långt ifrån klara. Samtidigt har vi en utveckling där vi i primärvården fått ett allt större och svårare uppdrag. Det är tufft.

Mia Johannson, ST-läkare och Ulla Mitt Holm, verksamhetschef, Skiftinge vårdcentral

Hälsocentral Höga kusten

Hälsocentralen är en förhållandevis liten primärvårdsenhet med cirka 4 800 listade patienter, belägen i Ullånger mellan Örnsköldsvik och Härnösand.

Elin Roos arbetar på halvtid som chef och halvtid som BVC-sjuksköterska.

– Vi nappade direkt när vi fick förfrågan, vi ville göra vår hälsocentral mer användarvänlig och bättre förstå befolkningens behov och önskemål.

Med hjälp av metoden tjänstedesign intervjuades invånarna med öppna frågor om vad som var viktigt för dem i kontakten med hälsocentralen.

– Vi har arbetat i ett sammansvetsat team över professionsgränserna, vilket är en framgångsnyckel och vi sökte upp invånare på ställen där många vistas, som på ICA, PRO-möten, i skolorna. När vi fick ett tillräckligt stort underlag analyserade vi svaren och det mest uppenbara behovet var tillgängligheten, säger Elin Roos.

Tidigare arbetade hälsocentralen efter en strikt tidsbokning till läkare. Det var först till kvarn som gällde och många invånare upplevde en stark frustration över en bristfällig tillgänglighet.

– Vi lade om vårt bokningssystem och räknade ut hur många tider vi behövde för akuta respektive planerade tider per dag, och vi såg till att man kunde

Christina Gyllenstolpe Nilsson, specialist i allmänmedicin tillsammans med Elin Roos, chef för Höga kustens hälsocentral.

förboka tider. Vi vidtog helt enkelt åtgärder utifrån de svar vi hade fått, säger Elin Roos.

Genom att använda digitala lösningar och utveckla webbaserade tjänster förbättrades tillgängligheten avsevärt och hälsocentralens sjuksköterskor fick mer tid över till patienterna.

– Tidigare satt de mestadels i telefon, nu kan de vara mer på mottagningen. Vi har fått mer tid över för dem med större behov. En viktig slutsats av Flippen-projektet är att vi arbetat mycket med attitydförändringar och vi har vänt på perspektiven. I dag utgår vi från invånarnas/patienternas behov och önskemål och inte i första hand från hur vi vill ha det. Jag tycker att vi har gjort en fantastisk resa, och vi känner oss stolta över det vi har gjort. Det har också lett till att vi har fler diskussioner i lunchrummet om hur vi kan vända och vrida på perspektiven för att ytterligare vidareutveckla och förbättra vår verksamhet.

Segmenteringsmodellen

Höga kustens hälsocentral har gått vidare och deltar nu i ett pilotprojekt som koordineras från SKL. Pilotprojektet är en del i satsningen kring utvecklingen av Nära vård.

> Vi vidtog helt enkelt åtgärder utifrån de svar vi hade fått.

– Utgångspunkten är att utveckla tjänster för att stärka människors hälsa och göra vårdmötet mer personcentrerat, säger Hanna Lundstedt, konsult vid sektionen för hälso- och sjukvård på SKL.

Inom ramen för Flippen har SKL utvecklat en modell för kundsegmentering inom primärvården, baserad på forskning, statistisk analys av data och djupintervjuer.

– Modellen visar att även om alla individer är unika kan det finnas mönster på gruppnivå som kan hjälpa oss att bättre utforma det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården.

Segmenteringsmodellen visar att två individer med samma diagnos, ålder och kön kan ha olika beteenden och behov. Cirka 45 procent av primärvårdens patienter utgörs av de **självständiga och engagerade:** de är handlingskraftiga, rationella och motiverade och har en stark vilja och tilltro till sin egen förmåga att kunna ta hand om sig själva. Ungefär 24 procent utgörs av de **oroliga och engagerade;** de är handlingskraftiga och vill gärna ta ansvar för sin hälsa, men saknar tryggheten och oroar sig därför för den egna hälsan. En ungefär lika stor grupp är de **traditionella och obrydda** (25 procent); de delar egenskaper med den första gruppen (självständiga och engagerade), men har samtidigt ett distanserat förhållningssätt till sin hälsa och oroar sig inte i någon större utsträckning. Den minsta gruppen (6 procent) är de **sårbara och oroliga;** de har ett lågt självförtroende och upplever en hög grad av stress och oro. De har även ett svagt socialt nätverk och saknar grundläggande resurser, trygghet och tilltro till den egna förmågan.

