

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER I 2025 ÅRGÅNG 46



- 2 **Om rätten till fortbildning**
Jenny Berggren
- 3 **Att axla vårt ansvar**
Jens Halldin
- 6 **AllmänMedicin gör sig till megafon för lobbyister**
Sten Helmfriid, Kerstin Heiling, Jonas Bergquist, Anders Rosén, Per Julin, Bo Christer Bertilson, Per Sjögren, Judith Bruchfeld och Lisa Norén
- 7 **Slutreplik från Malmquist och Englund: Symtomen vid ME är verkliga, men diagnosen en konstruktion**
Jörgen Malmquist och Lars Englund
- 10 **ICD-11 i svensk översättning ute på remiss – diagnosen utmattningssyndrom är borttagen**
Petra Widerkrantz och Lars Englund
- 13 **Nya läkemedel mot Alzheimers sjukdom – vilka konsekvenser får det för primärvården**
Anders Wimo
- 16 **Domens dag – anteckningar om en alzheimerdiagnos**
Christer Petersson
- 18 **Harry på äldreboendet Solbacken**
Sven Hagnerud
- 20 **Varför behövs en äldremottagning på vårdcentralen?**
Solveig Wanland
- 22 **Evidensbaserad praktik och fortbildning måste gå hand i hand**
Camilla Berggren
- 24 **Lärandemiljöns betydelse**
Anders Lundqvist
- 26 **Dagbok från kompetensvärderingskursen**
Elisavet Pataridou
- 30 **Kollegialt lärande och inspiration på Allmänläkardygnet**
Hanna Lernbrink
- 31 **Att bli omsprungnen och ändå dela guld – en handledares belöning**
Mikael Olsson
- 32 **Lärdomar av ett haveri**
Andreas Thörneby
- 34 **Från hopplöst fall till hopp om livet En fallbeskrivning från en liten hälsocentral i norra Hälsingland**
Reidun Jidrot, Chris Camél och Kristofer Schultz
- 38 **Ett nej kan bli vändpunkten**
Åsa Kadowaki
- 42 **Årets handledarpris inom allmänmedicin 2024**
SFAM Västerbotten
- 42 **Årets handledarpris inom allmänmedicin 2024**
SFAM Västmanland
- 44 **Hej, jag heter Johan och är ortoped!**
Johan Scheer
- 46 **Lukter privat och på mottagningen**
Christer Petersson
- 47 **Dikt: Nyfödda**
Charlotta Busch
- 48 **En skånsk temadag med arbetsgivarsamverkan i fokus**
Petra Widerkrantz
- 52 **Nationella kvalitetsdagen 2024 – ett digitalt 20-årsjubileum**
Cornelia Brusmark och Fredrik Berntsson Semb
- 55 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema: Demens ■ Tema: Fortbildning
■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Utbildning & Fortbildning



Omslagsbild AllmänMedicin nr 1-2025

Vid demenstestning har jag funnit att klocktestet är det som intresserat mig mest. Jag tycker man liksom får en bild av hur det ser ut i huvudet när man ser vilka svårigheter det kan vålla att få fram 10 över 11 på en tänkt urtavla. Undrar om det kommer att förändras med en generation som vant sig vid enbart digital tidsvisning?



Annika Andén
Illustratör,
pensionerad allmänläkare
annika.anden@gmail.com

Om rätten till fortbildning

V i lär så länge vi lever, brukar det sägas, men rätten till fortbildning efter uppnådd specialistexamen är tyvärr ingen självklarhet.

Det säger sig självt att allmänmedicinens bredd, i kombination med de medicinska framsteg och förändringar som sker kontinuerligt, ställer krav på att allmänläkare både ges möjlighet och tar ansvar för att fortbilda sig. Tyvärr visar Läkarförbundets rapport från 2023 att antalet dagar för extern fortbildning har halverats inom alla specialiteter sedan 2004. Läkare i primärvården ligger lägst med nu i genomsnitt på 3,4 dagar per år [1].

Allmänläkares fortbildning är ett ständigt högaktuellt ämne och en kärnfråga för SFAM. Fortbildning bör vara nära kopplat till en annan kärnfråga – primärvårdens bemanning av specialister i allmänmedicin. I en underbemannad primärvård utgör hög arbetsbelastning en vanlig orsak till utebliven fortbildning.

Hur vänder vi den nedåtgående trenden?

Flera statliga utredningar har föreslagit tydligare reglering av fortbildning för vårdpersonal, men regeringen ansåg inledningsvis att fortbildningen var tillräckligt reglerad och avstod från att gå vidare med frågan. Svenska Läkaresällskapet tog då ett eget initiativ och presenterade 2022 sina synpunkter i en rapport [2]. Huruvida regeringen påverkades av detta eller av annat vet vi inte, men i början av 2023 lämnade regeringen i uppdrag till Socialstyrelsen att utreda frågan. Från SFAM har vi till Nationella vårdkompetensrådet under 2024 lämnat våra synpunkter i ett remissvar på ”Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning”.

Frågan om hur en eventuell reglering av fortbildning ska utformas besvaras dock inte så lätt. För att vara allmänmedicinskt relevant ställs höga krav på vad fortbildningen innehåller och hur den utformas. Det finns en risk att reglering leder till detaljstyrning, att någon annan än vi inom vår profession ger sig på att definiera våra behov.

Vilka är då allmänläkares behov när det gäller fortbildning? Här finns anledning att granska våra egna val. Hur prioriterar vi innehållet i vår fortbildning? Är det utifrån de ämnen vi brinner för mest och kanske redan kan tillräckligt bra? Eller lyckas vi identifiera våra kunskapsluckor och närma oss de områden som känns svåra, mindre intressanta och där vi kanske känner oss minst kompetenta?

Frågan förtjänar att fördjupa sig i. Det finns flera användbara policydokument från SFAM avseende fortbildning där jag bland annat vill rekommendera *Allmänläkares yrkeslivslånga lärande* [3], av Anders Lundqvist och Nikolaos Georgiannos

från SFAM:s Fortbildningsråd och *Om reglering av det yrkeslivslånga lärandet* [4] av Anders Lundqvist.

Anders Lundqvists engagemang för, och kunskap inom allmänmedicinsk fortbildning är enormt. Han skriver i detta nummer om lärandemiljöns betydelse och delar ofta med sig av användbara tips för fördjupning. Nyligen mailade han mig Läkarförbundets skrift *Fortbildning i dialog – verktyg för lokalt fortbildningsarbete* [5]. I skriften finns användbara råd om hur vi lokalt på våra kliniker strukturerat kan planera, diskutera, konkretisera och följa upp vår egen fortbildning. Jag inser att jag, sedan jag blev specialistlegitimerad, inte längre har någon strukturerad plan för min egen fortbildning. Det är en insikt som skaver, men som jag vill använda till att ändra på det.

Jag tror tyvärr inte att rätten till fortbildning någonsin kommer att bli självklar. Nödvändig fortbildning förblir därför något vi måste strida för. Lyckligtvis känns det meningsfullt att kämpa för det som är viktigt, och helst tillsammans med andra. I vår specialistförening finns en stor samlad kompetens, lång erfarenhet och ett brinnande engagemang. Här hittar jag kraft och inspiration.

Året har bara börjat – kampen fortsätter.

Tillsammans för allmänmedicin!

Jäv saknas.



Jenny Berggren

Styrelseledamot SFAM, medlem i SFAMQ

jenny.berggren@sfam.se

Referenser:

1. *Förutsättningar för fortbildning saknas*, Sveriges Läkarförbund 2023. <https://slf.se/app/uploads/2023/04/fortbildningsenkat-2023-rapport.pdf>
2. *Reglering som stöd för läkares fortbildning*, Svenska Läkaresällskapet 2022. https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/sls-rapport-reglering-som-stod-for-lakares-fortbildning-2022_rattesse_sid11_p3_4_2022-02-18.pdf
3. <https://sfam.se/wp-content/uploads/2024/05/Allmanlakares-yrkeslivslanga-larande.pdf>
4. <https://sfam.se/wp-content/uploads/2024/06/Om-reglering-av-det-yrkeslivslanga-larandet.pdf>
5. *Fortbildning i dialog*, Sveriges Läkarförbund 2018. <https://slf.se/app/uploads/2018/07/fortbild-i-dialog-webb.pdf>



Fortbildning är nära kopplat till en annan kärnfråga – primärvårdens bemanning av specialister i allmänmedicin.

Att axla vårt ansvar

I slutet på januari hade jag möjlighet att lyssna till den norske läkaren Erik Fosse. Erik är thoraxkirurg och professor i kirurgi, men även chef för den norska biståndsorganisationen NORWAC. Han har arbetat gentemot och i Mellanöstern i snart 50 år. Mer specifikt talade han om sina och NORWAC:s erfarenheter från det senaste årets arbete i Gaza¹.

Under den månad han och hans team arbetade på Gaza European Hospital kunde de medelst kirurgi hjälpa många människor. Men nästan ännu viktigare än arbetet han kunde göra på plats i Gaza, ser han rollen han nu har i att bära vittnesmål. Att, väl hemma igen, berätta om vad han upplevt och sett.

Jag tänker att detta är något som även gäller oss som arbetar som allmänläkare här i Sverige. Självklart är vår huvuduppgift att vara våra patienters läkare. Men vi har också en roll i att bära vittnesmål om det vi ser. Vi har ett ansvar som sträcker sig längre än den enskilda patienten och det enskilda patientmötet.

Ingen kan göra allt och ibland finns varken kraft eller tid för mer än just den enskilda patienten och det enskilda patientmötet. Men som kollektiv, som profession, är det vår plikt att höja blicken, se vår roll i samhället och axla det ansvar som sträcker sig utanför våra mottagningsrum och vårdcentraler.

Temana i det nummer du just nu läser är **demens** och **fortbildning**. Artikeln om läkemedelsbehandling vid Alzheimers har skrivits av Anders Wimo som sitter i rådet för sköra äldre i primärvården och fortbildningstemat har till allra största delen tagits fram av fortbildningsrådet.

1 <https://youtu.be/u20dAlAqBFk>



Vi har ett ansvar som sträcker sig längre än den enskilda patienten och det enskilda patientmötet.

Att SFAM:s råd och nätverk deltar i AllmänMedicin, och att deras kompetenser kommer oss alla till del är mycket bra och positivt. Under åren har vi på olika sätt jobbat med att knyta de allmänmedicinska institutionerna närmare tidningen, då det görs mycket viktig allmänmedicinsk forskning och AllmänMedicin kan vara en bra kanal för att på ett lite mer lättsmält sätt nå ut till kollegorna i kliniken. Till detta har redaktionen och forskningsrådet regelbundna möten, nästa sådant har vi strax innan den här tidningen går till tryck.

Temana i kommande nummer är **hypertoni** och **risk**, har du något du vill skriva i dessa frågor eller något annat ämne, hör av dig till mig.

God läsning och glöm inte att anmäla er till kongressen i maj.

Jäv saknas.

Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2025

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2025.

Tid: Onsdagen den 7 maj kl 16.00-18.00

Plats: Münchenbryggeriet, Torkel Knutssongatan 2, Stockholm

Digitalt deltagande: Kommer att erbjudas via länk. Anmälan görs till kansli@sfam.se, skriv namn och mejladress dit länk ska skickas.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Namnen på fullmäktige skall anmälas före mötet till SFAM:s kansli, e-post: kansli@sfam.se.

Varje SFAM-medlem äger rätt att närvara och yttra sig vid föreningens fullmäktige, men endast fullmäktige äger rätt att delta i beslut.

Ur SFAM:s stadgar:

S4. Föreningens fullmäktige väljs av lokalavdelningarna. Varje lokalavdelning skall utse en fullmäktig för varje påbörjat 30-tal medlemmar. För varje fullmäktig väljs en ersättare.

Motioner till fullmäktigemöte ska vara styrelsen tillhanda senast två månader före mötet.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalavdelningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) en månad före mötet.

Välkommen!

Magnus Isacson – SFAM:s ordförande

SVENSK ALLMÄNMEDICINSK KONGRESS

SFAM

Stockholm | 7–9 maj 2025

Välkommen till Svensk Allmänmedicinsk Kongress
Stockholm, Münchenbryggeriet | 7-9 maj 2025

*Praktik och evidens –
Hur får allmänläkaren ihop det?*

sfamkongress.se

Uppliv ST-dagarna

Göteborg 17-19 september

Den 17-19 september 2025 bjuder vi in alla ST-läkare i allmänmedicin till Svenska Mässan, Gothia Towers i Göteborg för årets mest efterlängttade mötesplats för blivande specialister i allmänmedicin. Ta chansen att vässa din kompetens, knyta värdefulla kontakter och samla energi inför framtiden!

Skanna QR-koden,
se programmet och
anmäl dig nu!



www.stdagarna.se

Årets tema:

Allmänläkarens möjligheter - Vägen till ett hållbart arbetsliv

Upptäck hur du kan forma ett arbetsliv som inte bara är hållbart utan också motiverande och meningsfullt. Under dessa tre intensiva dagar väntar:

- Inspirerande medicinska föreläsningar från experter och ledare inom allmänmedicin
- Seminarium och debatter om aktuella och framtida utmaningar i primärvården
- En spännande utställning där du får nya verktyg och möjligheter till ditt dagliga arbete
- Härliga kvällsaktiviteter med mingel, fest och god mat

Passa på att boka redan nu via hemsidan till förmånligt early bird-pris!

Låt oss tillsammans skapa en hållbar framtid för allmänmedicinen - vi ses i Göteborg!



  stdagarsfam2025

www.stdagarna.se



AllmänMedicin gör sig till megafon för lobbyister

Malmquist och Englund har nyligen publicerat en artikel i AllmänMedicin, där de okritiskt återger en debattartikel från lobbygruppen *The Oslo Chronic Fatigue Consortium* och ger tvivelaktiga behandlingsråd för ME/CFS baserade på artikeln [1, 2].

Bakgrunden till konsortiets debattartikel är att den brittiska myndigheten NICE publicerade nya riktlinjer för ME/CFS 2021 [3]. Tidigare riktlinjer utgick från den så kallade kognitiva modellen för ME/CFS, som lanserades i slutet av 1980-talet [4, 5]. Patienterna förmodas fastna i en spiral av negativa föreställningar och inaktivitet, som skall brytas med kognitiv beteendeterapi och gradvis ökad träning. Behandlingsstudier av modellen som gjort anspråk på positiva resultat har inte varit blindade och har saknat primära, objektiva effektmått, vilket innebär att de är känsliga för systematisk bias [6, 7]. Analyser av sekundära effektmått pekar på att hela den modesta, självrapporterade förbättringen troligen beror på bias [8]. Detta och andra svagheter i studierna har lett till att flera hälsovårdsmyndigheter, bland annat NICE, har uppdaterat sina riktlinjer för ME/CFS och inte längre stödjer den kognitiva modellen [3, 9].



Konsortiet bildades av intressenter till den kognitiva modellen för att försvara den. I debattartikeln pekar de på avsaknaden av biomarkörer för ME/CFS och säger att det är dags för ett ”nytt” perspektiv, trots att det perspektiv de föreslår är mer än 30 år gammalt och ännu inte har gett några trovärdiga svar [10]. De ser inget behov av att särskilja ME/CFS eller andra postinfektiösa syndrom som postcovid från långvarig trötthet, trots att expertutredningar har kommit till motsatt slutsats [11, 12]. De hävdar att patienter kan rehabiliteras med gradvis ökad träning och hänvisar till studier som dömts ut som otillförlitliga [13]. De hävdar att prognosen inte alls är dålig och hänvisar till anekdotisk evidens, trots att studier visar att prognosen för vuxna där sjukdomen har etablerats är dålig [14, 15].



Behandlingsstudier av modellen som gjort anspråk på positiva resultat har inte varit blindade och har saknat primära, objektiva effektmått, vilket innebär att de är känsliga för systematisk bias.

Malmquist och Englund använder konsortiets teser för att ge rekommendationer om hur personer med ”långvarig trötthet” skall bemötas i vården, utan att tydliggöra att konsortiets artikel är en opinionstext. De skriver att ”ord skadar” och antyder att diagnosen ME/CFS som sådan leder till sjukdom och längre sjukskrivningar. De antyder också ett samband mellan diagnosen och flera uppmärksammade självmord. Det finns inget vetenskapligt stöd för att diagnosen skulle ha en negativ inverkan på sjukdomsförloppet. Patienterna själva beskriver den oftast som en lättnad [16]. Enkätundersökningar från flera europeiska länder visar att det i genomsnitt går mellan fem och tolv år från insjuknande till diagnos [17]. De flesta som får diagnosen är redan kroniskt sjuka. En studie av den mentala hälsan hos personer med ME/CFS visar att den vanligaste orsaken till självmordstankar är att höra påståenden om att sjukdomen är psykosomatisk och har inget med diagnosen att göra [18].



Malmqvists och Englunds artikel i AllmänMedicin nr 3-2024.



Malmquist och Englund föreslår att patienter hänvisas till *Recovery Norway*, en förening för personer som anser sig ha tillfrisknat från ME/CFS med hjälp av mentala metoder och som återger sina berättelser för att ”ge hopp”. Någon positiv behandlingseffekt av dessa metoder har inte kunnat styrkas i kontrollerade studier. En av grundarna av föreningen är Live Landmark [19], som tillhör konsortiet och marknadsför den kontroversiella, mentala metoden *Lightning Process*. Föreningen har fått stark kritik från norska patientföreträdare, bland annat för att den inte återger negativa erfarenheter [20] och i prak-

tiken innebär att man kan gå runt förbudet att marknadsföra behandlingar med patientberättelser [19].

Kunskaperna om ME/CFS i vården är bristfälliga. Det är märkligt att AllmänMedicin väljer att publicera en starkt vinklad text istället för att sammanfatta aktuella riktlinjer från till exempel NICE [21]. Det ger också ett dåligt intryck att Malmquist och Englund inte tydligt anger att den återgivna artikeln från konsortiet är en opinionstext och inte en officiell behandlingsriktlinje.

Jäv saknas.

Sten Helmfrid

Docent i fysik, medlem RME
(Riksförbundet för ME-patienter)
sten.helmfrid@stosn.com

Kerstin Heiling

Leg. psykolog, fil dr,
före detta förbundsordförande RME

Jonas Bergquist

Professor i analytisk kemi /
neurokemi, Uppsala universitet

Anders Rosén

Professor emeritus,
Linköpings universitet

Per Julin

Överläkare, med dr,
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Bo Christer Bertilsson

Docent i allmänmedicin,
Bragée kliniker och Karolinska Institutet

Per Sjögren

Fil dr,
Bragée kliniker

Judith Bruchfeld

Överläkare, docent i infektionssjukdomar,
Karolinska Institutet

Lisa Norén

Allmänläkare,
styrelseledamot i Svenska Covidföreningen

Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. 29 October 2021. www.nice.org.uk/guidance/ng206
- Geraghty K, Jason L, Sunnquist M, et al. The 'Cognitive Behavioural Model' of Chronic Fatigue Syndrome: Critique of a Flawed Model. *Health Psychology Open*. 2019;6(1):2055102919838907.
- Wilshire CE, Kindlon T, Courtney R, et al. Rethinking the treatment of

chronic fatigue syndrome – A reanalysis and evaluation of findings from a recent major trial of graded exercise and CBT. *BMC Psychol*. 2018;6(1):6.

- Green CR, Cowan P, Elk R, et al. National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop: Advancing the Research on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Ann Intern Med*. 2015;162(12):860-5.
- LP-fortellinger. 2022 [läst 18 november 2024]. <https://lp-fortellinger.no/lp-fortellinger/>

Slutreplik från Malmquist och Englund:

Symtomen vid ME är verkliga, men diagnosen en konstruktion

Det är en förlegad syn att tro att patientens symtom inte skulle vara verkliga om de kan förstås i ett perspektiv som innefattar föreställningar, farhågor och känslan av vanmakt inför diagnosen. Det senare gäller specifikt vid ME, där prognosen kan innebära att man inte längre kan röra sig fritt utomhus, möta andra människor eller klara av ett arbete. I värsta fall inte ens klara sin ADL.

Det man känner, det känner man. De patienter med stor trötthet man möter tidigt, är värda den sorts allsidiga genomlysning av hela livet som ett gott allmänmedicinskt synsätt

innebär. Allsidigheten i att ha en helhetssyn som också inkluderar känslor, sociala förhållanden och den egna tankevärlden förmenas dessa patienter om de hamnar i den negativa spiral med stor social smittorisk som ME-diagnosen innebär.

Författarna påstår: ”Det finns inget vetenskapligt stöd för att diagnosen skulle ha en negativ inverkan på sjukdomsförloppet.” Det är lätt att förstå att en randomiserad eller ens prospektiv studie av den saken inte skulle vara möjlig eller etisk. Ändå vet alla kliniskt verksamma läkare att det vid alla diagnoser, även sådana som har en erkänt dålig prognos, har ens egen livsvilja



och inställning stor betydelse i hur man har det i det liv man har kvar. Det gäller exempelvis vid sjukdomar som spridd cancer, MS i progredierande form, svår hjärtsvikt och ALS. Varför det inte skulle vara så vid ME har man som allmänläkare svårt att förstå. Ett sådant synsätt, som anhängare av ME-begreppet har, som kan utesluta all påverkan av ens känsloliv och ens tankegångar, är inte en öppen eller vetenskaplig inställning.

Man till och med förmenar de personer som tidigare etiketterats med ME-diagnosen att bli friska. De bara "anser sig" ha tillfrisknat. Om man blev frisk var det nämligen inte ME. Man tycker sig också inom ME-gemenskapen kunna fastslå att om man mår bättre med hjälp av att ändra sin inställning till de besvär man har och minska på sin undvikandestrategi i livet så var det inte ME.

