

gruppen med högdos β -blockad (log rank t-test $p=0,0015$) [se originalartikeln i Journal of American College of Cardiology 1999; 34: 1813-22].

Jämförbara behandlingsår

Antalet *behandlingsår* i de olika grupperna var likaledes helt jämförbara: (medelvärde \pm SE) 6,7+1,4 år för obehandlad/diuretikagruppern, 8,8+1,4 år för konventionell dos β -blockerare, och 7,7+1,0 år för högdos β -blockerare.

Den ursprungliga versionen av referatet hade betydligt fler statistiska detaljer, men redaktionen bad mig utesluta en del statistisk diskussion med hänsyn till författaranvisningarna för referat, samt att rikta kommentarerna speciellt till allmänläsaren. Likaså klargjorde referatet att statistiska jämförelser av Kaplan-Meier-kurvor gjorts med log-rank t-test (Mantel-Hanszel-test) och hazard ratio-analys, och dessa test tar hänsyn till såväl överlevnadstid som överlevnadsproportion.

Antalet patienter behandlade mer än 15 år är mindre viktigt, eftersom överlevnaden tidigt blir signifikant bättre med högdos β -blockad: redan efter 5 behandlingsår (med 17/26 behandlade mer än 5 år) visar hazard ratio-analys en stor behandlingseffekt med risken för sjukdomsrelaterad död ca 10 gånger mindre i högdos β -blockadgruppen jämfört med obehandlade/diuretika-gruppen (hazard ratio 0,08; 95 procenta konfidensintervall 0,02-0,36).

Mortalitet i verapamilgruppen

Om man kritiserar publicerade resultat bör man först noggrant läsa det man kritiserar. Det framgick av referatet att verapamilgruppen hade »*hög mortalitet*». Då är det underförstått att det hade varit några dödsfall utanför den obehandlade/diuretikabehandlade gruppen och gruppen med konventionell β -blockad, och eftersom det var tre dödsfall i verapamilgruppen blir det totala antalet dödsfall 3+9+7 = 19.

Att professor Taube inte får antalet symboler i Kaplan-Meier-kurvan att stämma exakt med antalet patienter beror på att kurvan inte kan illustrera om två patienter har blivit »censored alive» vid samma tidpunkt, samt om en patient blivit »censored alive» vid samma tidpunkt som ett dödsfall. T ex i den obehandlade/diuretikagruppern dog två patienter efter 0,1 år, en dog, en »censored alive» vid 4,0 år samt två »censored

alive» vid 10,3 år. Således är siffrorna för n i bildtexten korrekta.

Att ange antalet patienter »at risk» utefter x-axeln kan låta sig göras om man jämför två grupper, men blir mycket plottrigt när man jämför tre kurvor där två tidvis korsar varandra, och ger ingen ytterligare statistisk information jämfört med en log-rank t-test och hazard ratio-analys med konfidensintervall.

Den slutsats professor Taubes studenter bör dra av denna analys är att man bör läsa en text noggrant innan man drar sina slutsatser, och att om man är verkligt intresserad av ämnet för ett litteraturreferat så bör man läsa originalartikeln.

Ingegerd Östman-Smith

Consultant Paediatric Cardiologist, Oxford, England

Underskattning av svenska allmänläkares fortbildningsbehov!

Vi hälsar Läkartidningens satsning på evidensbaserad medicin (EBM) med glädje. Ingen är bättre skickad än Lars Werkö – som gjort så mycket för att introducera EBM i svensk sjukvård – att kommentera denna satsning på ledarplats (Läkartidningen 22/00, sidorna 2710-1). Men när Werkö uttalar sig om allmänläkares kunskapsfält och utbildningsbehov ger han sig ut på okänt vatten.

Allmänläkares arbetsfält

Werkö anger att en svensk allmänläkare behöver hålla sig a jour med utvecklingen inom endast ett tjugotal kunskapsområden, vilka behöver uppdateras en eller två gånger om året. Det är en kraftig underskattning av allmänläkares arbetsfält och fortbildningsbehov. Likaså att den patient »som sällan dyker upp i rutinen» och kräver utvidgat kunskaps-sökande borde bli aktuell högst ett par gånger per år.

Vi undrar varifrån Werkö fått uppgifter till denna uppskattning – knappast från svensk allmänmedicinsk praxis i alla fall. Allmänmedicin är i dag en kunskapsintensiv specialitet där gamla sanningar ständigt omprövas, till stor del tack vare utvecklingen av EBM.

SFAMs målbeskrivning

I SFAMs målbeskrivning för specialistutbildning i allmänmedicin specificeras 26 medicinska huvudområden (hjärt-kärlsjukdomar, gynekologiska sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar etc), och under des-

sa definieras 10-20 kunskaps- och färdighetsområden.

15 procent av arbetstiden

De välgjorda epidemiologiska studier som är basen i EBM utgår ofta från avgränsade problem i ett sjukhusperspektiv och måste användas med försiktighet i det oselekterade allmänmedicinska och patientnära perspektivet.

ISFAMs decennielånga arbete för att utveckla en högkvalitativ oberoende fortbildning uppskattas allmänläkares fortbildningsbehov vara 15 procent av arbetstiden. Evidensbaserad kunskap är en del av detta fortbildningsbehov, men här ingår också andra kunskapsområden, bland annat om hur vi kan förstå och hjälpa den unika individen i sitt psykosociala och samhällsmässiga sammanhang.

I den nationella handlingsplanen framgår det att statsmakterna äntligen tycks ha förstått att Sveriges allmänläkare behöver en fortbildning och en forskning utformade efter professionens behov. Lars Werkö är varmt välkommen att ta del av den spännande utveckling som äger rum idag inom svensk allmänmedicin.

Jan Håkansson

ordförande, SFAM.L (Svensk förening för allmänmedicin; rådet för läkemedelsterapi)

Gösta Eliasson

nationell fortbildningssamordnare, SFAM

Meta Wiborgh

ordförande, SFAM; samtliga är allmänläkare