– Genom tjänstedesign som metod vill vi utveckla kunskap och stöd för behovsstyrd verksamhetsutveckling.

Fem team är nu uttagna för att vidareutveckla det segmenteringsmaterial som togs fram under Flippen-projektet. Samtliga team har formulerat sina egna utmaningar som de vill arbeta med.

– Med hjälp av segmenteringsmodellen vill vi uppmuntra teamen att utveckla ett mer personcentrerat arbetssätt utifrån individernas behov, för att vi ska kunna få en mer jämlik vård, säger Hanna Lundstedt.

De fem teamen kommer under hösten att delta i tre workshops och arbeta cirka 40 timmar effektivt på hemmaplan med projektet. Som stöd erbjuder SKL tjänstedesigner och coacher till varje team. I januari görs en utvärdering av projektet och en plan för nästa steg.

Eva Nordin
Journalist

Sök medel i Distriktsläkarföreningens Samfond

Vår hjälp till din personliga kompetensutveckling och ekonomi.

Samfonden är Svenska Distriktsläkarföreningens fond för att främja våra medlemmars professionella utveckling eller ge stöd till medlem eller medlems efterlevande som har hamnat i ekonomiskt obestånd. Fonden är en sammanslagning av ett tidigare flertal fonder som sträcker sig bak till föreningens bildande 1885. Vi får 10-15 ansökningar per år varav knappt hälften av dessa ansökningar godkännes. Syftet med fonden är att förkovra sig själv i sin professionella gärning och bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

Av de ansökningar som vi beviljat under åren har till exempel funnits kostnader för konferenser i fortbildningssyfte och tillhörande resor och andra resor till evenemang för egen förkovran i sin professionella gärning.

Däremot har vi varit restriktiva med utbetalningar till mer omfattande utbildningar eller mer nischade intressen som inte är särskilt representativa för distriktsläkarprofessionens kärna i sig. Vi har heller inte varit benägna att göra utbetalningar till medicinteknisk utrustning och andra kostnader för t.ex. material, lönekostnader för annan och liknande. De ansökningar som vi nekat har i många fall rört frågor som kan anses vara arbetsgivarens ansvar primärt. Vi har heller inte ersatt förlorad arbetsinkomst.

När Du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och också specificera summans storlek.

Om det gäller ansökan för behövande medlemmar eller efterlevande måste du **även** lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation. Gränsen för behövande till Samfonden rekommenderas vara under 3 prisbasbelopp i årsinkomst och mindre än ca 1,5 prisbasbelopp i tillgångar. Till ansökan skall kopia av senaste självdeklaration bifogas.

Vid frågor går det bra att kontakta Helena Grönbacke på DLFs kansli per telefon 08-790 33 91 eller mejla helena.gronbacke@slf.se

Ansökan med motivering skickas till:
Svenska Distriktsläkarföreningen
Box 5610
114 86 Stockholm

Ansökningsdatum är senast 1 maj och 15 oktober varje år.

Referat från nordisk konferens

Helsingör 23-25 augusti 2018

I slutet av augusti samlades vi inom de allmänmedicinska professionerna på en nordisk konferens i Helsingör. Delegater från både fackliga och vetenskapliga föreningar från alla de nordiska länderna deltog. Från DLF deltog Marina Tuutma och Ulrika Taléus och från SFAM Hanna Åsberg, Ulrika Elmroth samt Gösta Eliasson.

På agendan stod flera viktiga allmänmedicinska ämnen och alla länderna fick ansvara för en egen fråga/ämne som sedan låg till grund för diskussion.

Ämnen som diskuterades var hur vi ska hantera den ökade mängden medicinska data som den nya teknologin står för, hur vi ska hantera risken för överdiagnostik och behandling, samt hur data och kvalitetsindikatorer inom primärvården kan ligga till grund för kvalitetsutveckling genom analys, reflektion och inlärning. Gemensamt från alla länder framkom även den ökande arbetsbördan och bristen på specialister i allmänmedicin.

I allt detta flöde av medicinska data bör vi som familjeläkare/GPs värna sekretessen då den ligger till grund för ett ömsesidigt förtroende mellan läkare och patient.