Det positiva beskedet från artikeln i SJPHC är att de symtom man har är verkliga (naturligtvis) och att det är möjligt att bli bra. Så skillnaden mellan denna syn och den som Helmfrid och medarbetare för fram är egentligen bara det glädjens budskap att prognosen inte behöver vara hopplöst dålig. Ja, i det avseendet kan artikeln kallas en positiv opinionstext. De 46 mestadels vetenskapliga och referentgranskade artiklar man refererar till ger samtidigt ett gott vetenskapligt stöd för det man för fram.

Någon "officiell behandlingsriktlinje" är vår artikel inte och det har den inte heller gett sig ut för att vara. Vid tillstånd av långvarig trötthet, som kan ha så många olika orsaker, krävs ett brett, fördomsfritt och allsidigt allmänmedicinskt förhållningssätt och det låter sig inte beskrivas i begränsande riktlinjer.

Något avgörande i symtom eller medicinska fynd, eller något avgörande test för ME har fortfarande inte påträffats. Diagnoskriterierna vid ME är ju helt och hållet subjektiva. Sådana kriterier operationaliserar men reifierar inte. Med andra ord: kriterierna anger vad som enligt en expert eller grupp krävs för att diagnosen ME ska kunna ställas. Kriterierna bevisar däremot inte att det verkligen finns en klinisk entitet som motsvaras av kriterierna.



De patienter med stor trötthet man möter tidigt, är värda den sorts allsidiga genomlysning av hela livet som ett gott allmänmedicinskt synsätt innebär.

Alla diagnoser som är baserade enbart på symtomkriterier är sociala konstruktioner som kan tänkas bli förändrade eller avskaffade. En diagnos kan bli avskaffad genom att den exempelvis får uppgå i ett annat diagnosbegrepp.

Några av författarna till repliken arbetar med det som kallas postcovid, eller har själva fått den diagnosen. Vilken betydelse ens egen inställning kan ha för besvär man får efter en sådan

potentiellt allvarlig sjukdom som covid-19 illustreras av den brittiska kollegan och forskaren Paul Garner som själv utvecklade ett postcovid syndrom. Till en början var han förespråkare för begreppet och dess erkännande, men ändrade sig sedan till synsättet att man kan bli bra genom att ändra sin uppfattning om vad de olika symtomen står för och genom att behandlas med beteendeterapeutisk metod. På kort tid gick han från ett svårt funktionsnedsättande tillstånd till att återuppta sin träning. Han arbetar nu i globala forskarnätverk med avsikt att hjälpa människor att bli friska vid olika postinfektösa tillstånd.



Det positiva beskedet från artikeln i SJPHC är att de symtom man har är verkliga (naturligtvis) och att det är möjligt att bli bra.

Tillsammans med en av författarna till artikeln i SJPHC, Henrik Vogt, skriver Garner om att patientens personliga filosofi, hur de uppfattar sina besvär och hur de agerar med anledning av sjukdomen har stor betydelse. Dessa aspekter påverkar inte bara livskvaliteten utan också hälsoproblemen i sig [1].

Som allmänläkare träffar man patienter med olika symtom av trötthet och smärtor i muskulaturen i ett tidigt skede av besvären. Då finns det fortfarande en möjlighet att anlägga ett salutogent perspektiv – att ta fasta på det som fortfarande fungerar och peka på de möjligheter som finns genom gradvis aktivering och att ha en syn på tillståndet som innefattar en god prognos och att stötta patienten i ett sådant tanke- och handlingssätt. Ett undvikandebeteende som ofta beror på obefogad rädsla kan man då bemöta och därmed skydda patienten från inverkan av pessimistiska profetior. Innan det gäller som Helmfrid och medförfattare skriver att "prognosen för vuxna där sjukdomen har etablerats är dålig".

Jäv saknas.

Jörgen Malmquist

Pensionerad specialist i internmedicin, Höllviken

Lars Englund

Allmänläkare, Jakobsårdarnas vårdcentral, Borlänge
englund1@telia.com

Referens:

1. 'Long covid' and how medical information is causing illness: A philosophical issue affecting public health <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13934>

Annons



ICD-11 i svensk översättning ute på remiss

– diagnosen utmattningssyndrom är borttagen

Det är olyckligt att patienters symtom och livssituation fått en otydlig samlingsdiagnos i form av Utmattningssyndrom, som inte hjälper vare sig patienten, arbetsgivaren, Försäkringskassan eller hälso- och sjukvården. Måste vi verkligen vänta hela vägen till 2028 för att slippa den?

Om ICD-11

I ett utskick i slutet av november 2024 från Socialstyrelsen till bland annat Svenska Läkaresällskapet, skriver man:

”Socialstyrelsen är ansvarig för den svenska översättningen av ICD-11. Vårt mål är att kunna publicera en officiell svensk version av ICD-11 på WHO:s plattform under 2025. [...] Socialstyrelsen strävar efter en transparent översättningsprocess. Därför finns nu en första preliminär arbetsversion av den svenska översättningen.”

Vidare angavs en länk [1] till Socialstyrelsens webbsida för ICD-11 och den preliminära arbetsversionen och man bjuds in till granskning och till att bekanta sig med ICD-11. Synpunkter önskades senast 7 januari 2025 men kan tas emot fortlöpande.

På webbsidan för ICD-11 finns även en tidsplan som antagligen är av preliminär natur med förväntad användning av klassifikationen för inrapporteringen till dödsorsaksregistret 2027 och nationella patientregistret 2028.

Utmattningssyndrom tas bort

Den specifikt svenska diagnosen Utmattningssyndrom F43.8A har sedan 2005 funnits som en undergrupp till F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress i svenska översättningen av ICD-10.

I den nu aktuella översättningen anges under kapitel 6 ”Psykiatriska och neuropsykiatriska tillstånd samt beteendesyndrom” de tillstånd som listas som ”Specifika stressrelaterade tillstånd”. Här finns bland annat diagnosen ”Anpassningsstörning” och



Illustration: Annika Andén

LÄRARE MED ANPASSNINGSTÖRNING

andra specificerade (eller ospecificerade) stressrelaterade tillstånd. Utmattningssyndrom som egen diagnos är borta.

Diagnosen utmattningssyndrom idag enbart i Sverige

Eftersom kodverket för ICD med tillhörande regelverk är internationellt förväntas alla länder kunna använda koderna i stället för journaltexter med tillhörande översättningsarbete då patienter söker vård i flera olika länder. Särskilt viktigt är detta när patienter söker vård inom EU och när de första tillämpningarna av Europeiska hälsodataområdet, inklusive patientöversikt, ska börja gälla 2026. Om vi har en egen kod för utmattningssyndrom kommer den antagligen inte att förstås i andra EU-länder.

I Sverige har diagnosen utmattningssyndrom varit en stor och ökande orsak till långa sjukskrivningar. Den i januari 2024 utgivna boken ”Utmattningssyndrom” [2] hade ambitionen



I Sverige har diagnosen utmattningssyndrom varit en stor och ökande orsak till långa sjukskrivningar.



att beskriva det aktuella kunskapsläget. Tre av författarna till boken var med när diagnosen utmattningssyndrom lanserades 2003. I boken anges att de ursprungliga kriterierna visat sig vara alltför vida och att diagnosen fått alltför stor användning. En anledning till det kan vara att kriterierna saknar stöd för läkarna att enhetligt kunna gradera hur allvarliga symtom patienten faktiskt har.

Efter drygt 20 års forskning kunde författarna konstatera att några patognomona skador eller funktionsstörningar i hjärnan inte fanns och bland de mer än 85 studier som utförts kunde ingen enda visa på något kliniskt relevant vare sig för patogenesen till syndromet eller till användbara instrument i diagnostiken. Testning för kognitiva nedsättningar har inte kunnat påvisa några sådana som skulle kunna utgöra ett diagnoskriterium och endast subjektiva kognitiva problem fanns beskrivet vetenskapligt. ”Svårigheter att fokusera sin uppmärksamhet” lanserades som ett alternativt begrepp.

Effekt av någon specifik läkemedelsbehandling har inte visats och de långa sjukskrivningsperioder som tidigare rekommenderats som en medicinsk behandling avråder man nu från. Sådana ska heller inte förespeglas patienter då detta genom suggestions-effekter kunde ge effekter i form av extra lång sjukskrivning. Det anges i boken att det saknas biomedicinska markörer eller andra objektiva fynd som kan användas kliniskt för att säkra diagnostiken. Någon särskild bild vid bedömning av psykisk status på motsvarande sätt som vid depression angavs inte heller.

Behövs diagnosen?

Den övergripande frågan om det alls varit någon medicinsk nytta med att vi i snart 20 år haft denna svenska diagnos utöver andra internationellt använda diagnoser för effekter av stress på människors hälsa, besvarades inte i boken. Att detta tillstånd skulle ha validitet och behövas som en specifik diagnos i sjukvården ifrågasattes dock aldrig av författarna.

I en recension av boken med tillhörande råd till allmänläkare beträffande denna diagnos [3] sägs att det endast i sällsynta och särskilt uttalade fall är motiverat att använda diagnosen utmattningssyndrom. Eller att det kanske rent av var dags att helt sluta använda den i allmänmedicinsk praxis?

De föreslagna specifika stressrelaterade tillstånd i ICD-11, vilket motsvarar F43 i ICD-10

Specifika stressrelaterade tillstånd:

- 6B40 Posttraumatiskt stressyndrom
- 6B41 Komplex posttraumatiskt stressyndrom
- 6B42 Långvarigt sorgtillstånd
- 6B43 Anpassningsstörning
- 6B44 Reaktiv kontaktstörning
- 6B45 Reaktiv kontaktstörning av ohämmad typ
- 6B4Y Andra specificerade specifika stressrelaterade tillstånd
- 6B4Z Specifika stressrelaterade tillstånd, ospecificerade

Anpassningsstörning

I en tidigare debattartikel i AllmänMedicin [4] angavs diagnosen Anpassningsstörning som ett alternativ till diagnosen Utmattningssyndrom. Här gavs också förslag på hur man som allmänläkare kan förklara för patienten vad denna diagnos innebär. Följande text anges i ICD-11 som en förklaring till vad som kännetecknar diagnosen anpassningsstörning:

”Anpassningsstörning är en maladaptiv reaktion på en eller flera identifierbara stressorer (exempelvis skilsmässa, sjukdom eller funktionsnedsättning, socioekonomiska problem, konflikter i hemmet eller på arbetet) som ofta uppträder inom en månad efter den utlösande händelsen. Tillståndet kännetecknas av fixering vid den stressutlösande händelsen eller dess konsekvenser, inklusive överdriven oro, återkommande och stressfulla tankar om händelsen eller konstant grubbleri över dess konsekvenser, liksom svårigheter att anpassa sig till den stressutlösande händelsen.



Redan idag kan det finnas skäl att avstå från att använda diagnosen utmattningssyndrom och i stället ange andra diagnoser inom ICD-10.

Tillståndet orsakar betydande funktionsnedsättning med avseende på personliga aktiviteter i det dagliga livet, familj, sociala kontakter, studier, arbete eller inom andra viktiga funktionsområden. Symtomen förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning (exempelvis affektiva syndrom, annan sjukdom specifikt associerad med stress) och symtomen varar inte längre än sex månader, såvida inte den stressutlösande faktorn kvarstår under en längre tid.”

Mycket av ovanstående gäller även idag för anpassningsstörningsdiagnoserna under F43 i ICD-10. I ICD-11 tillkommer möjligheter att lägga till mer information om tillståndet med ytterligare detaljkoder, som är samlade under det som här kallas ”kapitel X”. Efter baskoden kommer till exempel en skattning av svårighetsgrad kunna läggas till men kanske även kod för psykosociala faktorer.

Lång sjukskrivning som skapar ännu längre sjukskrivningar?

I en rapport från SBU som kom i december 2022 [5] anges att det inte finns vetenskapligt stöd för att några åtgärder i sjukvården har positiva effekter på återgång i arbete vid längre sjukskrivningar. Detta gäller redan efter tre månaders sjukskrivning och det finns heller inte vetenskapligt stöd för positiva effekter på hälsa och funktion. Sådana långa sjukskrivningar som socialstyrelsens beslutsstöd föreslagit vid utmattningssyndrom (upp till ett år eller mer även på heltid), kan ha genererat ännu längre sjukskrivningar på grund av negativa



hälsoeffekter av sjukskrivningen i sig. Rekommendationerna för anpassningsstörning är att sjukskrivning i lindriga fall ska undvikas och vid svårare tillstånd vara upp till tre månader (på heltid eller deltid).

Vi behöver inte vänta på ICD-11

Redan idag kan det finnas skäl att avstå från att använda diagnosen utmattningssyndrom och i stället ange andra diagnoser inom ICD-10.

Initialt kan diagnosen F43.0 **Akut stressreaktion** kanske passa. Senare kan diagnosen F43.2 **Anpassningsstörning** vara lämplig. Någon av diagnoserna F 43.8 **Andra specificerade reaktioner på svår stress** eller F43.9 **Reaktion på svår stress, ospecificerad**, kan även anges även om dessa inte finns med i det försäkringsmedicinska beslutsstödet från Socialstyrelsen [6].

Jäv saknas.

Petra Widerkrantz
Allmänläkare,
Medicinsk rådgivare på
Enheten för kunskapsstyrning,
Avdelningen för hälso- och
sjukvårdsstyrning, Region Skåne
petra@hack.org



Lars Englund
Allmänläkare,
Jakobsgårdarnas vårdcentral, Borlänge
englund1@telia.com



Referenser:

1. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-11/>
2. Utmattningssyndrom • Huvudredaktör: Marie Åsberg • Förlag: Gothia Kompetens • Sidor: 304 ISBN: 978-91-7741-373-8
3. <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-2-2024/r/21/41/1919/1461353>
4. <https://allmanmedicin.sfam.se/p/allmanmedicin/nr-4-2022/r/32/63/1919/781989>
5. SBU. Insatser i vården vid långtidssjukskrivning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Utvärderar 359. Tillgänglig på: <https://www.sbu.se/359>
6. <https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/>

ANNONS

Nya läkemedel mot Alzheimers sjukdom

– vilka konsekvenser får det för primärvården

I november 2024 rekommenderade The Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) inom the European Medicines Agency's (EMA) att antikroppen lecanemab skulle få rätt att försäljas inom EU [1]. Liknande beslut har också fattats i Storbritannien [2, 3], men The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) har i ett preliminärt beslut sagt att vinsterna inte uppväger kostnaderna [4]. Läkemedlet finns redan på marknaden i bland annat USA, Japan, Kina, Israel.

Beslutet var överraskande, eftersom CHMP tidigare hade föreslagit avslag, men efter att ha inskränkt indikationsområdet (homozygota bärare av riskgenen APOEε4 är kontraindicerade) och kanske på grund av en omfattande opinionsstorm ändrade sig CHMP. Det formella beslutet som enbart bygger på en risk-nyttaavvägning fattas sedan av EMA. Turerna är dock många. Nyligen meddelades att CHMP på nytt skall granska säkerhetsinformationen (Dagens Medicin 12/2). Godkänd indikation är så kallad mild kognitiv funktionsnedsättning/störning (mild cognitive impairment, MCI) vid Alzheimers sjukdom (AS) samt mild demens på grund av AS.

Innan läkemedlet blir tillgängligt för patienter i Sverige skall Rådet för nya terapier (NT-rådet), som även gör kostnadseffektivitetsavvägningar, yttra sig och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) skall prissförhandla.

Trots att en stor andel av amyloid i hjärnan elimineras var effekten ganska modest – cirka 27% minskning av progressionshastigheten [5], vilket gjorde många besvikna. Det finns potentiellt allvarliga biverkningar, så kallade amyloid-related imaging abnormalities (ARIA) med hjärnödem och mikroblödningar i hjärnan. För närvarande administreras behandlingen som infusion varannan vecka (eller 1/månad för en annan antikropp, donanemab som kanske också godkänns) vilket ställer stora krav på logistik och kapacitet hos specialisterna. Dock kan en variant av lecanemab med subcutan injektion lgång/vecka vara på gång. Prissättningen i bland annat USA (26 500 US\$/år) har ur ett europeiskt perspektiv bedömts som oralistisk och det har förts diskussioner om så kallad "budget impact" om de nya medicinerna blir föremål för läkemedelssubvention [6].

Behandling med lecanemab och andra likande antikroppar bygger på den så kallade amyloidkaskadhypotesen och ytterst på frågan: vad är Alzheimers sjukdom. Det pågår en ganska intensiv diskussion bland forskare och kliniker sedan Alzheimers Association i USA och ett flertal forskare föreslog en biologisk/

biomarkörbaserad definition av AS, det vill säga oavsett symptom-bild [7]. Sedan 2011 finns ett forskningsparadigm som inddelar AS i tre nivåer: preklinisk (inga symptom) [8], prodromal (MCI) [9] och manifest demens [10]. Man vet nämligen att många år innan symptom uppkommer pågår det en process med neuronskada och neuronöd i hjärnan (preklinisk AS), men nu föreslog man att det skulle vidgas till att tillämpas även kliniskt.

I Sverige har debatten förts bland annat i Läkartidningen [11-13], där olika forskare och kliniker protesterade och hävdade att det måste föreligga symptom på kognitiv funktionsnedsättning för alzheimerdiagnos. Även internationellt förkom protester, bland annat av en internationell grupp av inflytelserika forskare [14], som också hävdar att symptom måste ingå i definitionen. Det finns också många studier som visar att en stor andel personer med amyloidinlagring i hjärnan inte utvecklar kognitiva symptom [15]. De nya läkemedlen har etiketten "sjukdomsmodifierande behandling" (disease modifying treatment, DMT) av AS. Många föredrar hellre att de benämns "anti-amyloid behandling" som bättre återspeglar den funktion de har. Preklinisk AS är inte en godkänd indikation (men sådana studier pågår).



Trots att en stor andel av amyloid i hjärnan elimineras var effekten ganska "modest" – cirka 27% minskning av progressionshastigheten, vilket gjorde många besvikna.

Ett annan viktig komponent i debatten har varit utvecklingen av så kallade blodbaserade markörer vid AS [16], hur tillförlitliga dessa är och hur de skall användas för att definiera AS. En av orsakerna till att Alzheimer Association i USA inledde diskussionen kring så kallad preklinisk AS var att de blodbaserade biomarkörerna genom sin potentiella lättillgänglighet förändrar förutsättningarna i diagnostiken. De data som hitintills presenterats beträffande exempelvis prediktiva värden bygger dock på

studiepopulationer som har ganska hög prevalens av AS och när data om sensitivitet och specificitet appliceras på lågprevalenta populationer (till exempel populationsbaserat eller i primärvården) sjunker framförallt det positiva prediktiva värdet och risken för falskt positiva utfall ökar. Å andra sidan ökar det negativa prediktiva värdet, dvs förmågan att frikänna från sjukdom.

Idag används cerebrospinalvätska (CSF) via lumbalpunktion (som är krångligt) samt PET av hjärnan (som är dyrt och lågtillgängligt) som biologiska markörer. Så länge inriktningen kliniskt var på AS med etablerad demens var det egentligen inget större problem. De idag godkända läkemedlen (de tre acetylkolinesterashämmarna donepezil, galantamin och rivastigmin) samt memantin har funnits länge, de är billiga, effekten är ganska modest men de är idag integrerade i behandlingen. Med utvecklingen av de blodbaserade biomarkörerna och lecanemab blir dock situationen en helt annan.

Primärvårdens roll här kommer att bli att hantera efterfrågan

på utredningar och eventuell remittering till minneskliniker, geriatrikmottagningar med mera. Ansvar för behandling med de nya läkemedlen och uppföljande kontroller kommer som det ser ut i nuläget inte att ligga i primärvården.

Hur stor är omfattningen, det vill säga hur många kan tänkas bli föremål för bedömning hos oss som arbetar i primärvården?

Utifrån epidemiologi och populationsdata kan vi anta att cirka 200 000 har MCI vid AS [17] och kanske cirka 40 000 har mild demens på grund av AS.

Den stora utmaningen kan dock bli de som tror att de kan ha en tidig AS. Kvällstidningarna har ju bombat oss med braskande artiklar om tidiga symptom på AS, blodmarkörernas förträfflighet och den nya läkemedelsbehandlingen. Så kallad subjektiv minnesstörning

kan ju vara ett tidigt symptom på AS (men behöver ju inte vara det) som kan få personer att vilja utredas och eventuellt remitteras. Här är ju prevalensen än mer osäker, men man kan skatta att cirka 25–50% av befolkningen 65 år och äldre kan



I Sverige har debatten förts bland annat i Läkartidningen, där olika forskare och kliniker protesterade och hävdade att det måste föreligga symtom på kognitiv funktionsnedsättning för alzheimerdiagnos.



ha subjektiva minnesstörningar, vilket då kan motsvara cirka 0,5–1 miljon personer i Sverige. Nu kommer ju inte alla dessa att efterfråga en bedömning direkt, men dessa epidemiologiska data indikerar ändå en potentiell omfattning av de volymer som kan komma i fråga.

Hur skall vi då i primärvården förhålla oss, oavsett vad omfattningen blir och vad vi tycker om nyttan av de nya läkemedlen och blodmarkörerna? Med tanke på arbetssituationen i primärvården föreslår jag ett pragmatiskt förhållningssätt för att identifiera personer med tänkbar tidig AS. Även om de blodbaserade biomarkörerna har sina brister, så utgör de ett användbart ”filter”. Vi bör använda ett kognitivt test som är något känsligare för lättare kognitiv nedsättning än Minimal state examination (MMSE), till exempel The Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Den kognitiva testningen kan ju med fördel göra av exempelvis sjuksköterska eller arbetsterapeut (många vårdcentraler har en intern organisation för demensutredningar). Vi bör också kunna utesluta personer som uppenbart är kontraindicerade för behandling med de nya läkemedlen, till exempel patienter med antikoagulansbehandling. Homozygota med APOEε4 blir ju också kontraindicerade, och frågan blir om vi i primärvården eller specialisterna skall ansvara för detta prov. Uppenbart multisjuka personer bör också kunna exkluderas inför remittering. I de flesta fall gör vi idag en DT hjärna och inte MR hjärna undersökning i våra demensutredningar. Det kommer

att krävas en MR hjärna innan behandling med de nya läkemedlen kan komma ifråga.

Ytterst handlar det om vem som skall betala för APOE-testningen och MR-undersökningarna. Om vi i primärvården kan på ekonomiskt tillskott för dessa undersökningar (till exempel riktade medel för alzheimerutredning) skulle ju detta kunna förbättra primärvårdens ”filterfunktion”, snabba på utredningarna och avlasta specialistmottagningarna. Det finns idag också ett flertal webbaserade kognitiva tester. Ibland hänvisas personer från sådana tester till oss för utredning. Vilken roll sådana tester kan spela vid utredningar är oklart. Blir det dubbelarbete? Kan de avlasta oss genom att ”filtrera” bort personer med subjektiv minnesstörning men normala tester? Kan minneskliniker/geriatriska mottagningar acceptera utfall från sådana tester för utredning utan att gå via primärvården (tveksamt).

Den största bördan av de nya medicinerna kommer dock att falla på specialistmottagningarna som redan idag har långa väntetider. Förutom att utreda, skall dessa även ansvara för behandling (och dess kostnader) och uppföljning av biverkningar och effekter. Det kommer sannolikt att krävas 4–5 MR hjärna undersökningar under det första året (för att bland annat se om så kallad ARIA föreligger) och det har också förts diskussioner om hur röntgenklinikerna skall hantera ökningen av MR-undersökningar [18].

Sammanfattningsvis kan introduktionen av de nya läkemedlen medföra stora utmaningar för primärvården och det är angeläget att vi i primärvården redan nu diskuterar hur vi ska hantera detta.

Aktuellt jäv saknas. Anders Wimo har tidigare samarbetat med läkemedelsföretag med inriktning på Alzheimers sjukdom. Senast ett så kallad advisory board 2019 för Eisai (som marknadsför lecanemab).

Anders Wimo

Allmänläkare, Premicare Hälsocentral Bergsjö,
Professor emeritus,
Institutionen för neurobiologi,
vårdvetenskap och samhälle,
Karolinska Institutet,
ledamot i SFAM:s råd för sköra äldre
anders.wimo@ki.se



Referenser: *(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)*

- EMA. Leqembi recommended for treatment of early Alzheimer's disease, <https://www.ema.europa.eu/en/news/leqembi-recommended-treatment-early-alzheimers-disease>. (2024, accessed Nov 14, 2024)
- van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, et al. Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2023; 388: 9-21. 20221129. DOI: 10.1056/NEJMoa2212948.
- Jonsson L, Wimo A, Handels R, et al. The affordability of lecanemab, an amyloid-targeting therapy for Alzheimer's disease: an EADC-EC viewpoint. *Lancet Reg Health Eur* 2023; 29: 100657. 20230522. DOI: 10.1016/j.lanpe.2023.100657.
- Zhou RZ, Wimo A, Axenus M, et al. Enbart biomarkör räcker i dagsläget inte för alzheimerdiagnos. *Läkartidningen* 2024.
- Gustavsson A, Norton N, Fast T, et al. Global estimates on the number of persons across the Alzheimer's disease continuum. *Alzheimers Dement* 2023; 19: 658-670. 20220602. DOI: 10.1002/alz.12694.



Illustration: Annika Andén

Domens dag

– anteckningar om en alzheimerdiagnos

April månad var kall det året, maj var sval med rätt mycket regn. Mot slutet av månaden sipprade lite varmluft in från söder och ekarna utanför vår balkong började pumpa ny grönska i sina gamla kronor.

Måndagen 31 maj 2021 var en helt vanlig dag med spirande grönska, men vi fruktade att det skulle bli en domens dag – inte för hela världen – men för oss. För att dra ut på det bestämde vi oss för en långpromenad längs sjön till minneskliniken på Sigfridsområdet, som under sin storhetstid rymde nästan 1 000 patienter med olika psykiska sjukdomar. Nu finns där drygt femtio.

Efter en dryg halvtimmas promenad skymtade vi den splittrerna, vitrappade psykiatriska kliniken med vackert rundade hörn. Som ett tempel i en framtida religion tänkte jag. Därinne var det högt i tak, mycket luft och rymd, många mjuka soffor, inga människor. Väntrummet låg lite avsidet med en stor teveskärm som varvade vanliga program med nyttig hälsoupplysning.

Hustru M och jag satt ensamma där. Trots teven rädde andaktsfull tystnad. Vi viskade till varandra. På pricken klockan 10 kom doktor Markus, hälsade oss välkomna på coronavis och ledde in oss i ett ljudisolerat samtalsrum med bekväma möbler. Där fanns också psykiatrisjuksköterskan Anette med brun, pigg

”

Måndagen 31 maj 2021 var en helt vanlig dag med spirande grönska, men vi fruktade att det skulle bli en domens dag – inte för hela världen – men för oss.

ekorrblick och en psykolog som M hade träffat flera gånger. Jag minns bara hennes röst.

Doktor Markus hälsade oss välkomna med lugn och stadig röst. Han utstrålade värme. Sjuksköterskan talade mest kroppsspråk och psykologen började redogöra för alla tester M hade gått igenom. De var många: verbal förmåga fortfarande god, betydligt över genomsnittet för en referensgrupp av akademiker. För övrigt illa. Som att ströva över rivningstomt med en hyggligt bevarad huvudbyggnad i mitten, tänkte jag. M satt till synes lugn. Stämningen var tät.

Doktor Markus började så redogöra för den medicinska

utredningen. Datortomografi av hjärna liksom magnetkameraundersökning var utan anmärkning. Inga säkra tecken på degeneration. Jag noterade att M slappnade av en smula. Alla andra prover var också bra förutom analysvärden från spinalvätskan. Där fanns en typisk störning i proteinmönstret med bland annat rik förekomst av tau (antikroppar). Allt talade för en alzheimediagnos med sjukdomen i ett tidigt skede.

Beskedet var chockartat, men M rörde inte en min. Vi såg inte på varandra. Diagnosen var inte helt oväntad, men beskedet ändå chockartat. Jag hade hoppats på något mjukare, lite mera svävande av *typ lätt kognitiv störning UNS*. Inte detta skarpa pistolskott mitt i bröstet.

Samtalet fortsatte om prognos och möjlig behandling. Jag minns inga detaljer bara att rummet var mättat av empati. Så småningom lämnade vi det vita templet och beslöt oss för en promenad runt hela sjön.

Från och med nu var vårt gemensamma liv ett annat.

Efter ett par hundra meter passerade vi det lilla bostadshus, där vi bodde under våra första år i Växjö för drygt 40 år sedan. Det var vackert beläget 50 meter från sjön och kanske 200 meter från den psykiatriska regionkliniken, där några av landets farligaste fångar förvarades i en radhusliknande byggnad med separata rastgårdar. Rymningarna därifrån var många. Nu är kliniken förvandlad till något som liknar ett militärfängelse, en bunker med höga murar, taggtråd, elstängsel och små skottsäkra fönster. Härifrån kan knappast ens personalen rymma. En tydlig trend i tiden.

Detta tänkte jag medan vi passerade bunkern och närmade oss vårt lilla hus. Vi brukar gå eller cykla förbi här flera gånger om året. Inte i första hand för husets skull, utan för de höga, gamla almarna vid entrén. Jag älskade de där almarna. Mitt starkaste minne är från en varm augustikväll 1978 eller 79. Jag satt på soffan vid ytterdörren och lyssnade på P2, som gav en stråkkvintett av Dvorak. Jag hörde den för första gången och blev helt hänförd. Musiken lyfte och trängde upp i almarnas mörka kronor. Sedan dess har den stannat där. Varje gång jag passerar almarna hör jag Dvoraks stråkar ur lövverket. I bakgrunden har hela tiden funnits oron för dessa träds framtid. Den förhärjande almsjukan har drabbat och dödat de flesta almar i stan. Våra almar har hittills klarat sig, men jag vet ju att förr eller senare ...

”

Vi har insett att det går att leva på ett sluttande plan. Men man vänjer sig inte.

Och just idag blev vi vittne till det vi båda hade fruktat. Först såg jag bara att huset såg ovanligt naket ut, därefter de väldiga högarna av kvistar och grenar på båda sidor om vägen. När vi kom ännu lite närmre pekade jag på de två väldiga stubbarna vid husentrén. M förstod genast. Vi stannade till, men sade inget.

Just idag, tänkte jag innan vi fortsatte. Efter almarnas död har jag inte orkat lyssna på den där stråkkvintetten, men tillsammans har vi flera gånger lyssnat till Dvoraks symfoni *Till den nya världen*. Den ger åtminstone lite lindring även för den som inte vågar hoppas på en ny värld.

”

Idag undrar jag om det hade varit bättre att avvakta med demensutredningen. Då hade vi kunnat få ytterligare ett år utan sjukdomsstämpel.

Det har nu gått tre år och sju månader sedan den där dagen. Vi har insett att det går att leva på ett sluttande plan. Men man vänjer sig inte. Man anpassar sig så gott det går och successivt blir det allt svårare. När de basala färdigheterna faller bort och talet trasas sönder blir det riktigt svårt. Samtalen och vardagen som har varit kärnan i vår gemenskap tynar långsamt bort. Så här långt har inget gott kommit ut av att tvingas leva med sjukdomen. Mitt tålmod och min förståelse har inte blivit större, men mitt i eländet gläds jag över M:s stora tålmod. Hon klagar inte, accepterar det oundvikliga. Hon känner sin fiende bättre än jag som står vid sidan av med mina otillräckliga medicinska kunskaper.

Första året efter diagnos kunde M avsluta en omfattande (populär) vetenskaplig bok, publicera två vetenskapliga artiklar och hålla två större föreläsningar. Jag assisterade lite i bakgrunden, men det mesta gjorde hon själv. Idag undrar jag om det hade varit bättre att avvakta med demensutredningen. Då hade vi kunnat få ytterligare ett år utan sjukdomsstämpel. M tvekar inte en sekund: ”Inget hade blivit bättre av att skjuta på sanningen. Jag ville veta. Nu känner jag ingen större oro. Ovissheten hade varit värre.”

Hennes lugn och klokhet är min enda tröst. För egen del hade jag nog hellre skjutit på utredningen. Den mer abstrakta frågan om det är önskvärt med en tidig diagnos generellt kan knappast besvaras så länge vi inte har tillgång till rimligt effektiva läkemedel. Till dess (och även senare) måste vi lyssna till rösten från den enskilde och inse att önskemålen om diagnos och behandling är individuella. Som vanligt handlar det sällan om ”allt” eller ”inget”.

Jäv saknas.

Christer Petersson
Pensionerad allmänläkare, Växjö
cpetersson121@gmail.com



Harry på äldreboendet Solbacken

Många av distriktsläkarens patienter är gamla. Funktionsnivån hos en del är fortfarande god, men hos andra är krämporna tydliga. Psykiska symtom är inte ovanliga. Symtom viktiga att förstå. För det har distriktsläkaren en särskild möjlighet med bred, både somatisk och psykiatrisk, kunskap. Och inte minst genom det som framgår just i ordet distrikt: en god kännedom om patienten över tid.

Sedan många år har Eva varit distriktsläkare på Killinge vårdcentral. Hon känner orten och sina patienter. Efter att hon uppnått pensionsålder har hon börjat arbeta deltid. Hon trivs. Halva sitt distrikt har hon kvar och den andra halvan har vårdcentralens ST-läkare tagit över tillsammans med Eva. Eva är nämligen hennes handledare. Med det upplägget kan Eva fortsätta ta hand om sina patienter och dessutom tillsammans med en yngre kollega. Och Eva har precis tagit sig an uppgiften att ta hand om äldreboendet Solbacken, som inte haft någon fast läkare på många år. Men nu är det dags.



Sjukdomsbilden gör att han har svårt att förmedla sig. Då är det extra viktigt att vi undersöker.

Dörrarna öppnas automatiskt när Eva stiger in genom äldreboendets port. Det märks att det är nybyggt. Inte ens behöver man trycka på en knapp. Eftersom hon inte varit här tidigare vet hon inte var hon ska gå. På håll ser hon en undersköterska i 60-årsåldern. Eva går mot henne. Undersköterskan verkar glad och säger: ”Är det du som är Eva? Vår alldeles egna distriktsläkare.” ”Ja”, svarar Eva. ”Du är efterlängtd”, säger undersköterskan. ”Vi har verkligen saknat en fast läkare. Sedan Pettersson slutade har det bara varit korta inhopp.” Eva tänker tyst: Det var längesedan Pettersson slutade jobba. ”Kom”, säger undersköterskan. ”Jag visar dig till sjuksköterskeexpeditionen. Ronderna brukar hållas där.”

Sjuksköterskan Inga-Lill välkomnar Eva. De pratar ett tag och sedan sätter de sig vid datorn för att ronda. Eva märker att hon är efterlängtd. Allt är ordnat och förberett för att hon ska komma. Inga-Lill säger: ”Idag behöver vi särskilt prata om Harry. Han har blivit mer och mer utåtagerande. Nu börjar det faktiskt bli ohållbart. Han är ute och springer dåraktigt i korridoren, som en av personalen uttryckte det. De får akta sig för rullatorn. Vi är faktiskt rädda att det ska hända honom eller de andra medboende något. Vad ska vi göra?”

”Vi måste ta detta från början och förstå varför han vandrar”,

säger Eva. Sjukdomsbilden gör att han har svårt att förmedla sig. Då är det extra viktigt att vi undersöker. Kanske vi hittar något. Två händer på buken. Det känns fast över symfysen. Och vid perkussion är ljudet dovt. En full urinblåsa och det gör ont. Precis som vid en ömmande abscess ska vi åtgärda det.

Eva funderar vidare över vad personalen kan ha observerat. Kan han vara hungrig eller förstoppad? Hur är det med medicinerna? Det är inte ovanligt att mediciner kan ge förstoppning. Inga-Lill och Eva går igenom medicinlistan. Eva frågar: ”Varför har han Propavan klockan åtta?” ”Jag tror någon satte in det då han vaknade på natten”, säger Inga-Lill. ”Var det verkligen så smart”, undrar Eva. Och hon fortsätter: ”Gamla behöver ofta inte så mycket sömn. Om läggdags är tidigt på kvällen, ja då är nog sömnbehovet tillgodosett mitt i natten. Men vem vill vakna då? Fy, vad tråkigt.” Inga-Lill fyller i: ”Jag vet Eva. Det gäller att kartlägga sömnmönstret. När sover han och hur många timmars sömn behöver han? Slumrar han på dagen? Kan vi i sådana fall göra något för att han inte ska vara understimulerad? Vi brukar jobba med att läkemedel inte väljs innan vi kartlagt vad som går att göra utan. Propavan klockan åtta låter tidigt. Jag håller med dig. Ska vi ta bort det och utvärdera?”

Propavan är ett antikolinergt läkemedel och kan förutom



Illustration: Annika Andén

förstoppning göra det svårare att få ihop saker och ting rent mentalt. Egentligen ligger det väl i själva ordet: antikolinerg. Om vi vid demens har brist på acetylkolin: ska vi då ge läkemedel som minskar effekten av acetylkolin? Ja, om det vi vill åstadkomma med läkemedlet överväger det negativa. Propavanet i Harrys fall gör nog emellertid mer skada än nytta och kan Harrys gående förklaras av att det kryper i benen? Fentiaziner, tänker Eva. Och Propavan om inte direkt neuroleptika så i alla fall nära besläktat. ”Vi tar bort Propavanet”, säger Eva.

”Vi kommer prata mycket läkemedel med tiden”, säger Eva till Inga-Lill. Och Eva fortsätter: ”Det är inte alltid så enkelt och då är det viktigt att resonera om hur vi använder våra läkemedel. Ibland behöver vi sänka tilltron till dem och öka omvårdnadsåtgärdernas status. Flytta fokus från det som kan framstå som en enkel lösning. Tillsammans utbilda övrig personal om läkemedel. Exempelvis att Oxascand kanske inte alls hjälper mot oron, utan i stället gör att omvärlden upplevs skrämmande. Den gamle som kanske har svårt att förstå talat språk, kan med Oxascanden även få svårt att förstå det så viktiga kroppsspråket. Handen, menad som en klapp, blir någonting annat och upplevs i stället som ett hot. Det blir inte lättare att förmedla det vi vill säga eller visa.”

De läkemedel vi sätter in är det viktigt att vi följer upp och utvärderar. Läkemedel och gamla är svårt. Hur ska vi exempelvis tänka runt SSRI? Det är ett faktum att evidensen för SSRI och äldre är allt annat än strålande. Flera studier har inte visat någon skillnad gentemot placebo när det gäller effekt: däremot på biverkningssidan. Samtidigt väljer vi ofta att behandla när patienten verkar vara reellt deprimerad och varför då? Kan det vara som så att gruppen, som verkligen är deprimerade inte blir tillräckligt stor, jämfört med de som också inkluderas med symtom som apati och livsleda. Även för den gamle personen behöver livet fyllas av innehåll. Jag vet att Svensk förening för äldrepsykiatri för ett par år sedan, i Dagens Medicin, skrev bland annat om vikten av uppföljning av antidepressiva läkemedel och att ta hänsyn till den egna expertisen utifrån patientens unika situation [1].

För att bättre förstå Harrys mående idag fördjupar sig Eva och Inga-Lill i de diagnoser han tidigare fått. Eva är tyst. Tick, tack hörs från den gamla Amerikaklockan på väggen. Plötsligt säger hon entusiastiskt: ”Men det är ju Harry, min patient sedan många år.” Och hon fortsätter: ”Jag har patientkännedom, kan hans livsberättelse och vet vem han är bakom sjukdomen. För Harry är det något särskilt med skymningar, månskenets dansande ljus över fälten. Och träden. Naturens innersta väsen”

”Han älskar måleri och ingen håller han lika högt som Carl Fredrik Hill. Och det finns inte en möjlighet att han inte har sin äkta Hill på sitt rum. Tavlan med träden i månskenets ljus.” ”Den hänger där”, säger Eva-Lill. Och hon fortsätter: ”Vi är alltid noggranna att de boende ska få sina rum inredda på ett sätt så de känner sig hemma. Det blir då också lättare att prata med dem om saker som betyder något för dem. Vi jobbar så gott det går med den gamle själv. Anhöriga är ofta mycket engagerade och uppskattar att vi vill delta. Genom det lär vi oss också känna personen bakom sjukdomen bättre.”

Och Hills konst är viktig för Harry. Det minns Eva under de hembesök hon gjort, när Harry haft sina djupa depressioner. Sådana endogena depressioner som kommer inifrån utan någon egentlig orsak. Vid de tillfällena har Eva arbetat tätt tillsammans



Med utgångspunkt från Harrys konstintresse lyckades de få till ett mycket bra samarbete med honom under hans nattsvarta period.

med psykiatrin. Med utgångspunkt från Harrys konstintresse lyckades de få till ett mycket bra samarbete med honom under hans nattsvarta period. Genom konsten kände han sig sedd. Och hon tänker särskilt på det citatet hon läste i förra numret av tidningen AllmänMedicin: *”Budskapet är inte att konsten kan bota sjukdomar, men däremot hjälpa oss att leva ett rikare och kanske sannare liv.”* [2] Faktiskt var det så vi fick Harry att förstå och acceptera viktig läkemedelsbehandling, samtidigt som han kunde använda konsten för ett bättre mående.

Men en sådan mörk period har inte Harry nu, tänker Eva. Det hade jag i sådana fall redan förstått. Kanske han har en sådan ledsenhet som ibland uppkommer hos gamla när sammanhang ändras. Då fruon och kanske många andra vänner gått bort. Flytten till boendet med en annan miljö och andra människor. Något som kan vara svårt att förstå. Vara beroende av andra. Att inte längre få köra bil. Nog räcker det för att få en känsla av förlust.

Det är viktigt att de förstår vad som hänt när de flyttar in på äldreboendet, så de känner sig hemma. Att de aktiveras utifrån sin egen person. ”Harry älskar marschmusik”, säger Inga-Lill. ”Hans son var här och de satt och spelade på hans grammofon. Det är tydligt att han brukar bli lugnare då.” ”Jag vet”, säger Eva och fortsätter: ”Han älskar marschen Norrlands färger och har till och med träffat Viktor Widqvist. Sedan han var ung har han spelat eufonium i Hemvärnets musikkår. Jag förstår att ni redan gjort mycket för att Harry ska känna sig hemma. Och gamla minnen är lättare att plocka fram än nya för någon som Harry.”

”Inga-Lill, har du förresten tänkt på att kognitiva sjukdomar ofta har psykiska symtom redan innan det kognitiva märks? Tänk på att plackbildningen först kan börja i amygdala. Du förstår säkert vad jag menar”, säger Eva. Inga-Lill börjar bli otålig: ”Nu måste vi gå till Harry, vi har ändå en hel del som ska hinnas med idag.”

Jäv saknas.