Diskussionerna har mynnat ut i ett gemensamt yttrande som kommer publiceras framöver.

Ulrika Elmroth, SKL och vice ordförande i SFAM, presenterade PrimärvårdsKvalitet som är ett nationellt system för att följa kvalitetsdata i primärvården. I dagsläget är cirka 50% av alla vårdcentraler i Sverige anslutna, målsättningen är 70% anslutningsgrad för 2018. Indikatorerna täcker in många av de kroniska sjukdomar som hanteras i primärvården men även övergripande indikatorer såsom kontinuitet, levnadsvanor, samsjuklighet och läkemedel. Data kan användas som uppföljnings- och utvärderingsunderlag i det lokala förbättringsarbetet samt som underlag för verksamhetsplanering med målsättningen att få ökad kvalitet i vården.

Ulrika Taléus
Sekreterare i DLF

Annons

Annons

”Primärvården har inte tid att vänta på lagstiftning och nationella reformer”

Den nationella patientenkäten publicerades i november 2017. Resultaten visar stora skillnader när det gäller exempelvis tillgänglighet, kontinuitet och bemötande, beroende på var man bor i landet. Men, skillnaderna är dock större inom än mellan landstingen och här finns mycket att göra, menar Emma Spak, ST-läkare och samordnare för Nära vård på Sveriges Kommuner och Landsting.

Nationell Patientenkät, som samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting, är en av Sveriges största enkätundersökningar och omfattar samtliga landsting och regioner. I undersökningen ingår 1 051 vårdcentraler. Resultaten från den senaste undersökningen presenterades i november 2017. Patienter har fått skatta nöjdheten med olika aspekter av vården som delaktighet och involvering, emotionellt stöd, helhetsintryck, information och kunskap, kontinuitet och koordinering, respekt och bemötande samt tillgänglighet.

Övergripande visar resultaten på en svag försämring av helhetsintrycket av själva vårdmötet. En stor del av förklaringen är att upplevelsen av tillgänglighet har försämrats, framför allt bland äldre patienter. Ungefär var fjärde patient ansåg att de fått vänta orimligt länge på ett besök till primärvården. Samtidigt visade resultaten att patienterna känner sig både mer delaktiga och väl bemötta och att upplevelsen av kontinuitet och koordinering har förbättrats något.

– Den nationella patientenkäten ger oss möjlighet att få syn på skillnader och bättre underlag att förstå patienters behov och förväntningar. Den kunskapen är viktig för att vi bättre ska kunna rigga och tillhandahålla framtidens vård, säger Emma Spak.

> Om bara tio år har den arbetsföra befolkningen mellan 20 och 64 år ökat med sex procent medan gruppen 80 år och äldre beräknas öka med 44 procent; . . .

Välfärdsbehoven ökar

Till vardags delar hon sin arbetstid mellan uppdraget som samordnare för Nära vård på SKL och sin tjänst som ST-läkare i allmänmedicin på Närhälsan Eriksbergs vårdcentral i Göteborg.

– Omställningen till nära vård pågår för fullt och den är en nödvändighet om vi ska klara dagens och framtidens utmaningar.

Välfärdsbehoven och försörjningskvoten ökar dramatiskt. Om bara tio år har den arbetsföra befolkningen mellan 20 och 64 år ökat med sex procent medan gruppen 80 år och äldre beräknas öka med 44 procent; 100 personer i arbetsför ålder försörjer i dag, förutom sig själva, 75 personer och om 10 år har den siffran ökat till 89.

– Det krävs ett omfattande arbete på alla nivåer av politiker så väl som av vårdens anställda. Vi behöver en större ”sense of urgency” vi har inte tid att vänta på utredningar eller nationella satsningar, vi måste börja agera här och nu.

En stor del av omställningen handlar om att utveckla egenvården och att arbeta proaktivt så färre behöver uppsöka

Hanna Lundstedt och Emma Spak, SKL. *Foto: Marie Blom Niklasson*

vården, och att bygga trygghet och självständighet.

– Med hjälp av olika lösningar, inte minst den digitala utvecklingen, kan vi bli mycket bättre på att arbeta hälsofrämjande och sköta en stor del av vården i hemmet om så krävs. Vi behöver också arbeta mer brett och se till att primärvården och kommunen har ett välfungerande och nära samarbete.