Sven Hagnerud
Distriktsläkare och psykiater
CaroCare® och Region Uppsala
sven.hagnerud@carocare.eu



Referenser:

- Ludvigsson M, Sparring Björkstén K, Sigström R, Waern M, Karlsson I, Aguilar-Palimo H, et al. Antidepressiva kan hjälpa vid depression hos äldre. Dagens Medicin [internet]. 18 maj 2020 [citerad 7 jan 2025]; hämtad från: ”Antidepressiva kan hjälpa vid depression hos äldre” – Dagens Medicin
- Petersson C. Konsten som terapi. AllmänMedicin. 2024;45(4):44-6

Varför behövs en äldremottagning på vårdcentralen?

På våren 2019 beslutade vi på Tidans vårdcentral, som är en offentligt driven vårdcentral belägen på landsbygden utanför Skövde med drygt 4 000 personer listade, att starta en äldremottagning. Den grupp av äldre med många läkemedel som inte hade en fast läkare, trots att vårdcentralen varit fullbemannad sedan länge, var en växande skara som i stor utsträckning sköttes av våra utbildningsläkare. Kontinuiteten var dålig både på läkar- och sköterskesidan. Telefonsamtalen sköttes av alla sjuksköterskor och risken för missförstånd hos både patient och sköterska var stor.



Den grupp av äldre med många läkemedel som inte hade en fast läkare, trots att vårdcentralen varit fullbemannad sedan länge, var en växande skara som i stor utsträckning sköttes av våra utbildningsläkare.

Eftersom vårdcentralen är liten och personkänndomen därmed hög var det inte något större jobb att lista de patienter som man upplevde som skörast, av de äldre patienterna, utan fast läkare. En heldag i veckan avsattes för en distriktsläkare, det vill säga jag, och en distriktsköterska med stort eget intresse för patientgruppen. Vi utgick från att varje patientbesök behövde en timme och att behovet av hembesök var stort och stipulerade utifrån dessa enkla parametrar att vi inte kunde klara fler än 40 patienter. Urvalet till mottagningen av ovan nämnda var de som bedömdes som sjukast eller de som kontaktade vårdcentralen mycket, antingen själva eller av oroliga anhöriga.

Eftersom flertalet av dessa patienter skötts av olika läkare var majoriteten av patienterna nya för mig och starten blev mödosam med att lära känna så många multisjuka patienter på kort tid. Om sjuksköterskan inte heller känner patienten väl är hon oftast med vid inskrivningstillfället. Vid kallelsen brukar vi uppmana patienten att ta med någon närstående om hon själv vill. På så vis får vi en mer samlad bild över patientens situation och jag och sjuksköterskan kan snabbare få en uppfattning om både de medicinska och omvårdnadsmissiga behoven. Att

många är kognitivt sviktande är uppenbart, men de uppfyller ändå inte de allt högre krav för hemsjukvård som vi upplevt i vår kommun de sista åren.

En särskild telefon upprättades för dessa patienter för att lättare komma i kontakt med vårdcentralen och med en och samma sjuksköterska. Att det skulle bli en svår uppgift att klara, misstänkte vi på vår lilla vårdcentral, och det blev till slut övermäktigt. Samtalen blev så pass många att hon hade svårt att även hinna med sina övriga uppgifter. Målet är ändå att vi ska kunna återgå till en särskild telefon då det är besvärligt för den här patientgruppen att få kontakt med vården.

Alla patienter får två planerade läkarbesök per år där ett av dessa är ett hembesök där även sjuksköterskan är med. Under perioder med ökad sjuklighet kan både mottagnings- och hembesöken bli fler.

Hembesök tillhör ovanligheterna i primärvården idag vilket inte är särskilt konstigt med tanke på vår arbetssituation. Tidskrävande och ovanligt arbetssätt för många av oss, men i själva verket tidsbesparande och effektivt. Att be patienten gå och hämta sina mediciner i skafferiet är ibland en upplevelse att jämföra med en upptäcktsresa. Att de läkemedel som patienten i själva verket tar kan vara så väsensskilda från vår läkemedelslista blir ibland en gemensam och mycket intressant upptäckt.



Illustration: Annika Andén

”

En särskild telefon upprättades för dessa patienter för att lättare komma i kontakt med vårdcentralen och med en och samma sjuksköterska.

Foto: Adobe Stock



Som när jag frågade en patient vid ett av hembesöken om hon tog kalktablettorna varje dag varpå hon tog fram burken med järntablettorna. Det hade vi sannolikt aldrig fått reda på om inte patienten fått möjlighet att visa oss sitt läkemedelsförråd.

”

Att be patienten gå och hämta sina mediciner i skafferiet är ibland en upplevelse att jämföra med en upptäcktsresa.

Vi hade heller aldrig fått reda på hur livssituationen tett sig för den patient med grav hjärtsvikt, som remitterats ut från sjukhuset, om vi inte besökt honom i hans hem. Han hade vårdats ineliggande för hjärtsvikt i palliativt skede där kardiologen inte kunde göra mer. Hemsjukvård hade han tackat nej till, han ville bara hem och rå sig själv, men ett hembesök av oss kunde han tänka sig. Det var en kall och snörik vinterdag. När vi hittat ut till hans stuga på landet var garageinfarten skottad. Han var ensamstående och vi tänkte att snälla grannar hjälpt honom. Vi hade väntat oss en sängliggande patient, men han mötte oss glatt i dörren och snön hade han skottat själv, ”ett par meter i taget, sen vila och så är det klart!” Det hade varit

betydligt svårare att förstå vad han klarade av om han bara berättat om det.

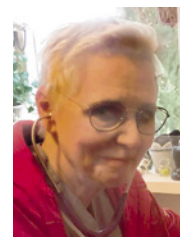
Demensutredningar gör vi för det mesta själva när den kognitiva svikten är så pass uttalad att det påverkar vardagen för patienten. När vi bedömer att vi inte räcker till remitteras patienten till den psykiatriska mottagningen på sjukhuset. Vikten av att få en diagnos vid demensmisstanke kan inte nog understrykas. Om diagnos uteblir, som vi sett exempel på många gånger, uteblir också den hjälp och det stöd som patienten och inte minst anhöriga är i behov av. För dessa patienter är också behovet av att få träffa samma läkare och samma sjuksköterska extra stor. Risken för onödiga sjukhusvistelser, som även kan försämra patienten, vet vi minskar om kontinuiteten på vårdcentralen upprätthålls.

Jag tror att man kan organisera en äldremottagning på många olika sätt. Varje vårdcentral har sina egna förutsättningar. Det viktigaste är att man planerar tillsammans med sjuksköterskan och chefen och sedan diskuterar med hela vårdcentralen så att alla är med på tåget. Då blir det stöd man behöver för en ny verksamhet bättre.

Det sista argumentet för att starta en äldremottagning är att det är en av de roligaste arbetsuppgifterna man kan tänka sig.

Jäv saknas.

Solveig Wanland
Allmänläkare,
Närhälsan Vårdcentralen Tidan, Skövde
solveig.wanland@hotmail.se



Evidensbaserad praktik och fortbildning måste gå hand i hand

Att arbeta evidensbaserat är en förutsättning för att bedriva bästa möjliga vård och en patientsäker vård. Krav på vetenskaplighet är till och med inskriven i en lag som säger att all sjukvård skall ske enligt ”vetenskap eller beprövad erfarenhet” [1]. Det anses vidare vara resurseffektivt att arbeta utifrån evidensbaserad praktik (EBP). Men hur bra är vi på att arbeta enligt EBP inom allmänmedicin idag?

Uppkomsten till det evidensbaserade systemet tog sin början kring 1850-talet, i strävan att systematiskt kartlägga vilka behandlingar som var effektiva och kunde förhindra patienters sjukdom och död [2]. Det vill säga den behandling som gav bästa outcome för patienten. Fram till dess var behandlingarna av varierande kvalitet och baserades på den enskilde läkarens erfarenheter. Florence Nightingale och hennes omvårdnadsfilosofi och dokumentationer var en förebild i detta arbete vid den här tiden, följt av läkaren Archie Cochrane som vid 1940-talet propagerade för att bygga medicinska beslut baserade på så mycket evidens som möjligt [2]. Det var också nu som den första dokumenterade RCT:n (randomiserad kontrollerad studie) genomfördes, vars efterföljare senare kom att lägga grunden för forskningssammanställningar (metaanalyser) för medicinskt beslutsfattande.



EBM uppmanade medarbetare att diagnostisera patienterna baserad på vetenskap, men att behandla dem i enlighet med deras egna preferenser och kontext.

Den kanadensiskamerikanske läkaren David Sackett, ofta kallad evidensbaserad medicins fader, grundade den första institutionen för ”Klinisk epidemiologi” 1967. Syftet var att minska de vårdrisker som hade sitt ursprung i varierande vårdkvalitet och ojämlig tillgång till vård beroende på vart man bodde då detta skapade lidande och hög ekonomisk kostnad för patienterna [2].

1991 etablerades begreppet EBM (evidensbaserad medicin) för första gången av Guyatt och Sackett. ”EBM uppmanade medarbetare att diagnostisera patienterna baserat på vetenskap,

men att behandla dem i enlighet med deras egna preferenser och kontext” [2]. Utvecklingen ledde vidare till EBP (evidensbaserad praktik) när man funderade mer kring hur evidensen bäst skulle kunna tillämpas i praktiken.

I Sverige är det framför allt tre myndigheter som samverkar för att underlätta implementering av den svenska evidensbaserade vården. Socialstyrelsen skriver de nationella riktlinjerna inom sjukvården baserade på det underlag som myndigheten ”Statens beredning för medicinsk och social utvärdering” (SBU) sammanställer från metaanalyser och andra kunskapsunderlag. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bidrar i nästa led till utveckling och implementering av svensk vårds styrning utifrån de nationella riktlinjerna. Det övergripande syftet är att ge ”En jämlik, resurseffektiv vård av hög kvalitet” [3].

Idag är sjukvårdssystemet mer komplext än tidigare, mängden kunskap växer, vilket nog är en delförklaring till att det idag finns många subspecialiteter inom vården. Primärvården med vårdcentralerna utgör dock grunden i svensk sjukvård sedan deras införande på 1960-talet och allmänmedicin är den specialitet (egen specialitet sedan 1981) som har störst kontaktyta med befolkningen. Idag sköts mer än 50% av alla besök i hälso- och sjukvården av vårdcentralerna och besöks av mer än 70% av befolkningen per år [4].

Vårdcentralerna fungerar därför som informationskälla om befolkningens hälsa och levnadsvillkor, och möjliggör datainsamling för forskningsunderlag. På 80-talet, grundlades primärvårdens första forsknings- och utvecklingsenheter vid en del vårdcentraler.

Trots det ser vi idag en blygsam andel forskande allmänspecialister jämfört med andra specialiteter och endast någon procent av all medicinsk forskning sker i primärvården. Det beror sannolikt på att mindre än 10% av de forskningsmedel som tilldelas går till primärvården [5].

Som generaliserad verksamhet, behöver allmänläkare sannolikt även förhålla sig till den största informationsmängden och flest antal riktlinjer som specialitet jämfört med andra specialiteter, i sitt dagliga arbete. Allmänläkare behöver vara up-to-date inom många sjukdomstillstånd hos ung som gammal. Fortbildning torde därför vara prioriterat inom den allmänmedicinska specialiteten för att kunna ge den goda vård som eftersträvas.

Dessvärre är forskning och fortbildning något som ofta blir eftersatt på grund av att verksamhetens produktionskrav går före. Enligt avhandlingen ”Primärvården och evidensen” (Abelson, 2023), framkommer att brist på resurser i form av tid och pengar är en av anledningarna till att fortbildning och forskning inom allmänmedicin får stå tillbaka [2].

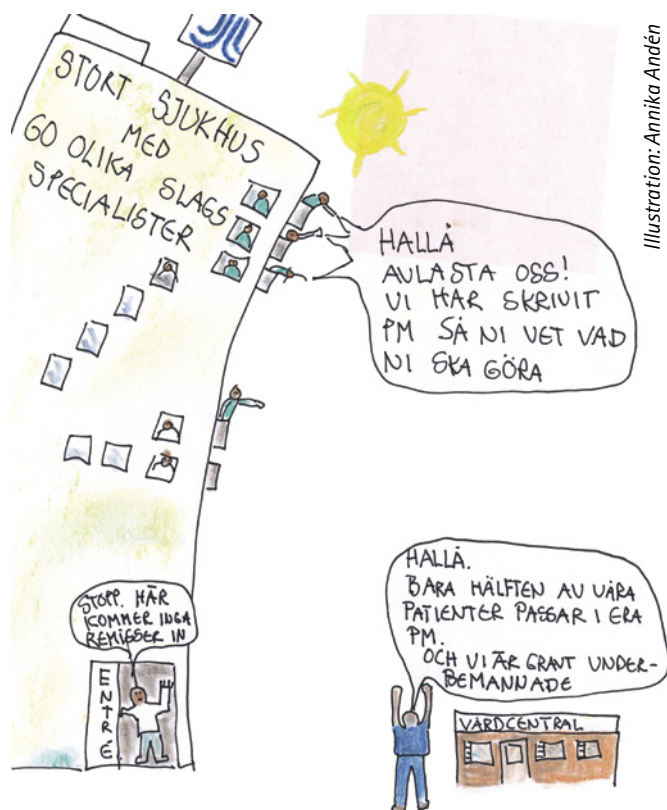
En annan anledning till att prioritera forskning inom primärvården är att riktlinjer avseende behandlingar vanligen utgår från evidens framtagen av sjukhusvårdens subspecialiserade (forsknings-)discipliner, det vill säga från ett specifikt sjukdomstillstånd. Patienterna inom den allmänmedicinska specialiteten har dock ofta flera sjukdomar och behandlingar pågående samtidigt. Anpassning av riktlinjer till primärvårdens kontext behöver ofta göras för att passa patienten. Med en ökande andel äldre och multijuka i befolkningen kommer det sannolikt bli allt vanligare.

Allmänläkarens egna erfarenheter, förmåga att söka kunskap, tillgång till kollegial dialog och konsultation behövs ofta för att komma fram till bra behandling. Att involvera allmänmedicinsk specialitet i framtagande av riktlinjer och beslutsstöd utgående från primärvårdsforskning och fortbildning är en nödvändighet för att arbeta enligt EBP.

Enligt min egen erfarenhet som specialist i allmänmedicin och genom arbete på olika orter i Sverige, kan jag hålla med om att bristen på resurser till fortbildning och forskning är genomgående, liksom att vården på intet sätt är jämlik i Sverige idag, utan varierar stort beroende på var i landet man bor och att det finns mycket kvar att göra för att verkligen kunna erbjuda en god och nära vård.



Vårdcentralerna fungerar därför som informationskälla om befolkningens hälsa och levnadsvillkor, och möjliggör datainsamling för forskningsunderlag.



Att satsa på primärvården, med ökade resurser till fortbildning och forskning med fokus på primärvårdskontext torde vara en förutsättning för att arbeta enligt EBP, som i sin tur anses leda till att vården använder begränsade kliniska resurser

på absolut bästa sätt, säkerställer patientsäker vård av hög kvalitet, förbättrar överlevnad, minskar morbiditet, samt bidrar till en mer jämlik vård [2]. Förbättrade förutsättningar för att arbeta enligt EBP inom primärvården – basen i svensk sjukvård, kommer att gynna hela vårdkedjan och sjukvårdssystemet över lag. Troligen genom förbättrad sekundärprevention, minskad övermedicinering, färre akutbesök och så vidare.

Rätt kunskapsunderlag för primärvården och dess praktik, kommer också leda till implementering av kloka styrssystem inom vården.

Det är dags att se sjukvårdssystemet som en helhet och inte uppdelade i subspecialiserade fack. Att prioritera primärvårdens roll i sjukvårdssystemet krävs för en välfungerande och hållbar sjukvård. På så vis kan vi fortsätta ge våra patienter en god, säker, jämlik och effektiv vård enligt EBP.

Jäv saknas.



Camilla Berggren

Allmänläkare,
ledamot i SFAM styrelse Stockholm
cberggren2010@hotmail.com

Referenser:

- 6 kap 1 § Patientsäkerhetslag (2010:659);
- Abelsson, Tobias (2023). Primärvården och evidensen – Evidensbaserad praktik i svensk offentlig primärvård ur olika perspektiv. Doktorsavhandling. Sahlgrenska akademien, Göteborg.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hämtad 2024-12-27. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/systemforkunskapsstyrning.48276.html>
- Björklund, Cecilia (2020). Hög tid att bryta guldet i primärvården. Läkartidningen. 44-45. URL: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/10/hog-tid-att-bryta-guldet-primarvarden/#:~:text=Cecilia%20Bj%C3%B6rklund%2C%20senior%20professor%20i,procent%20av%20befolkningen%20varje%20%C3%A5r>
- Östgren, Carl Johan (2018). Klinisk forskning i primärvård är viktig. Läkartidningen. 13-14. URL: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/reflexion/2018/03/klinisk-forskning-i-primarvard-ar-viktig/>

Lärandemiljöns betydelse

För att fortbildning ska få effekt i verksamheten behövs en god lärandemiljö. Smågruppslärande med falldiskussioner ger ofta mer behållning än katedrala föreläsningar kring specifika sjukdomstillstånd. Du som allmänläkare hänger ofta upp ditt lärande utifrån egna erfarenheter eller berättelser om unika fall. Faktaspäckade sammanställningar baserade på studier där den ingående populationen är selekterad på ett sätt som du inte känner igen från din egen vardag, fäster inte lika bra. Att presentera ett vårdprogram inför stor publik utan möjlighet till diskussion är sällan en bra idé. Det är genom kollegial dialog kunskapsstöd av olika sorter får genomslag.

Guidelines blir till mindlines [1] inte genom instrumentell implementering i form av föreläsningar, utan genom en process som kan liknas vid kompostering. Kollegan Malin André beskrev detta träffande för länge sedan, tyvärr inte hör-sammad av kunskapsstyrningens profeter. Vetenskapen möter den samlade kliniska erfarenheten på arbetsplatsen eller FQ-gruppen, är vad det handlar om. Är detta användbart för din patient i just den situation du befinner dig i?



Att presentera ett vårdprogram inför stor publik utan möjlighet till diskussion är sällan en bra idé. Det är genom kollegial dialog kunskapsstöd av olika sorter får genomslag.

I din vardag befinner du dig i en berikande lärandemiljö. Du kanske inte alltid upplever det så, men växlingen mellan det rutinartade och det utmanande är i grunden något som stimulerar ditt lärande. Dina lärandemetoder är variationsrika. Du identifierar dina vita fläckar och ser vilka rutiner som fungerar och vad som behöver förbättras. När arbetstem-pot ökar och belastningen för dig närmar sig det orimliga, saknar du ofta utrymme för reflektion. Schemaplaneringen och inte minst klimatet på din arbetsplats får bekänna färg. Eftersom merparten av ditt lärande pågår samtidigt som du arbetar, bör du fundera över om din arbetsplats kan betecknas som utvecklande.

Vad kännetecknar en utvecklande arbetsplats? [2]

1. Att det finns en tydlig och *gemensam inriktning av verksamheten* (vision, mål) vars innebörd förstås och accepteras på bred front
2. Att medarbetarna har *hög delaktighet i planering, utförande och utvärdering* av verksamheten
3. Att man har (och upplever sig ha) ett tillräckligt *handlingsutrymme*
4. Att *fel och misstag* (avvikelser) utnyttjas som viktiga källor till lärande
5. Att man får konstruktiv *återkoppling* på konsekvenserna av sitt handlande
6. Att det finns ett *klimat* för lärande som utmärks av:
 - öppenhet och tillit snarare är rädsla och ängslan
 - en betoning av initiativ och risktagande, men också ansvar
 - en tolerans för olikheter, osäkerhet och fel
 - uppmuntran av alternativtänkande och (om-) prövning av etablerade tanke- och arbetssätt

Befinner du dig på en sådan arbetsplats är du lyckligt lottad! Om inte så får du tillsammans med dina kollegor, medarbetare och chef försöka skapa en sådan.

Fortbildning x lärandemiljö = effekt
Kontinuerlig professionell utveckling för dig som allmänläkare inkluderar allt lärande som syftar till att bibehålla, uppdatera, utveckla och förstärka dina olika kompetenser och förhållningssätt



Illustration: Annika Andén

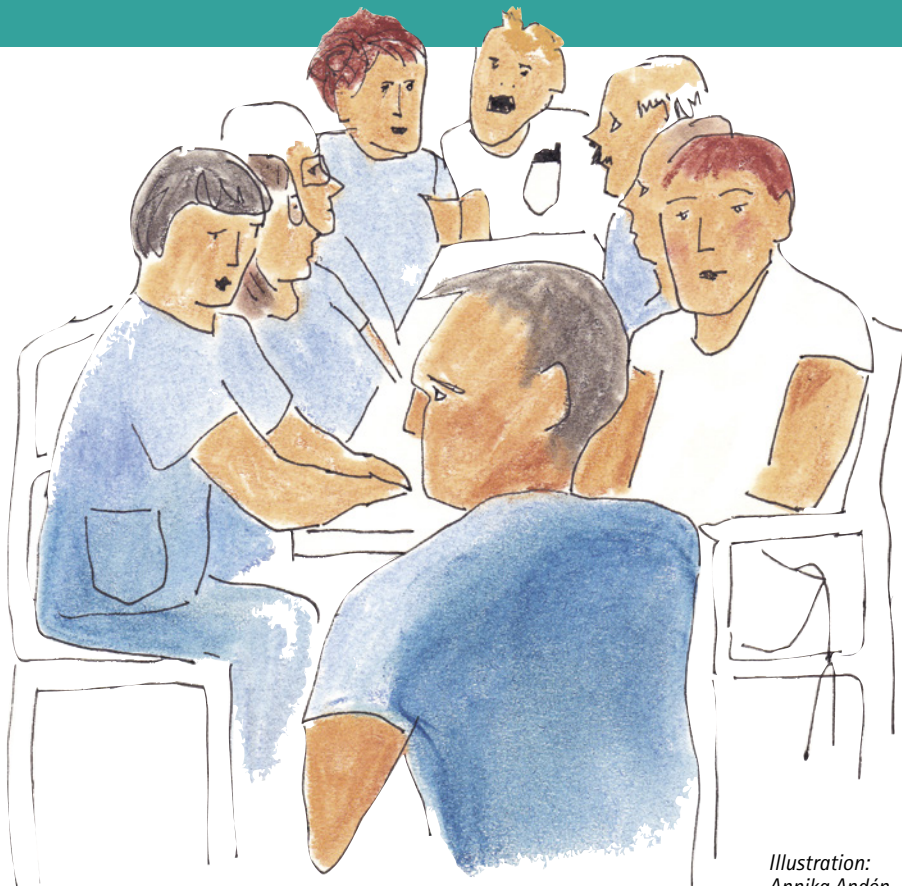


Illustration:
Annika Andén

som svar på de behov som patienterna presenterar i din praktik. Det handlar om vårdkvalitet och patientsäkerhet. Självstyrt lärande och oberoende är viktiga principer. För att få ut mesta effekt av lärandet behöver du och dina kollegor tillsammans med övriga medarbetare skapa en utvecklande lärandemiljö på arbetsplatsen.

Den mer formaliserade fortbildningen kan många gånger ha sina brister i just den fysiska lärandemiljön. När du beger dig till undervisning i större sammanhang är möbleringen i lokalen betydelsefull. Aulor och liknande är nästan ofrånkomliga lokalval vid ett stort deltagarantal, men tyvärr inbjuder de till ett anonymt icke förpliktigande deltagande. För föreläsaren kan det vara svårt att etablera kontakt med auditoriet

när hela rader gapar tomma och deltagarna är spridda i små grupperingar i den dunkla miljön. I digitala sammanhang har tyvärr alltför många deltagare stängt av sina kameror, vilket skapar ännu mer distans gentemot föreläsaren. När det rör sig om ett deltagarantal på 20–30 personer ökar förutsättningarna för interaktivitet och då bör man undvika skolsittning. Att så få deltagare som möjligt ska sitta med ryggen mot en annan deltagare är en bra princip. Möjligheterna till interaktivitet ökar betydligt när deltagarna är grupperade fem till sex per bord eller när borden är placerade i fiskbensformation eller i form av en hästsko.

Pedagogiken kan ibland vara ett problem. Du som allmänläkare vill inte bli mästrad. En föreläsare som upplevs

som neutral och talar utan värme och intresse inbjuder till motstånd. Vuxenlärandets principer [3] lyser ibland med sin frånvaro.

Vuxna

- motiveras inifrån och styr sig själva
- hänger upp ny kunskap på egna erfarenheter och kunskap
- timingen är viktig
- behöver se nyttan med det nya
- är praktiska
- vill bli respekterade

Du som deltagare kan ibland bli en del av en bristfällig lärandemiljö. En del lite störande beteenden bland deltagare kan du säkert känna igen. Den dominerande, den passiva, den som vet bättre, fightern, den frågvisse för att nämna några typer. Störningarna passerar ibland gränsen för det acceptabla och innebär utmaningar för läraren. Denne behöver ha ett antal strategier i beredskap för att inte lärandemiljön ska påverkas negativt eller rent av haverera.

Sammantaget behöver vi gemensamt se till att skapa goda lärandemiljöer varhelst vi befinner oss i fortbildningssammanhang. Lärandet är en dynamisk process, och vi skulle alla behöva tänka på hur vi enskilt och tillsammans kan optimera lärandemiljön.

Jäv saknas.



Anders Lundqvist
Facklig sekreterare SFAM,
Fortbildningsrådet
anders.lundqvist@sfam.se



Guidelines blir till mindlines inte genom instrumentell implementering i form av föreläsningar, utan genom en process som kan liknas vid kompostering.

Referenser:

1. 1013.full.pdf (bmj.com) Mindlines – Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? John Gabbay, Andrée le May 2004.
2. Enligt Per-Erik Ellström professor emeritus i pedagogik på Linköpings universitet i samband med en föreläsning för fortbildningssamordnare 2019.
3. Six Principles of Andragogy – Malcolm Knowles – Brilliant Learning Systems.

Dagbok från

kompetensvärderingskursen

”När du har jobbat 4–5 år som specialist bör du gå SFAM:s kompetensvärderingskurs och bli kompetensvärderare för Mitt-i-ST och specialistexamen”, uppmanades jag av Gunnar Sandström, min kompetensvärderare under vårt avslutande samtal på SFAM:s kongressen i Kalmar 2023. Som med nästan allt annat i mitt liv var jag lite snabbare än så med att anmäla mig till kursen.Handledning är något som jag brinner för och jag tänkte att jag kunde börja så smått med Mitt-i-ST. Jag känner att jag har mycket att ge till en ST-läkare som har kommit halvvägs i sin utbildning. Kompetensvärdering för specialistexamen får jag däremot vänta lite längre med har jag funderat.

Så här gick det till på Stjärnholmen.

Dag 1

Kursledarna Mikael Olsson och Robert Svartholm hälsar oss välkomna klockan 11. Efter en kort introduktion om kursens innehåll och upplägg får vi presentera oss själva och berätta

varför vi sökt kursen. Vi är tolv deltagare: åtta från olika delar av Sverige, två kollegor från Island och två från Norge. Någon är handledare och önskar få mer kunskap om hur man kan bedöma ST-läkarnas kompetens. En annan är studierektor och eftersom hon inte har själv gjort Mitt-i-ST, och den är obligatorisk i hennes region för ST-läkare, vill hon veta mer om vad det innebär att göra Mitt-i-ST. Kollegorna från Norge vill veta mer om denna typ av kompetensvärdering – de ser ett behov och tänker starta med detta i sitt hemland. Varför är jag här då? Jag har gjort både Mitt-i-ST och specialistexamen och hade en så positiv upplevelse. Jag önskar att ge tillbaka till en kollega av det som jag själv har fått.

Efter lunch delas vi in i små grupper om tre och vi går igenom de olika momenten i Mitt-i-ST och specialistexamen. I grupperna får vi lära känna varandra bättre. Miriam är från Norge och jobbar på ett samordningskontor. I Norge ansvarar kommunen för ST-utbildningen. Spännande att höra om deras utmaningar med att samordna drygt 360 kommuner. Andrés, en kollega med



Bakre raden fr.v.: Gunilla Byström, Gunnar Axelson, Ulf Mäwe, Anders Lundqvist och Carl Edvard Rudebeck. Främre raden fr.v.: Kirsten Nilsson, Cecilia Ryding och Mikael Olsson.

Foto: Elisavet Pataridou

Vad är Mitt-i-ST®?

Mitt-i-ST är SFAMs metod för extern kompetensvärdering halvvägs genom ST. I några landsting och regioner är värdering i mitten av ST ett krav i ST-kontraktet. Mitt-i-ST omfattar två moment – portfölj och praktikdag. Syftet med Mitt-i-ST är att ge dig som ST-läkare hjälp och stöd för fortsatt planering av tjänstgöring och kompetensutveckling genom att undersöka vilka dina behov är. Därför ska Mitt-i-ST helst göras när du har 2–3 år kvar, och allra senast när du har 1 år kvar av ST.

Läs mer:

<https://sfam.se/foreningen/mitt-i-st/>

Måndag	Tisdag	Onsdag
11:00 Introduktion, presentation P	07:30 Frukost M	07:30 Frukost M
12:00 Lunch M	08:15 Samling, Reflektion P	08:15 Samling, Reflektion P
13:00 Grupp Värderingsmoment + Portfölj G	08:45 Grupp G	08:45 Värdering av allmän kompetens del 2 P
14:00 Värdering av allmän kompetens del 1 P	09:30 Fika M	09:30 Fika M
14:30 Fika M	forts Grupp G	10:00 Mitt-i-ST bilspel + problemlösning P
15:00 Värdering... forts P	12:00 Lunch M	11:30 Grupp avslut <i>Hitta en plats</i>
16:00 Examen Skriftligt prov Uppsats "Kärfälla bordslag" P	13:30 forts Grupp G	12:00 Lunch M
17:00 Paus Lärarnöte P	14:30 Fika M	13:00 Samling, Frågor? Reflektion, Avslut P
19:00 Middag M	forts Grupp G	14:30 <u>Slut</u>
	17:30 Paus, Lärarnöte P	
	19:00 Middag M	

Det intensiva kursprogrammet

Foto: Elisavet Pataridou

ursprung i Guatemala, delade med sig av sina erfarenheter från Sao Paulos akutmottagning – som han liknade vid krigsfält – och sitt arbete som allmänläkare i Brasiliens djungel.

Vi återsamlas i storgrupp för att lyssna på Carl Edvard Rudebecks föreläsning om allmänmedicinsk kompetens. Vad gör en allmänläkare egentligen? Vad är allmänmedicinsk kompetens? Han förklarar hur processen att värdera allmänmedicinsk kompetens synliggör vad allmänläkaren gör och bidrar till en ökad insikt om vad man egentligen är specialist på. Han pratar om relationskompetens och sjukdomskompetens. Han berättar bland annat om läkarens ansvar och uppmärksamhet och om självkänedom om egna drivkrafter – finns det egoistiska drivkrafter som påverkar vad man gör under konsultationen? Klockan 17 slutar vi för dagen.



Han berättar bland annat om läkarens ansvar och uppmärksamhet och om självkänedom om egna drivkrafter – finns det egoistiska drivkrafter som påverkar vad man gör under konsultationen?

Två grupper tar på sig att förbereda ett inspel för morgondagen på 15–20 minuter. Sedan blir det middag. Så viktigt att äta tillsammans runt ett bord där lärandet fortsätter, men på ett informellt sätt.

Dag 2

Dagen börjar med morgongympa till Shakiras *This is Africa*. Deltagarna turas om som instruktörer. Därefter reflekterar vi tillsammans om gårdagen. Någon berättar att han har fått klarare för sig vad vi håller på med efter gårdagens föreläsning. Någon annan har läst exempel på Mitt-i-ST rapport som en kursledare har skrivit och känner sig otillräcklig och att

ribban ligger för högt. ”Man får vara nybörjare”, kommenterar en annan deltagare. Jag själv tycker att det känns skönt att kompetensvärderingen och utformning av den har överlämn-

SFAM:s specialistexamen

SFAM:s specialistexamen är en frivillig examen för läkare i slutet av sin ST-tjänstgöring eller redan färdiga specialister i allmänmedicin.

Examen består av fyra obligatoriska moment:

1. **Portfölj:** En reflektion kring ST-perioden samt ett handledarutlåtande.
2. **Skriftligt prov:** Uppgifter baserade på allmänmedicinskt vardagsarbete.
3. **Praktikdag:** En examinator följer med under en arbetsdag;

videinspelningar och journal exempel skickas i förväg.

4. **Uppsats:** Vanligtvis det vetenskapliga projektet genomfört under ST.

Anmälan till examen görs senast 31 augusti varje år, och examensprocessen pågår under läsåret med avslutning vid SFAM:s årliga kongress i maj.

Läs mer: Specialistexamen – SFAM

nats till professionen. Det är något som gör att Sverige och de skandinaviska länderna skiljer sig från de flesta andra länder. Tilliten gör att jag känner ännu större ansvar att det ska bli så bra som möjligt.

Strax efter startar vi med arbetet i små grupper. Vi tittar tillsammans på videokonsultationer och värderar med olika fokusområde varje gång. Vem var huvudpersonen i konsultationen? Fanns det någon nyckelsituation? Fanns det en bärande relation? Efter varje videokonsultation tränar vi på att ge återföring. En tar på sig ST-läkarens roll, den andra blir kompetensvärderaren och den tredje observerar. Vi reflekterar efter varje övning och får återföring av gruppledarna.

Dagen avslutas med middag. Robert S. passar på att tipsa om ett radiofynd: *Provinsialläkarens hembesök 1958*. Jag lyssnar på den i efterhand när jag kommer till mitt rum. Kontinuiteten och en bärande relation genomsyrar hela berättelsen. Vi borde definitivt vara mer frikostiga med hembesök.

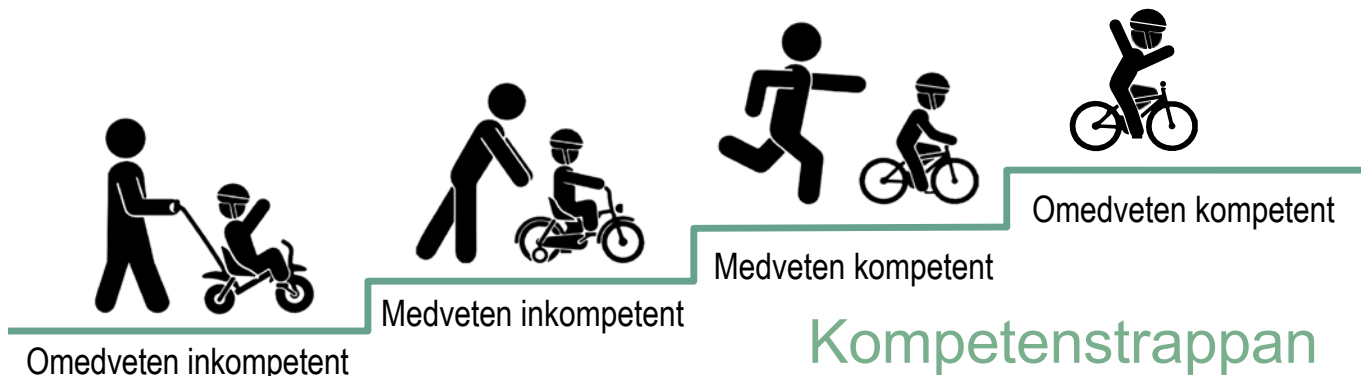
Dag 3

Dag tre inleds med deltagarnas reflektioner. Återigen lyfts självtvivel: "Är jag tillräckligt bra för att handleda och kompetensvärdera?" Kirsten Nilsson – en av två samordnare för Mitt-i-ST – berättar att Mitt-i-ST handlar om ett kollegialt möte med ömsesidigt lärande och man kommer in i detta möte med ödmjukhet och respekt. Anders Lundqvist (kursledare) påpekar att man har mer erfarenhet än man tror.

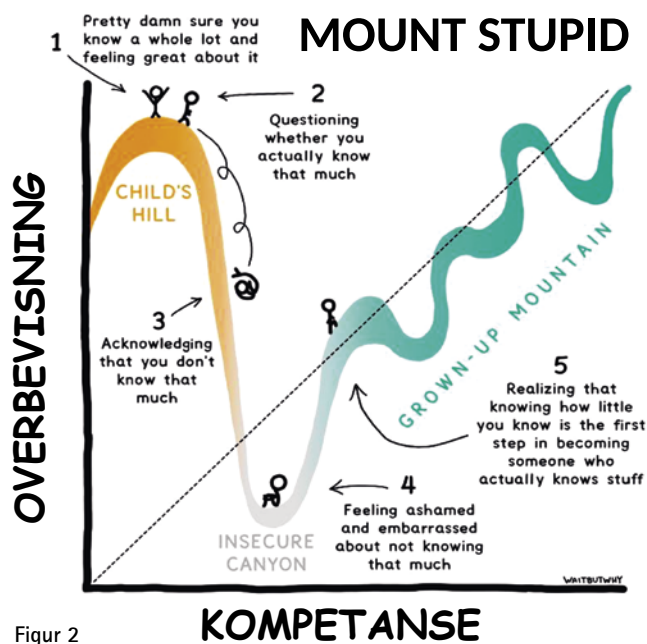


Jag själv tycker att det känns skönt att kompetensvärderingen och utformning av den har överlämnats till professionen.

Min grupps bidrag följer. En liten övning att handleda en kollega att knyta skosnören med endast muntliga instruktioner. Sedan visar Mirjam – kollegan från Norge – kompetenstrappen



Figur 1



Figur 2

(se figur 1). Hon beskriver hur man klättrar steg för steg från att vara omedveten inkompetent, till medveten inkompetent, sedan medveten kompetent och till slut blir man omedveten kompetent. Utmaningen uppstår när två personer som befinner sig på helt olika trappsteg möts i en handledningssituation. Man glömmer snabbare än man tror hur var det då när man själv var ST-läkare. Dessutom kan mycket ha ändrats under den tid som gått, ST-utbildningens innehåll, samhället med mera. Inge kompletterar om "the mount of stupid" (se figur 2) och hur man hjälper ST-läkaren komma ut ur osäkerhetens dal. Sedan följer Tomas Tranströmers dikt *Romanska bågar* och Vivaldis pjäs *Vinter*. Vill man odla omdömet kan man ta hjälp av konsten skriver Jonna Bornemark i sista delen av sin bok *Horisonten finns alltid kvar: om det bortglömda omdömet*. Konsten kan hjälpa ge form till detta som man kan inte sätta ord på.

Vi fortsätter med reflektion i grupp kring en av gårdagens videokonsultationer. Ulf Måwe utmanar oss att våga vara tysta när patienten kommer in i rummet i stället för den sedvanliga: "Berätta". Tystnaden förmedlar till patienten att "jag tänker inte



Slottskyrkan.

Alla foton: Elisavet Pataridou

Stjärnholms slott

Stjärnholms slott ligger i Oxelösund i Södermanlands län och är en herrgårdsbyggnad med anor från 1600-talet. Slottet ligger vid Stjärnholmsviken och omges av en stor park. Det byggdes på 1740-talet och har en arkitektur som präglas av barockstil med senare inslag av nyklassicism. Sedan 1945 ägs och drivs slottet av Svenska kyrkan och används som kurs- och konferensgård. Idag fungerar det som hotellkonferensanläggning samt plats för retreatar och utbildningar. Det är också känt för sin kyrkliga konst, sin slottskyrka och sina promenadstigar.



Kyrklig konst.



Vyn från mitt rum. Hjärnan tystnar. Själens häpnar och låter sig speglas vid naturens obeskrivbara skönhet. Reflektioner uppenbarar sig. Självkänedom.

prata, det är du som är huvudpersonen här och har ordet” och visar respekt. Detta låter som något värt att testa nästa gång jag träffar en patient.

Under fikapaus diskuterar Ulf M. och jag en stund om betydelsen av miljön när det gäller utbildningar. Självkänedom har svårt att växa fram i fyrkantiga miljöer och reflektioner hör inte hemma på stora hotellens lyxiga konferensrum känner jag. Stjärnholms slott med sin barock- och nyklassiska arkitektur och de fina kyrkliga konstverken som dominerar interiören utstrålar något andligt. Och detta upplever jag hjälper inlärningsprocessen.

Sedan berättar Kirsten N. mer detaljerat om Mitt-i-ST-processen. I portföljen ställer ST-läkaren tre frågor till värderaren som man vill ha hjälp med. Den vanligaste är hur man ska hålla hela livet ut. Jag blir inte förvånad att det är den vanligaste frågan. Anders L:s föredrag om ett hållbart arbetsliv ger inspiration om hur man kan besvara just den frågan. Bland mycket annat nämner han kloka kliniska val, att lära sig säga nej och kollegialt stöd. Cecilia Ryding flikar in: ”Använd humor i vardagen och skratta med patienterna.”

Vi avslutar med en runda till: Vad händer nu? Jag berättar att jag redan nu bokar in vecka tre 2029 i min kalender, då blir det nästa gång jag ska gå kursen. Det har Ulf M. tipsat om annars riskerar man att det inte blir gjort. Och vad roligt det vore om flera av mina kollegor i Blekinge skulle gå kursen och vi skulle skapa en reflektionsgrupp. Jag skriver också upp mig för min

första Mitt-i-ST. Det är så roligt. Jag får frågan om vad det är som är så roligt. Jo, att se människor växa och blomstra som mina orkidéer. Detta känns meningsfullt för mig.

Nu är det dags att säga hejdå. Det är jag inte så bra på. En viss sorg finns i hjärtat, men en stor glädje också. Imorgon träffar jag mina ST-läkare och ska berätta för dem om alla de nya spännande saker jag har lärt mig och vi kan jobba med framöver.

Jag vill avsluta med en liten uppmaning till alla ST-läkare: Att kompetensvärderas kan kännas skrämmande. Men ta vara på den unika chansen att öppna dörren och släppa in en erfaren och intresserad kollega som kommer bara för att hjälpa dig växa. Du kommer inte att ångra dig.

Jäv saknas.

Elisavet Pataridou
Allmänläkare, Ronneby Vårdcentral
expatarid@icloud.com



Kollegialt lärande och inspiration på Allmänläkardygnet

För femte året i rad arrangerades Allmänläkardygnet 21-22 november. Innehållet beskrivs som "24 timmars oberoende användbar allmänmedicinsk mangling med mål att ge ny kunskap och kraft att stå upp för allmänmedicin". Denna fortbildning drivs ideellt av SFAMs lokalförening Storgöteborg utan finansiella intressen och riktar sig till specialister i allmänmedicin.