Skillnader inom landstingen

När Emma Spak ska kommentera resultaten i den nationella patientenkäten återkommer hon till den stora spridningen. En av de lägst rankade vårdcentralerna i landet får 38,9 poäng i snittbetyg av patienterna, medan den högst rankade får 96,4 poäng.

– I den nationella patientenkäten ser vi höga toppar och djupa dalar. Det är viktigt att understryka att den största spridningen finns inom landstingen. Vi har mycket att vinna på att identifiera problemen och förbättra resultaten hos de lägst rankade enheterna. I undersökningen ser vi också att patienterna har olika behov och förväntningar beroende på om de möter vården i primärvården, den öppna specialistvården eller i psykiatrin, något som är viktigt att notera och förstå, tycker jag.

– För patienter i primärvården är tillgänglighet, kontinuitet och koordinering av vårdinsatser viktigast. I öppen specialistvård är det delaktighet och involvering i den egna vården som upplevs vara viktigast, och i psykiatrin är det respekt och bemötande. Detta är viktiga faktorer att ta hänsyn till när man utformar sina verksamheter.

Finns ej tid att vänta

I slutet av september publicerades en debattartikel i Dagens Nyheter som var underskriven av totalt 727 läkare inom primärvården. I ett gemensamt upprop efterlyste de en blocköverskridande överenskommelse om en rejäl och genomtänkt primärvårdsreform. Om inte rejäla satsningar görs på en tydlig nationell plan, fortbildning och forskning samt ett listningstak på 1 500 personer per specialist i allmänmedicin, riskerar primärvården att kollapsa, skriver de.

”Vi har successivt fått ett allt större ansvar utan motsvarande tillskott av resurser och många av våra kollegor har lämnat primärvården eller blivit sjukskrivna”.

Emma Spak, framhåller att det finns stora utmaningar, men menar att även om läget är besvärligt på många primärvårdsenheter i landet, räcker det inte med att invänta statliga reformer eller ny lagstiftning.

– Då kommer vi inte att nå målet Vi måste använda det vi har och arbeta mer systematiskt med verksamhet- och systemutveckling.

Hon lyfter bland annat fram resultaten från det nationella projektet ”Flippen” *(se separat artikel på sidan 29)* och pågående satsningar som PrimärvårdsKvalitet, ett nationellt system för lärande, reflektion och analys med syfte att förbättra primärvården.

– Det pågår ett fantastiskt arbete i landet och det finns många goda exempel där man har lyckats vända utvecklingen genom att medvetet och metodiskt arbeta med processer och verksamhetsutveckling. Det finns en dyster bild av primärvården, men det finns också en annan bild med många goda exempel som behöver spridas för att stimulera och motivera andra att arbeta på ett nytt sätt.

DAGENS NYHETER. Nyheter Ekonomi Kultur Sthlm Sport ♥ Mitt DN Ledare DN Debatt DN Åsikt

DN Debatt

DN Debatt. "Satsa på primärvården annars riskerar den att kollapsa"

Det behövs omfattande ekonomiska satsningar på primärvården för att klara av bland annat nyrekrytering och fortbildning, skriver över 700 läkare inom primärvården i ett upprop. Foto: Claudio Bresciani/TT

PUBLICERAD 2018-09-27

DN DEBATT 28/9. En utbyggd primärvård med kompetenta specialister är den bästa samhällsekonomiska sjukvårdsinvestering Sverige kan göra. Trots det läggs det för lite resurser på just den här vården. Vi vill se en block-överskridande överenskommelse om en rejäl och genomtänkt reform, skriver 727 läkare inom primärvården i ett gemensamt upprop.

Sverige är ett av de länder i Europa som har lägst andel läkare

Läs artikeln på Dagens Nyheters hemsida:
https://www.dn.se/debatt/andra-ej-i-klara-satsa-pa-primarvarden-annars-riskerar-den-att-kollapsa/

Goda exempel att ta efter

Emma Spak lyfter fram **Hälsocentralen i Borgholm** på Öland som ett lysande exempel på hur man med ett metodiskt förändrings- och utvecklingsarbete lyckats vända en dyster bemanningssituation. Borgholmsmodellen knyter samman hälsocentralen, ambulanssjukvården, slutenvården och kommunen i ett nära samarbete.

Ett annat exempel är **Svegs hälsocentral** som är en av de hälsocentraler som förbättrat sig mest i landet. I den nationella patientenkäten har de förbättrat sina resultat i samtliga kategorier och gått från 47 procent (2015) till 78 procent i den senaste undersökningen 2017. En viktig framgångsnyckel var införandet av en lättakut som förbättrat patientflödet och tillgängligheten.

> – För patienter i primärvården är tillgänglighet, kontinuitet och koordinering av vårdinsatser viktigast.

– Båda verksamheterna hade stora problem, men vände och har gjort en fantastisk resa. Det ställer stora krav på befintlig personal, men också på ledarskapet. I dessa verksamheter har man börjat arbeta på nya sätt med utgångspunkt i den listade befolkningens behov, säger Emma Spak.

Hur kan SKL bistå i ett förändrings- och utvecklingsarbete?

– SKL bistår i analyserna på nationell nivå, bland annat genom Nationell Patientenkät. Fler primärvårdsenheter skulle också kunna ansluta sig till PrimärvårdsKvalitet som ger tillgång till flera indikatorer och verktyg för djupare dataanalyser lokalt, vilket ju ligger till grund för ett systematiskt utvecklingsarbete. Men vi på SKL ska inte driva utvecklingen, det sker ute i verksamheterna.

Eva Nordin
Journalist

Annons

Stark koppling mellan kondition i medelåldern och risk för demens i hög ålder

Kvinnor som är i bra fysisk kondition i medelåldern har närmare 90 procents lägre risk för att utveckla demens i hög ålder jämfört med kvinnor med genomsnittlig kondition, visar en studie publicerad i den vetenskapliga tidskriften Neurology, som ges ut av amerikanska neurologföreningen.

– Det här visar att vi har möjlighet att påverka vår risk att få demens och Alzheimers sjukdom, säger Ingmar Skoog, professor i psykiatri vid Sahlgrenska akademin och föreståndare för AgeCap, Centrum för åldrande och hälsa, vid Göteborgs universitet.

Studien bygger på uppgifter om 191 kvinnor som genomgick konditionstest på träningscykel när de var i genomsnitt 50 år gamla. Kvinnorna fick trampa sig upp till sin maximala syreupptagningsförmåga, där effekten av deras insatser på cykeln avlästes.

40 kvinnor uppfyllde kraven på hög kondition, medan 92 låg på en medelnivå, och 59 på låg nivå. Av dem som hamnade lågt var vissa också tvungna att avbryta testet på grund av bröstsmärtor, högt blodtryck eller andra kardiovaskulära problem.

Fler friska år

Under de efterföljande 44 åren testades personerna i studien för demens vid sex tillfällen. 44 av de totalt 191 kvinnorna utvecklade sjukdomen, i genomsnitt drygt 20 år efter cykeltestet.

I gruppen som haft bäst resultat i cykeltestet fick fem procent demens. I mellangruppen var andelen 25 procent, och i den lägsta gruppen 32 procent. Av de kvinnor som tvingades avbryta testet drabbades 45 procent av demens.

De kvinnor som var vältränade i medelåldern, och ändå utvecklade demens, gjorde det i genomsnitt elva år senare än de som var måttligt tränade. Sjukdomen bröt då ut vid i genomsnitt 90 års ålder istället för 79.

Skydd mot demens

Helena Hörder, postdoktor vid Sahlgrenska akademin och försteförfattare till artikeln, betonar att studien inte påvisar något orsakssamband mellan kondition i medelåldern och risken för demens. Däremot är kopplingen tydlig.

– Resultaten är spännande på grund av möjligheterna att förbättra kardiovaskulär kondition i medelåldern, vilket skulle kunna skjuta upp eller till och med skydda från demens. Men det behövs mer forskning, även för att undersöka när under en livstid det är som viktigast att vara i bra fysisk kondition, menar hon.

Foto: Adobe Stock

Studien bygger på bearbetning och analyser av resultat från Kvinnoundersökningen i Göteborg som startade 1968, och från H70-studien, som hanteras inom AgeCap. Begränsningar i den aktuella studien är det relativt låga antalet försökspersoner, samt att deras kondition och syreupptagningsförmåga bara testades vid ett tillfälle.