Vårt motto är "av allmänläkare, med allmänläkare, för allmänläkare" vilket innebär att vi som regel har allmänläkare som föreläsare

Dygnet håller till på Aspenäs Herrgård utanför Lerum, 2 mil nordost om Göteborg. Hit anländer de cirka 60 deltagarna till lunch första dagen och skiljs åt efter lunch dagen därpå. Däremellan är programmet späckat. Vårt motto är "av allmänläkare, med allmänläkare, för allmänläkare" vilket innebär att vi som regel har allmänläkare som föreläsare (men även en psykolog och en docent i yrkeskunnande och teknologi). Senast hade vi förmånen att bjuda in Mats Hogmark som talade om att vägleda i förändring, David Sundemo som delgav oss sina erfarenheter och tankar kring AI och framtidens läkarroll, Arwa Josefsson som bidrog med handfasta råd om hur vi kan förstå och hjälpa patienter med funktionella symptom samt Minna Johansson



Delar av arrangörsguppen/SFAM:s lokalförening Storgöteborg i planeringsarbete.
Foto: Malin Lagerberg

som inspirerade med klarsynta perspektiv på (allmän)medicinens roll i prevention och folkhälsa.

Programmet är upplagt på ett sådant sätt att interaktion och gruppdiskussion fått stå i centrum. Föreläsarna ger värdefullt stoff genom ett katedralt moment varpå deltagarna får chans att gruppvis bearbeta och diskutera innehållet innan föreläsarna återsamlar auditoriet och bjuder på ytterligare innehåll med chans till helgruppsdiskussion. Varje grupp består av sju deltagare med en moderator vars uppgift är att tillse att alla kommer till tals och att diskussionen hålls inom ramarna för ämnet. Detta sätt att ta sig an, för allmänmedicinen relevanta ämnen, har varit intellektuellt stimulerande och också bidragit till den unika sammanhållning som brukar uppstå under dygnet.



Lektion i flamenco under fikapausen på Allmänläkardygnet.

Foto: Anna Holst

Att bli omsprungnen och ändå dela guldet – en handledares belöning

Vid den tiden hade jag varit handledare för några AT-läkare. Självförtroendet som handledare hade förbättrats och det började kännas ganska tryggt. 2004 kom hon. En smart, påläst och ivrig målmedveten ung kvinna. Hon valde mig som handledare, men i ärlighetens namn fanns det inte så många att välja mellan. Vårdcentralen var då som nu en underbemannad landsortsvårdcentral. Det kändes helt okej att lotsa henne genom AT och visa lite vad allmänmedicin är och skulle kunna vara.



För några år sedan, på upploppet, sprang hon förbi mig men bara bildligt talat. Hon blev min chef och även detta sköter hon utmärkt ...

Betydligt svårare, men också mycket hedrande, blev det när hon ville fortsätta med ST och ville att jag skulle fortsätta vara hennes handledare. Jag tänkte att det hade ju gått bra under AT:n och då skulle det kanske hålla första året även under ST:n, men hur skulle det gå sedan? Jag förklarade hur jag kände inför uppgiften och vi var överens om att ändå satsa, både hon och

jag. Den öppna dialog som vi startade med fick vi med oss och både hon och jag kände nog att vi växte tillsammans, jag som handledare och hon som blivande allmänläkare.

Första året fungerade, men även de år som följde och inte utan stolthet tog jag emot signaler på att hon fortfarande mot slutet av ST:n tyckte att det var givande med våra handledningstimmar. Efter fullbordad ST poängterade jag särskilt att vi nu löpte jämsides och lade bort mentorsrollen, men fortsatte med givande kollegiala samtal där utbytet blev bådas. Så har det fortsatt att fungera under många år. Hon har valt att stanna både inom yrket och på ”vårn” vårdcentral.

För några år sedan, på upploppet, sprang hon förbi mig men bara bildligt talat. Hon blev min chef och även detta sköter hon utmärkt (helt utan min förtjänst). Vår fina dialog lever dock vidare och jag känner en stor stolthet och glädje över den resa vi gjort tillsammans och för det lärande vi fått efter vägen, hon som allmänläkare och jag både som allmänläkare och stolt handledare.

Jäv saknas.

Mikael Olsson
Pensionerad allmänläkare,
ledamot i kompetensvärderingsrådet, Åsenhöga
mobo_sodra@hotmail.com



Fotnot: 2012 blev jag hedrad med utmärkelsen årets handledare på SFAM:s kongress i Luleå, mycket på grund av hennes fina motivering.

Vi har fått utrymme att reflektera och lära av varandra, en förmån som i den kliniska vardagen kan kännas svår att få till.

En återkommande programpunkt under dygnets sista halvdag har varit en skrivövning. Var och en har då fått författa en text som handlar om ett möte i sin allmänläkarpraxis som inneburit någon typ av dilemma. Skrivandet är halvstrukturerat och skall innehålla såväl en beskrivning som en reflexion. Texten läses upp för en liten grupp varpå kollegorna får kommentera. Övningen är till synes enkel, men har varit en kraftfull ingång i djupare reflektion utav våra gemensamma villkor som läkare och som människor.

En av våra fikapauser har ägnats åt körsång eller dans tillsammans. Den initiala obekvämlighet och genans som denna typ av aktivitet för många skapar har vartefter släppt och ersatts av acceptans inför våra rösters och våra fötters ofullständighet med målet att uppgå i något större. En ömsint parallellprocess

till dygnets övriga innehåll kan hända. På kvällen har vi ätit middag med förstklassig underhållning och därefter roat oss med quiz och otvunget samkväm i hotellets stora vardagsrum.

Allmänläkardygnet har under sina fem år vuxit till ett uppskattat och eftertraktat fortbildningsevent som för många har betytt mycket. Det är en chans att stärka sin kompetens, men även bli stärkt i gemenskapen som allmänläkare. Båda livsviktiga för ett hållbart arbetsliv.

Jäv saknas.

Hanna Lernbrink
Allmänläkare,
Närhälsan Brämregården,
ledamot SFAM:s lokalförening Storgöteborg
samt medlem i SFAMs fortbildningsråd
hanna.lernbrink@vgregion.se





Illustration: Annika Andén

Lärdomar av ett haveri

”Det mesta som blir dåligt, även det som blir oerhört dåligt, skapas inte av dumma människor med onda avsikter, utan i vällovligt syfte, av kloka människor utan markkontakt”

När den här texten skrivs i efterförloppet till vårdinformationsmiljön Millenniums regalskeppslänkande sjösättning och förlisning vet ännu ingen säkert hur fortsättningen ser ut. Vad kommer den externa utredningen visa? Vilka beslut kommer att fattas inför den digitala framtiden i Västra Götalandsregionen (och Region Skåne)?

Det är alltså egentligen för tidigt för bokslut. Men hos oss som högst ofrivilligt involverades i GoLive den 12:e november, och sedermera systemets nödstopp den 14–15:e november, snurrar tankarna. Hur kunde det gå så illa? Kan vi som kollektiv lära oss något djupare av det? Och är vi mogna att agera på dessa lärdomar?

Låt mig spekulera.

Hypotes: Att ett projekt som involverat så många kloka och engagerade människor, och som tillåtits kosta så mycket, misslyckas så katastrofalt säger något om organisationen som stått bakom projektet; hur vi arbetar och vilka idéer och värderingar som vi låtit bli tongivande.

Regioner är stora. De förutsätter komplicerade organisations-skisser med många chefsnivåer och stabsbefattningar. Samtidigt

anses idealet inom regionerna vara att chefskap och annan stabstjänst utövas på heltid och alltså inte är förenligt med eget patientarbete. Konsekvensen är att en stor mängd människor i beslutsfattande position själva saknar förutsättningar att veta hur arbetet ”på golvet” bedrivs, och deras främsta kontaktytor är med andra människor i exakt samma sits. Den omständigheten ställer särskilt höga krav på självkritik, ödmjukhet och förmåga att lyssna till kärnverksamhetens behov.

Vi har samtidigt en kultur som idealiserar modigt ledarskap, innovation och optimism. En modig ledare är en som vågar fatta beslut om förändringar som medarbetarna är kritiska mot,



Konsekvensen är att en stor mängd människor i beslutsfattande position själva saknar förutsättningar att veta hur arbetet ”på golvet” bedrivs ...



i synnerhet om besluten paketerats som nytänkande. Innovationen bör allra helst vara ”disruptiv” i betydelsen att den bryter upp befintliga sätt att jobba på, eftersom ”man inte kan göra en omelett utan att knäcka några ägg”. Vari modet består kan diskuteras eftersom det sällan handlar om något personligt risktagande, för ledaren, vid det där äggknäckandet. Kulturen innebär dock att det inte bara är accepterat utan närmast önskvärt att köra över eller marginalisera kritiska medarbetare. Millennium visar att det är en riskabel kultur och illustrerar faran med positiva feedbackloopar i slutna rum.

Positivt tänkande är bra, men när en verksamhet står inför utmaningar behöver vi ledare som förutser problem och förbereder sig och oss på dem, inte ledare som förlitar sig på att ”det ordnar sig”. Uttalandet ”Jag känner mig trygg med ...” från en person i ledande befattning har i sig aldrig lugnat någon medarbetare, någonsin.

En annan egenhet inom regionerna är att viktiga beslut delas upp och över tid sprids ut på många beslutsfattare. Det gör det svårt eller omöjligt att utkräva individuellt ansvar när något går fel. En organisation utan personligt ansvar blir lätt en organisation som agerar slösaktigt och vårdslöst. Ett påstående om att ett haveri var ”oförutsett” från personer vars kanske viktigaste arbetsuppgift borde ha varit just att förutse detsamma imponerar till exempel inte.

Slutligen; en anledning till att så många i ledande ställning i skrivande stund än så länge vägrat benämna det uppenbara (= att Millennium är dött) kan ha att göra med att det är det första storskaliga exemplet på den svenska digitaliseringsstrategins möte med verklighetens sjukvård.

Sedan ganska många år nu har makthavare matats med, och agerat enligt, idén att ny men ofta ospecificerad digital teknik och stora mängder hälsodata (”big data”) automatiskt kommer att göra vården smartare, billigare och effektivare. Idén har blivit så förhärskande och så omöjlig att problematisera att den närmast kan liknas vid en dogm. Olika beräkningar på besparingspotentialen har presenterats. Vid närmare granskning visar sig beräkningarna baseras främst på antaganden och

önsketänkande, men siffror, även påhittade siffror, har som bekant en tendens att uppfattas som fakta.

Förhoppningarna knutna till digitaliseringen har inneburit undanträngning av andra mer jordnära investeringsbeslut, såsom satsning på fasta läkare och utbyggd relationskontinuitet i bassjukvården. De har sannolikt också fällt avgörandet när man i Millenniums systemdesign tvingats välja mellan smidighet, överblick och användbarhet i patientarbetet å ena sidan och maximal, standardiserad datakvalitet å den andra.

När ett så enormt digitalt prestigeprojekt som Millennium misslyckas så spektakulärt hotar det själva kärnan i idén om digital teknik och big data som lösningen på de svåraste nutida och framtida utmaningarna i sjukvården. Det är djupt mänskligt att som ledare då leta andra förklaringar, såsom fel implementeringsstrategi, dålig utbildningskvalitet eller personalens ovilja och oförmåga. Att överge en internaliserad övertygelse är bland det svåraste man kan göra som människa. Ändå är det vad vi måste kräva av våra ledare, och av oss själva.

Självklart har digitala verktyg en viktig plats och på sikt stor potential inom alla samhällsområden inklusive sjukvården. Den här texten handlar inte om att ifrågasätta det, utan om att allt nytt inte per automatik är bra, och att undvika att ta ut vinster i förskott. Den handlar om hur ett vagt formulerat löfte om avancerad framtida digital potential i praktiken förhindrar smarta och resurssnåla tekniska lösningar här och nu, såväl som andra minst lika viktiga mer analoga satsningar.



Förhoppningarna knutna till digitaliseringen har inneburit undanträngning av andra mer jordnära investeringsbeslut, såsom satsning på fasta läkare och utbyggd relationskontinuitet i bassjukvården.

Om man accepterar ovanstående spekulationer kring orsaks-mekanismer framstår Millenniumhaveriet plötsligt som ganska begripligt. Det blir samtidigt tydligt att vi inte kan förvänta oss annat än mer av samma så länge vi inte omprövar vårt nuvarande sätt att organisera oss, vår ledningskultur, och våra idéer och värderingar. Fem-komma-fem-miljardersfrågan är: är vi mogna att agera på dessa lärdomar?

Jag vet inte, men jag hoppas.

Jäv saknas.

Andreas Thörneby
Allmänläkare, Närhälsan Kinna vårdcentral
andreas.thorneby@sfam.se



Från hopplöst fall till hopp om livet

En fallbeskrivning från en liten hälsocentral i norra Hälsingland



Denna berättelse börjar med ett brytpunktssamtal, en vårdande handling som brukar annonsera ett snart förestående slut snarare än en begynnelse. I detta fallet blev brytpunktssamtalet en början på en positiv process för en patient, och en stimulerande medicinsk och etisk utmaning för en AT-läkare och en specialist i allmänmedicin.

Premicare Bergsjö hälsocentral är en hälsocentral i norra Hälsingland med knappa 4 000 listade patienter. Från att ha varit nedläggningshotad med knapp läkarbemanning för några år sedan har utvecklingen vänt – detta framför allt för att utbildningsläkare har sökt sig dit.

AT i Hälsingland har primärvårdsstart där AT-läkaren under första månaden av AT är placerad på hälsocentral. Handledaren på hälsocentralen är också AT-läkarens övergripande handledare under hela AT. AT-läkarna erbjuds grupphandledning regelbundet, där en specialist i allmänmedicin fungerar som grupphandledare.

I hälsocentralens uppdrag ingår att ronda med hemsjukvården i Nordanstigs kommun och den aktuella dagen auskulterade Reidun, som var AT-läkare på sin första primärvårdsplacering, med Kristofer, specialist i allmänmedicin, tillika Reiduns handledare, och dessutom grupphandledare för den AT-grupp Reidun var del av.

Kristofer minns rondan som normal utan större avvikelser. En patient berördes, vi kallar honom i denna beskrivning Anders, och från hemsjukvårdens sida framkom uppgifter om att

Kristofer minns rondan som normal utan större avvikelser. En patient berördes, vi kallar honom i denna beskrivning Anders, och från hemsjukvårdens sida framkom uppgifter om att



I hälsocentralens uppdrag ingår att ronda med hemsjukvården i Nordanstigs kommun och den aktuella dagen auskulterade Reidun, som var AT-läkare på sin första primärvårdsplacering, med Kristofer ...

han stadigt blivit sämre varför det blev bestämt att Reidun och Kristofer tillsammans med en sjuksköterska i hemsjukvården skulle göra ett hembesök och ha ett brytpunktssamtal med Anders.

Anders var vid det tillfället en man i pensionsålder som Kristofer hade en personlig relation till, eftersom Anders hade varit lärare till Kristofers barn.

Av Anders sjukhistoria framgår att hans far avled tidigt av alkoholmissbruk, och han hade en svår social situation under uppväxten. Alkohol var lättillgängligt och normaliserat i omgivningen. Alkoholen blev tidigt en tillflykt och en tröst för honom.

Vid 49 års ålder noterades för första gången förhöjda leverprover och uppföljande undersökningar visade leversteatos, cirros och tre stora esofagusvaricer. Anders uppmanades att sluta dricka alkohol helt och hållet.

Åren därefter genomgick han en laparotomi på grund av blödande magsår, och fick sina esofagusvaricer ligerade sex gånger.

Efter detta höll sig Anders hälsotillstånd stabilt ett tag, men vid 60 års ålder blev han åter aktuell i vården på grund av nya GI-blödningar och ascites som behövde tappas.

Ultraljud visade cirrotisk lever och trombosor i vena portae, vena lienalis och splenomegali. Dekompenserad leversvikt konstaterades.

Anders uteblev från diverse planerade återbesök under ett par år varför man slutade följa honom på gastromottagningen.

Efter tre år behövdes en ny ascitestappning och Anders dök upp på akuten och tappades på 20 liter. Man konstaterade från vårdens sida att han trots stort behov inte var aktuell för transplantationsutredning på grund av stor complianceproblematik.

”

Alkohol var lättillgängligt och normaliserat i omgivningen. Alkoholen blev tidigt en tillflykt och en tröst för honom.

Ett halvår efter akutbesöket kom Anders på ett återbesök där man konstaterade förhöjda alkoholprover och han informeras ånyo om vikten av akut totalt alkoholstopp. Efter det uteblev han på nytt från planerade besök.

Två år senare föll Anders i hemmet och lyckas inte ta sig upp själv. Han hittades först efter tolv timmar och hade då legat fastklämd mellan väggen och ett element. Han fick en bestående plexusskada i armen efter detta. Han blev inlagd på sjukhus och tappades på 30 liter ascites.

Vid utskrivningen från sjukhuset den här gången beviljades han trygg hemgång och Chris, en yngre släkting som jobbade i hemsjukvården, kom in i hans liv. Hon kände till hans bakgrund och kunde bidra med ett vårdperspektiv och samtidigt nå fram till honom på ett mer privat plan som medmänniska.



Illustration: Annika Andén

Deras relation stärktes och hon blev både en stabil punkt och en källa till glädje i Anders liv. Chris var utifrån sin kännedom om Anders inte rädd för att utöva ett ledarskap i hans liv, eller för att konfrontera honom med hans brister.

Med hennes hjälp höll sig Anders nykter efter fallolyckan, men trots det fortsatte hans hälsa försämrats. Under hösten åkte han in och ut på sjukhuset för upprepade ascitestappningar, var uttalat sarkopen och hade till slut svårt att ta sig upp ur sängen.

Det var i detta läge som Reidun och Kristofer gjorde hembesök för brytpunktssamtal med Anders. Kristofer minns hur han med väl använda standardfraser lade fram ärendet för Anders: ”Ditt tillstånd verkar gå i en viss riktning”, ”sannolikheten för att avlida snart är stor”, ”ej rimligt med HLR” och ”palliativa ordinationer sätts in”. Efter informationen givits satt Reidun, Kristofer, och hemsjukvårdens sjuksköterska kvar en stund hos Anders. Han fick frågan om han ville ta upp något eller ställa frågor, men han var fortsatt tyst. Kristofer sa då några avslutande ord och vårdpersonalen började lämna rummet. När de övriga gått ut och bara Kristofer var kvar sade Anders: ”Ska jag dö nu? Är det slut?” Kristofer satte sig då ned igen och förklarade hur dystert läget såg ut för Anders; att det var mycket svårt att vända utvecklingen. Men, att det möjligen fanns en liten chans till förbättring – ett första steg skulle då vara att få i sig mer näring.

Först nu förstod Anders det som omgivningen hade sett länge: Leverskadorna orsakade av alkoholen var för stora och han var döende. Ingen kunde säga hur länge han hade kvar, men man uppskattade att det kunde röra sig om veckor till månader.

Reidun som var med och auskulterade och aldrig förr hade träffat Anders kände sig lite frusen och distanserad till alltihop. Men hon slogs av Anders stora förvåning under brytpunktssamtalet, han verkade inte ha haft en aning om att han led av ett livshotande sjukdomstillstånd innan dess. Hon tyckte det var konstigt att från vårdens sida ”ge upp” och välja palliativ inriktning på det viset utan att patienten nåtts av, för honom, begriplig information tidigare. Hade man ens funderat på levertransplantation?

Kristofer tyckte Reiduns resonemang var märkligt och blev

irriterad på henne. Det här vet ju faktiskt jag bäst som är specialist och har rondat med hemsjukvården i flera år, tänkte han. Men denna tanke satte inte punkt för hans funderingar, utan Anders fortsatte att dyka upp i hans tankar.

Anders ville absolut inte dö och greppade efter halmstrån. Med stöd från Chris lyckades han förbättra sin livsstil, äta mer och hålla sig fortsatt borta från alkoholen.

Några veckor senare hade Reidun lämnat hälsocentralen för tjänstgöring på sjukhuset. Hennes AT-grupp har grupphandledning med Kristofer. De gjorde en utflykt till Hudiksvalls omgivning där de besteg Blacksåsberget. På vägen upp passade Kristofer på att fråga Reidun lite mer om varför hon resonerade som hon gjorde gällande Anders. Reidun berättade och stod fortsatt fast vid sin bedömning om att hon tyckte att Anders borde bedömas för en levertransplantation. Kristofer tog efter samtalet till slut detta till sig och ringde upp Anders läkare på gastroenterologen för att diskutera ärendet. "Kunde det vara rimligt med en levertransplantation för Anders?" var Kristofers fråga till kollegan. Kollegan var väl bekant med patienten och svarade först avfärdande – men lovade att ta upp frågan med patienten igen.

Månaderna gick och gradvis blev faktiskt Anders hälsa bättre. Ascitestappningarna behövdes inte längre, han kunde gå kortare sträckor, och klarade av att mecka med bilen igen, vilket var ett av hans stora glädjemen i livet. Förbättringen höll i sig och Anders lyfte själv frågan om levertransplantation med sin gastroenterolog, men alltför många relativa kontraindikationer bedömdes föreligga.



Men hur det slutar vet inte någon, för berättelsen pågår fortfarande, och bara det är anmärkningsvärt.

Ytterligare ett år senare höll förbättringen fortsatt i sig och istället för att vara palliativ i sent skede bedömdes Anders nu vara i tillräckligt gott skick för att det ska vara motiverat för honom att delta i övervakning för hepatocellulär cancer. Detta för att man kan upptäcka eventuell levercancer i tidigt skede och möjliggöra behandling med kurativ intention. Reidun gjorde under denna period sin långa placering på hälsocentralen och besökte Anders tillsammans med Chris, som börjat läsa till sjuksköterska, för att intervjua honom för denna text.

Det finaste tänkbara slutet på denna historia hade kanske varit att Anders genom den livsstilsförändring han gjort med Chris hjälp till slut kvalificerat sig för en levertransplantation, som Reidun från början bedömt borde ske. Men hur det slutar vet inte någon, för berättelsen pågår fortfarande, och bara det är anmärkningsvärt.