Källa: Göteborgs Universitet

REFERENS:

Hörder et al; Midlife cardiovascular fitness and dementia, A 44-year longitudinal population study in women; april, 2018; 90 (15) article open accses

Annons

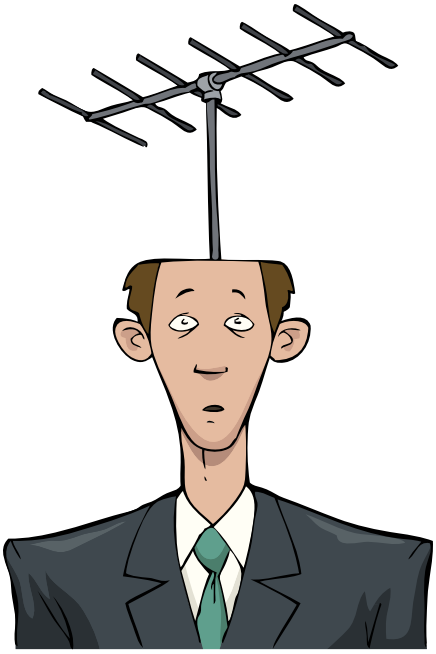
Annons

Kan det verkligen vara sant?

Vårt stora grannland i väster har begåvats med en president vars förhållande till sanning och trovärdighet verkar ha naggats något i kanten. Fake news verkar vara populärt som både mål och medel. Nu är Fake News egentligen inget som nuvarande president lanserat. Redan under 2:a världskriget sysslade FBI med att ”uppfinna” diverse mer eller mindre fantastiska nyheter för att förvilla tyskar och japaner. Tidvis med god framgång, åtminstone tidvis då tyska u-båtar jagade påhittade fartygskonvojer på alla möjliga ställen ute på Atlanten.

Presidenter med förkärlek för Fake News och andra påhitt torde inte vara speciellt vanligt förekommande i den svenska primärvården. Däremot finns det emellanåt anledning att fundera över vissa patienters trovärdighet när anamnesen börjar anta synnerligen uppseendeväckande inslag. En grupp som man kan ha en viss förståelse för, de mer eller mindre fulminant psykotiska, som berättar att de har en sändare inopererad i hjärnan för att stå i direkt kontakt med högre makter (uppenbart högre än landsting och regering!). En patient jag träffat med sådan sändare inopererad var av den bestämda uppfattningen att högre makter gav tydliga besked om att hans Sobrildos skulle vara minst dubbelt så stor som den han nu känner sig tvungen att tjata sig till. Högre makter har tydligen inget emot att man riskera att hamna i ett beroende.

Annars kan man ibland fundera över varför vissa verkar ha så stort behov av att överdriva det man vill ha sagt. Det var inte helt enkelt att tro på mannen som menade sig ha ramlat ner huvudstupa tio meter, eller mera, från taket och bara rest sig upp och borstat av byxorna, som enligt beskrivningen blivit lite smutsiga. Orsaken till att han dagen efter sökte upp vårdcentralen var inte att



han mådde dåligt utan att hans hustru hade den bestämda uppfattningen att man borde kontrollera sig om man ramlar ner från taket. Om inte annat så för att kolla sänkan!!! En annan patient fick enligt egen uppfattning fel medicin vilket resulterade i att han enligt sin egen bedömning hostade upp nästan fyra liter blod! (det framgick inte om han nyttjade ett litermått för att mäta förlusten). Efter denna våldsamma blodhosta blev han trött, vilket rimligen inte var helt oväntat, och gick och la sig. Dagen efter steg han upp, kanske lite däven men inte i värre skick än att han kunde ta sig till vårdcentralen och meddela att han inte ville ha någon ytterligare förskrivning av denna uppenbart felaktiga medicin. En fullt rimlig önskan enligt min bedömning.

Nu hör det till undantagen att patienter överdriver så flagrant som de ovan beskrivna. Samtidigt finns det dock då och då anledning till att ta sig en liten funderare kring trovärdigheten. Eller egentligen ännu mer angeläget, varför överdriver en del patienter i sina berättelser? Är det för att få oss till att riktigt vakna till och ta patienten på allvar? Hoppas man på att chansen till att få starkare smärtstillande eller antibiotika ökar om man ”lägger till lite” i beskrivningen? Vem vet? Ett problem uppkommer naturligtvis när ”vanligt folk” ska tolka sina medicinska problem och beskriva dessa med en terminologi som passar in i den medicinska världen.

Det är om möjligt lika uppseendeväckande att läsa journalanteckningar i vilka kollegor verkar ha svalt patienters märkliga beskrivningar utan närmare eftertanke. Det är till exempel intressant att läsa om patienter som är så trötta att de enligt egen beskrivning är ständigt sängliggande. Detta samtidigt som man kunnat ta sig till vårdcentralen flera gånger på rad – utan att ta med sig sängen!