För Kristofer har Anders ärende varit mycket lärorikt. Särskilt genom Reiduns inspel, för genom detta blev han tvungen att ifrågasätta sina egna invanda arbetssätt och betrakta den kliniska situationen från ett annat perspektiv.

För Anders var Chris viktigast. Hon erbjöd honom det stöd i vardagen han behövde. Utan stödet från Chris, en person som han fick stort förtroende för, hade han inte lyckats vända utvecklingen.

Ännu ett par månader senare började Reidun närma sig slutet på sin AT. Hon hade till slut skrivit färdigt beskrivningen av Anders fall och skickade den till Kristofer som var på semester. Berättelsen gjorde bilden av Anders öde mer komplett.

En eftermiddag på semestern åkte Kristofer med sin familj på en fiolkonsert på en fåbodvall utanför Hassela. På konserten såg Kristofers barn Anders, som satt bland publiken, och vinkade till honom. Anders log och vinkade tillbaka.

Jäv saknas.



Reidun Jidrot
Legitimerad läkare, Uppsala



Chris Camél
Rehabassistent, sjuksköterskestuderande,
Hemsjukvården, Nordanstigs kommun, Bergsjö



Kristofer Schultz
Allmänläkare, Premicare Bergsjö hälsocentral,
Bergsjö
kristofer.schultz@premicare.com

Annons

Ett nej kan bli vändpunkten

Nedanstående fallbeskrivning är skriven utifrån intervjuer med patienten och arbetsterapeuten.

Patient 1: En 27-årig man är ute och festar. Han kliver av dansgolvet och känner hur det hugger till i bröstet. De runt omkring ser honom falla ihop och att det rycker i hans armar och ben. Han förs till sjukhus med ambulans. När han kommer till sans något dygn senare, får han snabbt en känsla av att ”mitt liv är över”. Läkarna misstänker Ehlers-Danlos syndrom (EDS) av vaskulär typ som orsak. Han remitteras till specialist för undersökning och genetisk kartläggning och diagnostiseras med EDS av hypermobilitetstyp, då han har insjunkna bröstorg, dagliga vrickningar sedan barnåren, upprepade luxationer i axlar samt sublaxationer i fingrar. Han erbjuds rullstol och får information om att: ”Det här är din nya verklighet.”

Kroppens alla leder och muskler smärtar och han får prova sedvanliga läkemedel inklusive opioider. Han sjukskrivs och får ytterligare hjälpmedel samt remitteras till MMR 1 med ingången: ”Du får vara med så gott du kan, vid sidan om.” Livet var över.



Han erbjuds rullstol och får information om att: ”Det här är din nya verklighet.”

Som 32-åring träffar han vårdcentralens arbetsterapeut, tillika rehabkoordinator. Hon träffar en ung man som vet allt om sin sjukdom. Han har anpassat sin livsstil med målet att minimera symtom och har inte återtagit tidigare funktionsnivå sedan kollapsen. Han är fysiskt svag och har dålig kondition. Armarna är svåra att hålla över huvudet när han vill raka sitt hår. Han mediterar regelbundet och har gått i basal kroppskännedom, men mår inte bra utan har kontinuerlig värk, förkylningssymtom och muskler som är spända och ”ryckiga”. Han bor i egen hyreslägenhet och får ett mål mat om dagen hos föräldrarna; i övrigt består näringsintaget av juice. Sömmen är dålig. Vissa dagar kör han bil själv, andra dagar ber han om skjuts. Vid kartläggning av hur han använder alla hjälpmedel han fått och utifrån det justeringsförslag, blir svaren: ”Det där gör jag redan. Det hjälper inte.”

Hans riktning för alla åtgärder är att anpassa sig till att livet är över. Han flyttar hem till föräldrarna och beskriver tillvaron

som förvaring. Han söker sjukersättning för första gången som 35-åring, men får avslag. Fyra år senare föreslår Försäkringskassans (FK) handläggare för sjukpenning att det ånyo ska ske en prövning för övergång till sjukersättning, då han inte klarat någon form av regelbundna aktiviteter. FK beställer en arbetsförmågeutredning (AFU) som genomförs i april 2023. I denna konstateras i psykologutredningen ”påtagligt sänkt förmåga gällande uppmärksamhet, arbetsminne och mental processhastighet” och att patienten under bedömningsamtalet är påtagligt smärtpåverkad med ”behov av att spänna kroppen för att kunna ha tillräcklig stabilitet för finmotoriskt arbete”.

Sjukgymnasten konstaterar ”måttlig till stor nedsättning av styrka/rörlighet och fysisk uthållighet”, samt att patienten har smärtebeteenden. Han kommer i rullstol, grimaserar under aktivitet, uppvisar osäkerhet i rörelser och att han avbryter aktivitet vid smärta. Patienten beskriver problem med att duscha, laga



Illustration: Alma Klingberg

Kropp

Ont i kroppen sedan flera år och återkommande luxationer
- "Det är inget fel på dig"
Fysisk "kollaps" efter flera år av överaktivitet/bristande återhämtning och konstaterande av EDS= "din nya verklighet"

OBALANS i kroppens signalering (Sympaticus/Parsympaticus;
rädsla, katastroftänkar om sjukdom/död
-kroppen i hotberedskap och mycket stor variation i funktion
- "dagsläget"

Kroppen behöver användas - även vid EDS
Hur balansera prestation återhämtning?

- tillåta att kroppen känns, micropauser, sova nattetid, aktiv dagtid

Medicinskt †

Privat †

Socialt

Från en som bara kan köra på till en som sitter i rullstol

Tidigare högsta funktionsnivå "glöms bort" och långtidssjukskrivs;
förlust av sammanhang, dygnsrytm, mening och värde

Försämrade ekonomi

Utvecklar beroende av omgivningen/föräldrar

Vad vill jag fortsätta fylla livet med? - Riktning för återtagande av aktivitet?

Vad är egentligen
problemet?



Mitt liv är över - jag har EDS!

Man 42 år

Psykiatriskt syndrom

Autonom
Ingen misstanke om funktionsvariation
God intellektuell förmåga (som grumlats av rädsla
och katastroftänkar samt understimulering)

Ej utvecklat läkemedelsberoende :)

Avslutat hjälpmedelsberoende :)

†Medicinskt

†Privat

"Personlighet"

Kört på - trängt undan behov av återhämtning och anpassning
Akut förändring via att "kroppen sa ifrån" -förluster - KRIS
Tanke och känsla - "mitt liv är över" - fastnat i undvikanden

Rädd för smärtan

Tänker om att vara oförmögen pga sjukdom -"vill bara vara ifred"
Fortsatt användande av undvikanden/kamp som coping

HOTBEREDSKAP - mentalt och fysiskt vilket blir en del i
symtomvidmakthållande

OCH

så blev jag ARG och insåg att det här är mitt liv. Det vill jag använda
på ett annat sätt!

mat, gå, köra bil och handla. VAS-skattning av smärtan landar på 8/10 som sämst och 7/10 som bäst. Arbetsterapeuten nämner att patienten beskriver en existentiell smärta i förhållande till hur livet utformat sig på grund av sjukdomen.

Utredningens läkare är kirurg. Kroppsundersökningen sammanfattas i "god rörlighet i samtliga leder" och de beskrivna kognitiva svårigheterna bedöms "sannolikt bero på den försäkrades mycket långvariga smärtproblematik". Läkaren bedömer patientens begränsningar som omfattande och poängterar att botande behandling saknas och att det är ytterst låg sannolikhet att aktivitetsförmågan kommer öka och ser inga möjligheter att arbete skulle kunna fungera. Försäkringskassan avslår dock ånyo ansökan om sjukersättning.

Patient 2: En pojke med hög energinivå som hade sin första fraktur som femåring. Han fortsätter att vara fysiskt aktiv och håller bland annat på med kampsport och extremskidåkning. Kroppen säger ofta ifrån med smärta från såväl leder som muskler, men han fortsätter att köra på. Han undersöks en gång av en ortoped som konstaterar att knäleden är så instabil att alla ledband måste vara av, men efterföljande artroskopi visar

motsatsen; allt hänger ihop så knät lämnas utan åtgärd.

Den nu unge mannen utbildar sig till undersköterska och jobbar gärna och mycket. Han har i stort sett alltid ont, "men gör ingen grej av det", utan ignorerar sina symtom och fortsätter i samma höga tempo tillsammans med sina kompisar. Han söker ibland vården för sina symtom och får då besked att det inte är något fel på honom. Vid 27 års ålder sker någon form av fysisk kollaps där han tappar blodtryck och muskelkontroll. Han träffar läkare som vet vad han har för sjukdom och han får diagnosen Ehlers-Danlos syndrom.

Kroppen känns helt slut, som förbrukad och han kan inte längre ta kommandot över sina muskler. Han erbjuds rullstol och får i olika behandlingskontakter information om hur han på bästa sätt ska lära sig leva med sina begränsningar och behovet av att anpassa sig till "sin nya verklighet" med hjälp av ortoser och läkemedel. I den verkligheten har han förstått att han är sjuk och inte som andra och att det inte går att förvänta sig något mer av livet. Han genomgår MMR, basal kroppskänedom och lär sig meditera. Att arbeta är inte att tänka på. Han har kontinuerliga symtom med värk, trötthet, minnespåverkan och



Hans riktning för alla åtgärder är att anpassa sig till att livet är över. Han flyttar hem till föräldrarna och beskriver tillvaron som förvaring. Han söker sjukersättning för första gången som 35-åring, men får avslag.

förkylningssymtom. Han har kontakt med arbetsterapeuten, tillika rehabkoordinatören på vårdcentralen. Hon försöker bidra till att hans tillvaro ska bli bättre via rekommendationer om hur han kan använda kroppen mer skonsamt, ta pauser och att göra meningsfulla saker, men symtomen fortsätter att dominera hans tillvaro.

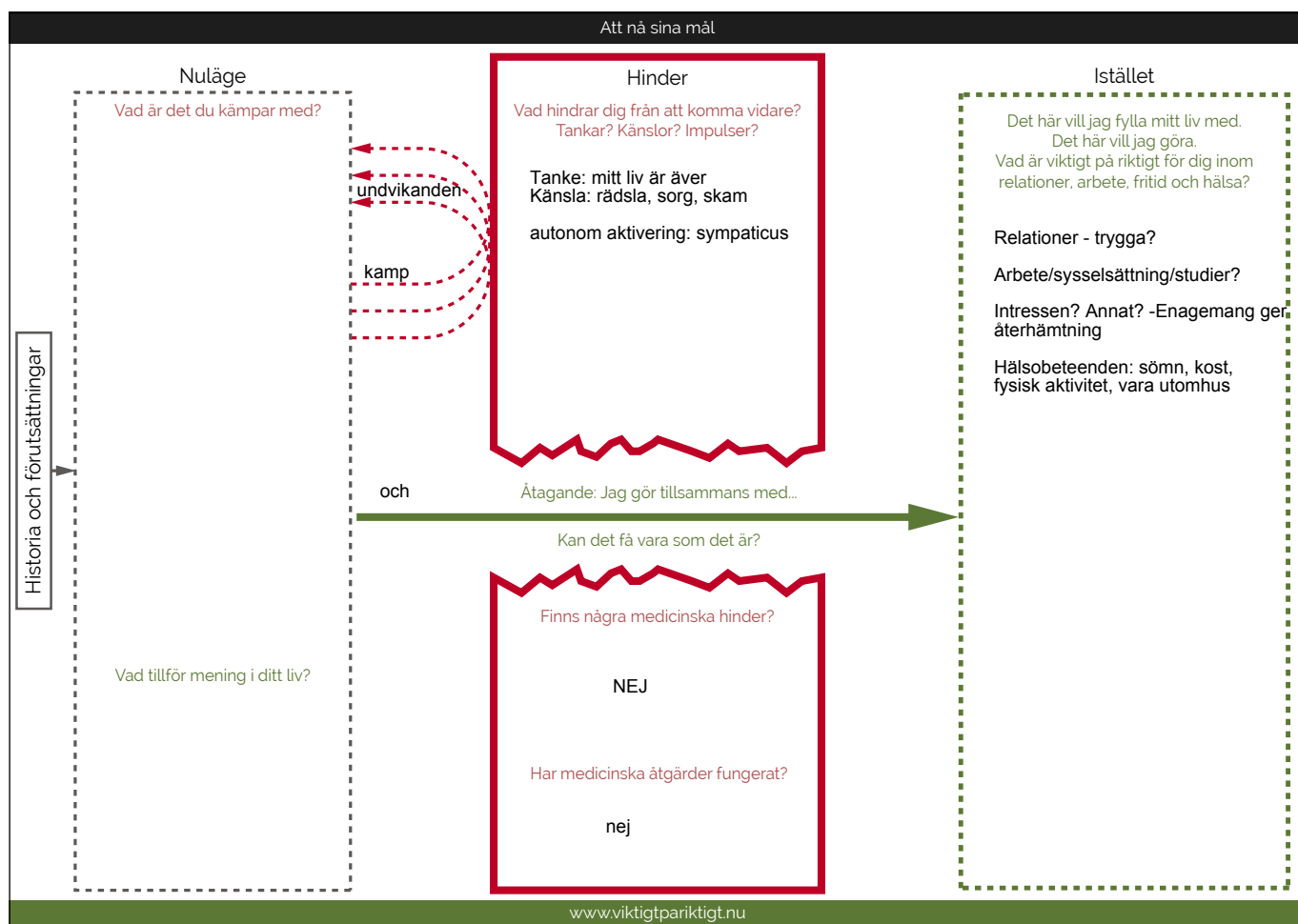
Han får stöd av sina föräldrar i sitt dagliga liv och sex år efter kollapsen köper han en hund. Ekonomin försämrats och han ser ingen annan väg än att flytta hem till föräldrarna. Smärtan är kontinuerlig. Han är nedstämd. Han har målet att få sjukersättning för att kunna ta lån och köpa en liten stuga ute i skogen. Han vill vara i fred och slippa kontakt med sjukvården och Försäkringskassan. Ansökan om sjukersättning avslås när han är 35 år. Efter flera år av passivitet och isolering träffar han en tjej. De blir ett par, flyttar ihop och han får bonusbarn. Försäkringskassan föreslår nu själva att de ska pröva om hans sjukpenning kan bytas ut till sjukersättning och han genomgår en AFU som beskriver en 40-årig man som av och till sitter i rullstol, har kognitiva begränsningar och hans sjukdomstillstånd som obotligt. Enheten för sjukersättning avslår förslaget till utbyte.

Patient 1 och 2 är, som säkert flera av er redan konstaterat, samma person. Patient 1 tappade all kontakt med sig själv i



Det var som att hjärnan startades om. Rädslan för symtomen var borta. Patienten vill återta sitt liv trots den diagnos han har.

den vård som behandlade en diagnos och som aldrig såg en person. Den dagen kroppen inte längre tillät att bli överanvänd och sa ifrån med råge ("kollaps"), blev en personlig kris som stagnerade i undvikanden och kamp istället för att utnyttja i nyorientering. Alla åtgärder från sjukvårdens sida fokuserade på symtomminimering och begränsningar. Smärta beskrevs och hanterades som farlig och dessutom som orsak till kognitiv nedsättning. Diagnosen och begränsningarna tog över tillvaron och tidigare förmågor under samma förutsättningar glömdes bort. Vården bidrog till patientens rädsla för sina symtom och den onda spiral av passivisering och undvikande som skapar sensitisering och neuroplastisk smärta.



I den andra beskrivningen finns samma yttre förutsättningar, men patienten har inte helt gått med på sin egna idé om att livet är slut. Det finns fortfarande en person, men som har fått en etikett på sina förutsättningar, som funnits med från start i livet, men som ingen förstått. När det inte längre gick att bita ihop och köra på, fanns inte kunskap eller färdigheter att förhålla sig till kroppens förutsättningar på ett annat sätt. Några behandlare försökte bidra till ökad funktion och fokus på meningsfullhet, men nådde inte fram. Det fanns dock ett latent hopp om och längtan efter kontakt med djur, andra människor och sammanhang. Ilskan som triggades av beskedet om avslag gällande sjukersättning, väckte insikt i att man kan inte få något annat liv än hur man lever.

Beskedet om avslag väckte ilska och frustration samtidigt med tanken: ”Nu får jag ta tag i det här själv!” Det var som att hjärnan startades om. Rädslan för symtomen var borta. Patienten vill återta sitt liv trots den diagnos han har. Han minns allt han kunde göra innan kollapsen 14 år tidigare. Han kan inte leva på samma sätt som innan den, men han kan bli självständig igen. Han vill avsluta sjukpenningen omgående och börja jobba, men via sin rehabkoordinator, som tycker att ”det går lite för fort”, får han hjälp att hitta en arbetsträningsplats. Han vill komma vidare. Att gå tillbaka till vården som undersköterska har han valt bort för länge sedan, men lokföraryrket har väckt intresse. Han klarar sin arbetsträning och parallellt med det söker han lokförarutbildningen, vilket innebär såväl testning som bedömning av psykolog och läkare. Första gången nekades han, men söker igen och av 70 sökande blir han då en av 28 antagna. Utbildningsplatsen ska påbörjas i januari 2025 och finansieras med CSN under ett år. Han använder inte längre några läkemedel, inga ortoser eller rullstolen. Han är inte längre patient.



Livsriktningen vändes 180 grader och målet är nu att leva i balans med det som är.

Diagnosen/sjukdomen finns kvar och går att leva med. Bindväven är slappare än på de flesta och lederna behöver mer hjälp från muskulaturen för optimering av rörelser. Det går att hantera. Livsriktningen vändes 180 grader och målet är nu att leva i balans med det som är. Kampen mot smärtan har bytts ut till målet att vara aktiv, men i samspel och med respekt för den egna kroppens behov. Mediterandet kompletteras med acceptans för egna inre upplevelser. Smärtan finns kvar och kan komma i vågor, men är inte längre skrämmande och styr inte längre aktivitets- eller funktionsnivån. Vanliga hälsobeteenden är grunden för återtagande av styrka och kondition – sova på natten, vara aktiv på dagen, vara utomhus, ha sammanhang och vara engagerad. Åta

regelbundet, röra på sig och ta regelbundna mikropauser optimerar möjligheten att vara aktiv. Funktionsnivån har ökat och livet återvänt.



Vår syn på smärta som signal måste förändras från farlig till obehaglig och ofarlig.

Vår tidigare patient vill förmedla att det är en personlig resa han är ute på och att ingen annan kan göra den åt honom. Det blev skillnad när han insåg att det spelar roll vad han själv gör och att det är ett beslut som måste tas. Han har lärt sig att regelbunden nattlig sömn är viktigare än man tror. Och att acceptans är styrka och inte att ge efter. Att kunna ha samma smärta som för tio år sedan och inte begränsas av den utan att trycka bort den, är en helt ny livserfarenhet som bidrar till ett inre lugn. Hans symtom är en signal på obalans och samtidigt ofarliga. Han har också lärt sig att aktivitet kan ske med olika intensitet och att stanna upp en liten stund ger plats för momentan återhämtning. Det går att jobba länge genom att äga sin energi och vila i sin aktivitet.

Det spelar också roll hur vårdpersonal betar sig och formulerar sin information. Vem har du framför dig och vad har den personen för resurser som är gynnsamma vid läkning/behov av förändring? Vem är du? Vad är viktigt för dig? Det här kan jag bidra med till din situation. Att man som vårdgivare förstår vilka känslor och katastroftankar som finns hos den som kollapsat vid ett dansgolv och vaknar upp i en sjukhussäng. Att då kunna validera rädsla och kontrollförlust, samtidigt som hopp behöver förmedlas gällande möjlighet att återta aktivitetsförmåga.

Vår syn på smärta som signal måste förändras från farlig till obehaglig och ofarlig. Rullstolen kunde ha varit ett stöd initialt, men skulle sedan plockats bort och fokus lagts på att kunna variera aktivitetsnivå, styrketräning, koordination och kondition. Vår tidigare patient kallar det ”hjälp med att programmera om hur man använder sig”. Muskulerna som kompenserar för ledernas slapphet behöver möjlighet till återhämtning via variation och korta pauser. Det går att bli hållbar via självomsorg.

Om resultatet från den genomförda arbetsförmågeutredningen hade accepterats som grund för en sjukersättning så hade vår patient fortfarande suttit fast i sin sjukroll och använt rullstolen av och till. Nu hoppas jag att istället få åka med honom i kollektivtrafiken.

Jäv saknas.

Åsa Kadowaki
Psykiater, leg KBT-psykoterapeut
och handledare Samrehab,
Distriktsrehabiliteringen, Region Kalmar
asa.kadowaki@lakaremedgranser.org



Årets handledarpris



inom allmänmedicin 2024 Region Västerbotten

Svensk förening för allmänmedicins (SFAM) lokala förening i Region Västerbotten vill härmed meddela att vi tillsammans med ST-läkarna i allmänmedicin i Umeå och Skellefteå samt Södra Lappland delat ut handledarpriset i allmänmedicin 2024 till **Amrei Wallmark**, specialist i allmänmedicin och verksam som distriktsläkare vid hälsocentralen Byske i Skellefteå.

Motiveringen lyder:

Amrei har under lång tid engagerat sig i utbildningsfrågor och är en omtyckt och ambitiös handledare. Hon utbildar även AT-läkare i praktiska kunskaper inom ÖNH en gång per termin och sammanställer årligen ett underlag med antalet läkare anställda inom Region Västerbotten verksamma i Skellefteåområdet. Ett underlag som sedan används av ledande tjänstemän i arbetet med primärvårdens bemanning. Kort sagt är det dags att Amrei får årets ST-handledarpris!