Hur som helst är anamnesupptagning, och framför allt att tolka vad patienterna verkligen beskriver något av en konst som kan ta lång tid att öva upp. Det finns ett mer eller mindre uppenbart behov hos patienterna att få respons på det man efterfrågar. Har man förmånen att kunna arbeta länge på samma vårdcentral får man efterhand en viss insikt i hur en del patienter brukar beskriva sina problem. Något som även tillhör det intressanta och spännande med att arbeta som allmänläkare. Patienternas beskrivning av sina upplevelser, och inte minst deras tolkningar av dessa, kan vara en hisnande upplevelse.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Säker vård
– Att förebygga skador och felhandlingar inom vård och omsorg

Författare: Marion Lindh och Lena Sahlqvist
Förlag: Natur & Kultur 2013
ISBN: 9789127130937

Bara begreppet vårdskador har i sig en märklig klang. Vård som skadar, det innebär med andra ord att patienten egentligen är sjuk eller skadad efter det att vården gjort sitt. Att vården då och då misslyckas är dock knappast enbart ett nutida fenomen. Det har säkerligen förekommit i alla tider men blir nu mer och mer uppmärksammat. Vi är överlag mindre benägna att acceptera det som inte känns rätt samtidigt som en alltmer avancerad medicinsk teknologi i sig är en grogrund för möjligheter till att det blir fel. En viktig fråga är om det görs mer fel inom vård och omsorg nuförtiden. Har vården blivit osäkrare? Det finns nog inget enkelt svar på frågan. Det beror lite på vad man menar med vårdskador, vilket förtjänstfullt uppmärksammas redan initialt i Lindhs och Sahlqvists bok. Konsekvenserna av en vårdskada har naturligtvis även en viss betydelse. Det är även så att vårdskador ibland sätter igång en kaskad av händelser, vilket på ett bra sätt visas i patientfallet Greta som beskrivs först boken.

En viktig fråga är varför vårdskador uppkommer överhuvudtaget. Förhoppningen att risken för vårdskador skulle kunna nå en nollnivå är orealistiskt. Mer realistiskt är att ha en nolltolerans för uppkomna skador. Det viktiga är att vårdskador och misstag i vården uppmärksammas. Inte för att peka ut enskilda som skyldiga, något som visat sig vara tämligen meningslöst. Orsakerna till att något blir fel är det centrala i sammanhanget. Den vanligaste orsaken torde den mänskliga faktorn – dvs. någon eller några gör misstag som leder till vårdskador.

I boken har man försökt kategorisera vårdskador och risker för att skador skall uppstå i några större grupper som kommunikation, vårdrelaterade infektioner och hygien, läkemedel samt fall, undernäring, trycksår och suicid. Ett av kapitlen avhandlar kultur och ledning vilket kanske behöver utredas ytterligare. Den s.k. mänskliga faktorn har flera dimensioner. Det kan bli fel p.g.a. att individer handlar fel då förutsättningarna brister. En annan faktor som inte så sällan uppmärksammas är att det i vissa fall finns en så stor brist på kompetens hos den enskilde individen att vederbörande inte ens har några förutsättningar för att göra rätt och undvika skador. Något som tyvärr varit aktuellt upprepade gånger i primärvården till följd av en svår bemanningssituation.

Något som saknas är möjligen ett kapitel, eller avsnitt, om situationen för den eller de vårdgivare som begått misstag och orsakat vårdskador. Det berörs något i kapitlet kultur och ledning men stundtals kan det finnas behov av mer omfattande insatser för enskilda individer. Något som kan vara svårt att hantera inte minst i fall då till synes erfarna kollegor begår misstag och inte vill diskutera eller ens tillstå att något blivit fel.

Sammanfattningsvis en ganska omfattande men välskriven bok om vårdskador och vägar till att utveckla en så säker vård som möjligt. På flera ställen i boken finns uppmaningar till att fundera själv eller diskutera med andra. Ett bra sätt att utveckla ett fungerande säkerhetstänk.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

Annons
87,5 x 130

Annons

Annons

När skyddsnäten brister

– Lärdomar från patientförsäkringen

Författare: Pelle Gustafson och Jon Ahlberg
Förlag: Studentlitteratur 2017
ISBN: 9789144114880

Gustafson och Ahlbergs bok om patientsäkerhet kan, vilket påpekas redan i förordet, ses som en uppföljare till en bok med i princip samma titel utgiven 1995. Då hämtades patientfall och lärdomar från den s.k. ansvarsnämnden medan man nu istället utgår från patientförsäkringen. Något som även speglar den stora förändring det innebar då man lämnade det tidigare systemet med anmälningar av enskilda läkare (och annan legitimerad personal) till HSAN; Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Detta för att istället rikta fokus på händelsen i sig och konceptet runt en inträffad skada och inte peka ut enskilda ”syndabockar”. Sådana finns förvisso men möjligheterna till att förbättra patientsäkerhet genom sanktioner har visat sig vara tämligen begränsade. Samtidigt är det dock uppseendeväckande att detta system med anmälningar till HSAN, med ev. varning eller erinran, av enskilda läkare förefaller vara hårt förankrat hos åtminstone flera av våra äldre patienter. Det verkar finnas ett inneboende behov av att peka ut och straffa någon när det blivit fel. Ett behov som även verkar finnas mer generellt i samhället. Ett närmast tragikomiskt exempel är Tsunamikatastrofen då delar av massmedia ägnade mycken tid åt att uppmärksamma Sveriges dåliga beredskap för att möta större katastrofer. Det förändrade knappast möjligheterna till att möta nya, oväntade katastrofer i framtiden.

I boken beskrivs den s.k. schweizerost-modellen, ursprungligen presenterad av James Reason redan under 1980-talet som didaktisk modell för att bedöma olycksrisker. Innan en skada sker har ofta ett antal skyddsnät (ostskivor) passerats genom små eller större hål. Några passeras av misstag (eller okunskap) medan andra passeras genom medvetna val att ignorera föreskrifter och rekommendationer. Delar av skyddsnätet kan ibland passeras därför att arbetet blir alltför rutinmässigt bedrivs utan eftertanke och reflektion. Patienten blir ett fall som skall hanteras så snabbt som möjligt – inte en enskild individ med egen personlighet och förutsättningar.

En viktig lärdom från ”ostmodellen” är att inget säkerhetssystem är ogenomträngligt men att det som väl är oftast finns ett antal ”skivor” som passeras innan en vårdskada sker.

Närmare två tredjedelar av boken avhandlar patientfall. Trettio fall av olika karaktär och som ger en god insikt kring hur fel kan uppkomma och dess konsekvenser. Det är en klok tanke att använda faktiska fall som utgångspunkt för vidare diskussion. Som bekant lär vi oss av våra misstag – i detta fall förhoppningsvis av andras misstag.

Christer Olofsson
Distriktsläkare

GLÖM INTE ATT VI FINNS PÅ BÅDE

Like

Distriktslakarforeningen

FACEBOOK
&
TWITTER

@svdlf

DLFs styrelse 2018

ORDFÖRANDE

Marina Tuutma
E-mail:
marina.tuutma@slf.se

VICE ORDFÖRANDE

Johnny Sternesjö
E-mail:
johnny.sternesjo@slf.se

SEKRETERARE

Ulrika Taléus
E-mail:
ulrika.taleus@slf.se

KASSÖR

Caroline Asplund
E-mail:
caroline.asplund@slf.se

KANSLI

Helena Grönbacke
Svenska Distriktsläkarföreningen
Box 5610, 114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 91
Fax: 08-10 31 44
E-mail: helena.gronbacke@slf.se

VALBEREDNINGEN

Britt Bergström (sammankallande)
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

Viktoria Strömberg
E-mail: viktoria.stromberg@vll.se

Sofia Bengtsson
E-mail: sofia.bengtsson@skane.se

Nino Bracin
E-mail: nino.bracin@vll.se

LEDAMÖTER

Anders Larsson
E-mail:
anders.larsson@slf.se

Camilla Sandin Bergh
E-mail:
camilla.sandin-bergh@slf.se

Staffan Ahlkvist
E-mail:
staffan.ahlkvist@slf.se

Heiko Botman
E-mail:
heiko.botman@slf.se

2018 års utgivningsplan för tidningen Distriktsläkaren

2018	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 1	16 februari	29 mars
Nr 2	8 maj	20 juni
Nr 3	17 augusti	27 september
Nr 4	27 september	7 november
Nr 5	14 november	19 december

Med reservation för att ändringar av manusstopp och utgivningsdag kan göras under året.