SFAM i Västerbotten



Amrei Wallmark uppvaktades med diplom och blommor 13 december 2024.
Foto: Victor Manberg

Årets handledarpris



inom allmänmedicin 2024 Region Västmanland

SFAM Västmanland har tilldelat **Marie Sedvall**, specialistläkare i allmänmedicin och geriatrik på LäkarGruppen Västerås, pris som årets handledare inom allmänmedicin Västmanland.

Motiveringen till priset lyder:

Dr Marie Sedvall är en fantastisk handledare; lyhörd, omtänksam och alltid med kloka råd. Hennes förmåga att förklara komplexa medicinska situationer på ett enkelt och pedagogiskt sätt skapar en trygg och inspirerande miljö för både utbildningsläkare och specialister. Marie bidrar till att skapa en arbetsmiljö där alla trivs och utvecklas.

SFAM i Västmanland



Marie Sedvall.

Annons

Hej, jag heter Johan och är ortoped!

Under många år har jag jobbat med hur man ska kunna hjälpa patienter där vi läkare uppenbarligen inte har något medicinskt att erbjuda. Från början drevs jag av en frustration och en vilja att förstå, och med tiden har det vuxit till en överlevnadsstrategi för mig. För att inte bli en trött, cynisk doktor på jobbet.

Under 20 års tid har jag och en kollega haft en föreläsning på läkarutbildningen i Linköping. Först kallade vi den lite skoj-provokativt för *Den besvärliga patienten*, men så värst kul kanske det inte var. Nu heter den *Den utmanande situationen* och det är nog en bättre beskrivning. De senaste tio åren har min parhäst och samtalsmentor varit Åsa Kadowaki. Alla ni kanske vet vem hon är, men kort ändå: hon är psykiater och KBT-terapeut och författare till boken *Svensk sjukvård till vanvett*. Bland annat.

Vi läkare drillas tidigt i detektivarbetet att hitta sjukdom: både fysisk och psykisk. Men det finns en annan del i varför folk söker sig till oss och det är ohälsa. Man mår inte bra. Det kan vara relationer eller jobb eller bara personlighetsdrag som inte är hjälpsamma. Till mig kommer man ofta med värk och smärta och med en förhoppning att jag helst ska operera dem bra och om inte det går: ge/erbjuda en behandling som gör dem bra. Helst helt bra. Tyvärr kommer man inte alltid dit och det är då man måste kunna förmedla det utan att sätta dem i en sämre situation (med kronisk opioidförskrivning eller planlös sjukskrivning) eller låsa in dem i en fruktlös vårdsnurr med remisser, ny bildiagnostik etcetera. Jag ska lite kort försöka beskriva vad vi försöker lära ut. Vi försöker vara så konkreta det går. Det här är färdigheter man medvetet kan träna, bara man lär sig grundstrukturen.

”

Till mig kommer man ofta med värk och smärta och med en förhoppning att jag helst ska operera dem bra ...

Det hela kokar ner till två huvudfaktorer: För det första handlar det om att medvetet bygga förtroende i samtalet och för det andra måste man ha några viktiga grundläggande principer som man inte ruckar på. Principerna är för patientens väl och ve på lång sikt. Detta är ett av de basala problemen som både patienterna och vi vårdgivare kämpar med. Om man inte är uppmärksam är det lättare att välja en enkel lösning på kort sikt (recept, sjukskrivning, remiss) än en långsiktig sådan som hjälper patienten vidare i livet.



Illustration: Annika Andén

Mina grundläggande principer är:

1. Det finns ingen indikation för opioidförskrivning för icke-malign långvarig smärta.
2. Sjukskrivning är en aktiv och kraftfull behandling med ett mål, men också med potentiellt allvarliga biverkningar.
3. Jag måste kunna stå för min medicinska bedömning.

Det sistnämnda kan också vara en kraftfull replik i ett komplext samtal: "Min bedömning är ..." I min situation handlar det ofta om att en operation inte kommer att göra situationen bättre, utan till och med riskerar att försämra den. De flesta av mina patienter har också provat vanlig analgetika, träffat många fysioterapeuter (oklart ofta dock i vilken utsträckning de verkligen använder sin kropp i riktad aktivitet) och ändå är de i en situation där de inte kan lyfta upp sina barnbarn, inte jobba med det de helst av allt vill, eller så bara kan de inte leva.

"Ska jag behöva leva med det här?" För många av patienterna jag tänker på tar smärtan upp nästan all plats i deras medvetande, säkert av olika anledningar. Det kan vara oro för bakomliggande sjukdom och möjlig framtida död, men ibland blir bara smärtan en förklaring för allt illabefinnande man har. Det gäller att försöka få dem att förstå att man både kan ha smärta och leva sitt liv.



2024 års Mogrenpris i medicin, Sveriges största pris för kliniskt verksamma läkare, gick till ortopedien Johan Scheer på Universitetssjukhus i Linköpings. Prissumman på 250 000 kronor motiverades med hans arbete för att utbilda läkare i de svåraste samtalen, som när den medicinska bedömningen går på tvärs med vad patienten själv vill.

Johan Scheer när han mottar priset.. På varsin sida står bröderna Mogren, Tobias till vänster och Fabian till höger, som driver stiftelsen vidare efter deras fars död.

Nästan alla människor i en vuxen ålder förstår dikotomin i våra liv. Å ena sidan är livet hårt och orättvist och sedan dör man, å andra sidan finns det så mycket fantastiskt. Båda de här sakerna kan vara sanna samtidigt. Att komma dit om man har långvarig smärta handlar om acceptans och det är ett ord man måste närma sig med viss varsamhet. Hur vi uttrycker oss är viktigt och en replik som ”du måste lära dig att acceptera” kan ovarsamt yttrad blockera all ytterligare mottaglighet för kommunikation. Ändå är det den vägen vi måste visa på. Jobbet behöver de göra själva, men vi kan peka ut riktningen och dessutom meddela att vi kan hjälpa till som bollplank om man vill diskutera strategier runt det.



Om man inte är uppmärksam så är det lättare att välja en enkel lösning på kort sikt (recept, sjukskrivning, remiss) än en långsiktig sådan som hjälper patienten vidare i livet.

Även när det gäller förtroendeskapandet har jag några strategier jag jobbar efter:

1. En konsultation hos mig går alltid i ordningen anamnes – status – bedömning. Det är särskilt i de utmanande situationerna som det är viktigt.
2. Under anamnesen jobbar jag aktivt med valideringsstrategier (empatiska svarsbeteenden, känslöverbalerisering, bekräftelse av känslor etcetera), dels för att det visar att jag lyssnar och tar på allvar och dels för att det gör mitt samtal effektivare och mitt anamnesupptagande bättre.
3. Jag gör alltid en kroppsundersökning, även när jag är ganska övertygad utifrån anamnesen att det kan röra sig om ett somatiseringssyndrom. Jag tror att det är bra att man tar på patienten fysiskt, särskilt på dessa patienter och det är också en kraftfull valideringsstrategi.
4. Jag försöker alltid förklara varför jag tror de har ont. Det har tagit mig ganska lång tid och många försök att hitta en förklaringsmodell som jag själv köper (exempelvis tror jag inte längre på att man får ont för att man är orolig eller nedstämd – för det resonerade inte hos mig heller).

Min egen ångestnivå när det gäller att eventuellt missa en diagnos har alltid varit ganska låg och jag är medveten om att alla inte har det så väl förspänt. Däremot har jag inte alltid rätt.

Tack och lov jag har hamnat i en situation där patienterna inte tvekar att höra av sig till mig om det är något de tycker inte stämmer med min bedömning eller med sin symptomutveckling. På så sätt har jag oftast kunnat fånga upp mina egna misstag. Kanske är det för att jag brukar förmedla vari min egen osäkerhet ligger eller vad som skulle kunna tala emot min slutsats.

Allt det här föddes under min tidiga karriär som AT och ST när man kunde sitta i oändliga samtal med patienter utan att komma framåt. Det är klart att erfarenhet spelar roll, men jag upplever ändå att det här arbetssättet gör mig ganska tidsmässigt effektiv under mina mottagningar och att jag ändå får med mig patienterna på mina bedömningar. Men egentligen kanske man borde skicka ut en enkät om det till alla mina patienter ...

Det viktigaste för mig är ändå min övertygelse om att det är bra för patienterna att komma vidare i livet och inte låsas fast av oss i en tro att det är något medicinskt fel med dem. Vi riskerar ju det om vi hela tiden remitterar och röntgar och provtar. För att citera Åsa: ”Vi är experter på att tala om vad det *inte är*. Patienten vill veta *vad det är*.” Om vi röntgar och remitterar och så uttalar vi hela tiden: ”Det är inte det där ...”. Ibland måste vi landa i: ”Min medicinska bedömning är ...” och så är det bra så.

Jäv saknas.

Johan Scheer
Med dr, överläkare i ortopedi,
Universitetssjukhuset i Linköping
johan.scheer@regionostergotland.se



Lukter privat och på mottagningen

Vi har alla våra alldeles egna kroppar. Det dröjde innan jag förstod att alla också har sin egen lukt. Det var en söndagsmorgon när barnen kom in i vårt ovädrade sovrum och ropade:

- Här luktar pappa!
- Vadå pappa? Jag har väl ingen särskild lukt. Det kanske är mamma som luktar?
- Nej, hon luktar annorlunda, inte alls så starkt.

”

Jag accepterade min lukt, när det plötsligt slog mig att min egen pappa också luktade på ett speciellt sätt.

Jag steg upp och öppnade fönstret för att vädra ut min papalukt. Lite modstulen. Kände alla människor den där lukten? I alla situationer på jobbet, i matsalen, bland vännerna?

Kanske hade barnens påpekanden kunnat bli fröet till en social fobi: Jag luktar illa (eller åtminstone starkt) och bör nog passa mig för att komma nära människor! Så blev det inte. Jag accepterade min lukt, när det plötsligt slog mig att min egen pappa också luktade på ett speciellt sätt. Det är förstås så, tänkte jag, att alla har sin speciella lukt. Det var lätt att hitta exempel som styrkte tesen.

Även patienter luktar olika, en del riktigt illa, men det bekommer mig inte särskilt mycket. Karin Johannisson ger i sin bok *Tecknen* exempel på läkare som tränat upp sitt luktsinne in absurdum för att kunna ställa den korrekta diagnosen vid undersökningen. Jag tror själv mycket på sinnenas betydelse i konsultationen, men jag passar mig för långtgående generaliseringar och förväntningar om precisa diagnoser.

Mina patienter lever i en luktvärld, som jag själv på något sätt har neutraliserat. Därför kan jag fördra det värsta utan att äcklas



Illustration: Annika Andén

och det bästa utan att bedåras. I privatlivet skulle en del av dessa lukter få mig att kräkas och andra att att-rahernas.

Jag tänker just nu på Katt-Karin, som bodde ensam i ett hus med 28 katter. Doften av katturin fyllde mottagningen när hon kom på besök. Själv är jag kattallergiker, något personalen var mycket medveten om. När Karin kom togs hon därför omedelbart in i en liten skrub, där hon kläddes av och snabbtvättades. Sedan fick hon gå barfota i vit personalrock till mitt undersökningsrum. Då var lukten så pass utspädd att även en kattallergiker kunde tolerera den.

Jag hade en god relation till Karin, trots hennes katter, men hälsovårdsnämnden i kommunen tyckte inte om katterna. De var en utmaning mot hygien och hälsa. Därför beslöt nämnden att skicka en patrull till hennes hus och skjuta av alla hennes älsklingar. Men först tog de kontakt med mig och ville att jag skulle ta del i aktionen.

– Men vad ska jag göra där, frågade jag i telefonen. Jag är ingen skytt!

– Du ska ta hand om Anna.

– Men henne tänker ni väl inte skjuta!

– Nej förstås inte, svarade nämnden irriterat, men hon kan bli ledsen och behöva tröst och något lugnande medel

– Absolut inte! Där går gränsen för mitt åtagande. Jag är varken bödelsdräng eller fängelsepräst.

Mitt avböjande accepterades, men avrättningen av katterna fördröjdes eftersom Karin hann snubbla i källartrappan och

”

Jag hade en god relation till Karin trots hennes katter, men hälsovårdsnämnden i kommunen tyckte inte om katterna.

bryta nacken några dagar innan exekutionspatrullen anlände. Jag konstaterade dödsfallet medan hon låg där vid foten av källartrappan bland sina 28 sörjande katter. Trots min kattallergi överlevde jag den massiva exponeringen. Kanske var det inte så mycket med den där allergin längre?

Katterna avlivades snabbt efter Karins död, som lämnade mig med ett moraliskt dilemma: Hade Karin frivilligt låtit sig falla utför trappan i väntan på dödspatrullen frågade jag mig? Hade mitt beslut att inte alls befatta mig med hälsovårdsnämndens aktion verkligen varit det rätta? Kanske kunde Karin ha blivit lite hjälpt om jag mot mina principer hade "smutsat ner fingrarna" och försökt trösta henne inför det som väntade eller rentav medan det pågick?

Det finns förstås inget svar på detta dilemma och jag vill inte påstå att problemet plågar mig, men det kommer alltid för mig när jag känner lukten av katt.

Min kattallergi fick en ny dimension där vid foten av källartrappan.

Jäv saknas.

Christer Petersson
Pensionerad allmänläkare, Växjö
cpetersson121@gmail.com



BVC-mottagning i december



Nyfödd

Du griper mitt finger, följer min blick
Tror du ska falla, jag håller dig fast
Du jollar och skriker, ett leende jag fick
Jag lyssnar till ditt lilla hjärtas snabba slag
Tänker att det var en gång jag
Som var liten och mötte en ängel som vakt
Din fot i min hand, tår som pärlor
Jag lägger dig vid mors bröst, det ger dig tröst
Du äter glupskt, sen somnar du gott
Vi ser på det vackraste världen har fått

Charlotta Busch
Allmänläkare, skolläkare, Särö Vårdcentral
charlotta.busch@regionhalland.se



Deadline för nr 2-2025 är 17 mars!

Temat är Hypertoni / Risk

Har du något du vill bidra med? Kontakta redaktören så snart som möjligt via mejl: chefredaktor@sfam.se

SFAM

Du som gör din ST i allmänmedicin, välkommen att anmäla dig till SFAM:s mittvärdering

Mitt-i-ST®

Mitt-i-ST® är SFAM:s metod för extern kompetensvärdering halvvägs genom ST-utbildningen i allmänmedicin.



Intresserad? Läs mer på sfam.se/foreningen/mitt-i-st eller kontakta mittist@sfam.se. Välkommen!



En skånsk temadag med arbetsgivarsamverkan i fokus

Försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare från vårdcentraler, psykiatri, rehabiliteringsmedicin och företagshälsovård, Försäkringskassan och inbjudna föreläsare i samma rum, arrangerat av LAG försäkringsmedicin.

Det har under många år gnisslat mellan företagsläkare och läkare inom hälso- och sjukvården kring vem som ska ta hand om patienternas olika behov, men framför allt blir det konflikter runt sjukskrivningarna. Samtidigt är det arbetsgivaren som har ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering och arbetsgivaren som väljer om någon företagshälsovård ska anlitas och vad som i så fall ska ingå i deras avtal.

När de inblandade läkarna inte kommer överens, om vem som ska göra vad, begränsas alla andra resurspersoner i



Istället för att prata om hur patienten ska kunna börja jobba igen blir det själva intygsskrivandet och intygstolkandet som hamnar i fokus.

vad de i sin tur kan göra och patienterna hamnar lätt i limbo. Ovanpå det handlar det också väldigt mycket om patientens ekonomi. Ibland får det stresspåslaget så kraftig påverkan att ekonomiska proble-

men tar över från det som från början var orsaken till den nedsatta arbetsförmågan. Istället för att prata om hur patienten ska kunna börja jobba igen blir det själva intygsskrivandet och intygstolkandet som hamnar i fokus.

Galet, eller hur?

När allt fungerar som det är tänkt

En bra arbetsgivare vill rehabilitera sin sjukskrivna medarbetare tillbaka i arbete och vill även förebygga sjukdom. Arbetsgivaren har själv kompetens att bedöma om man vet vad som behövs göras eller om företagshälsovården behövs. Den företagshälsovård arbetsgivaren anlitar har en kontinuerlig dialog med arbetsgivaren om arbetsmiljö och förebyggande arbete, men har också enligt sitt avtal uppdrag att



Arrangörerna Kjerstin Stigmar, Maria Fridh och Andreas Johansson inleder dagen.



Företagsläkarna Ann Berntsdotter och Peter Gram med Peter Munck af Rosenschöld, vd för ideella branschorganisationen Sveriges företagshälsor till höger.

ha direktkontakt med medarbetarna vid behov. Konkurrensen mellan företagshälsorna leder till olika uppdrag anpassade till arbetsgivarnas skilda behov.

Försäkringskassan, kommuner och regioner fördelar skattemedel klokt, men följer också branschernas respektive regelverk och är själva bra arbetsgivare.

Mitt i detta står den sjuka patienten och en läkare med en rehabiliteringskoordinator vid sin sida. Läkaren vet vad som behöver göras för att patienten ska kunna jobba igen. När alla pratar med varandra uppnås samsyn och patienten får sin koordinerade rehabilitering genomförd och kommer tillbaka till jobbet. Så enkelt kan det vara.

Men när det inte fungerar

Trots att jag inte längre jobbar kliniskt finns känslominnen kvar starkt hos mig av hur onödigt stressande det kan vara med en patient som borde kunna gå tillbaka till jobbet men inte vill/kan/vågar. Undran över om det verkligen kan vara mitt jobb som läkare att reda ut om motståndet beror på patienten själv, sjukdom, något i hemmiljön eller på arbetsplatsen. Och plötsligt har ett skåniskt LAG (lokal arbetsgrupp) till LPO (lokalt programområde) tagit tag i saken och arrangerat en

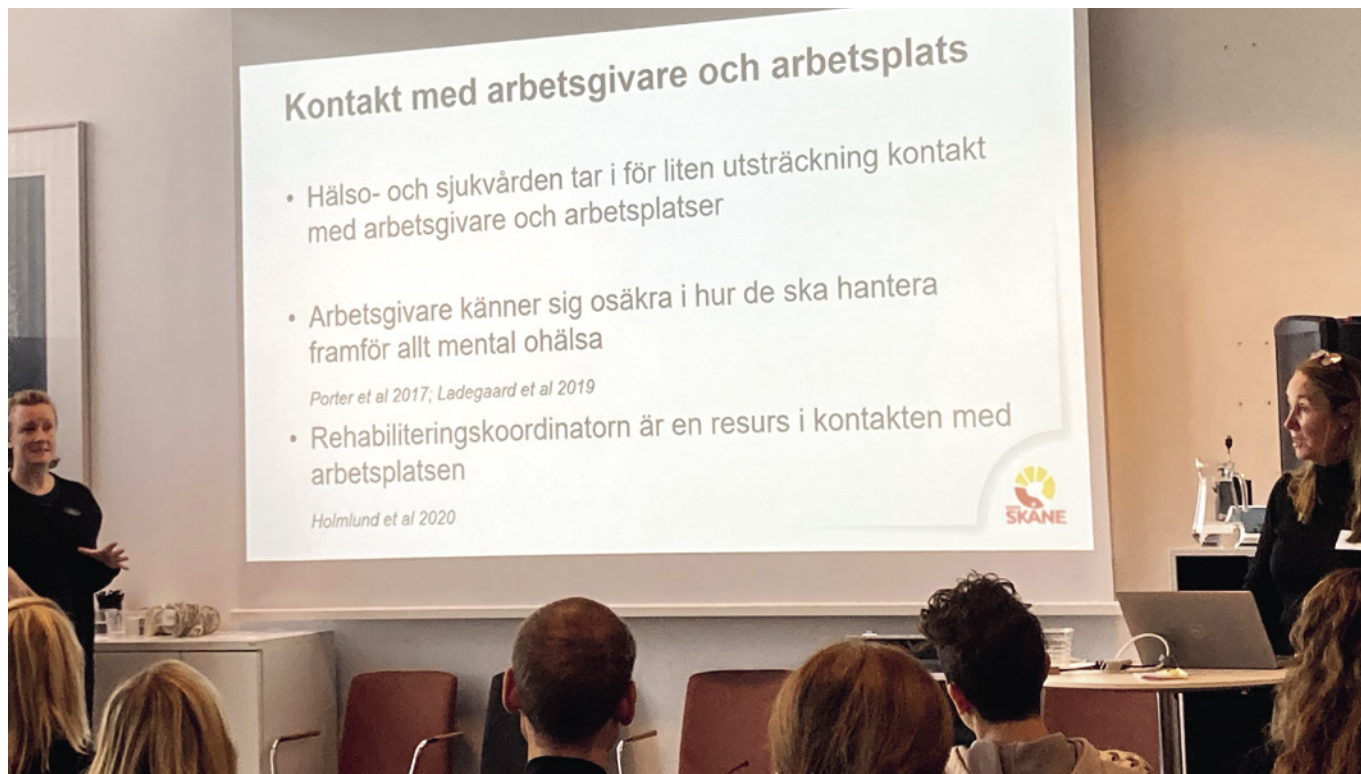
workshop! Som jag dessutom hade möjlighet att delta på, helt förutsättningslöst, inga åtaganden, bara dyka upp, på arbetstid. Såklart tog jag chansen.

En relativt liten skara deltog på workshoppen och det var också bra eftersom det gav gott om utrymme att prata

med varandra och ställa frågor till föreläsarna som sedan själva var med i gruppdiskussioner. Att där finns en myndighet för arbetsmiljökunskap (mynak.se) som ska sammanställa och sprida kunskap om arbetsmiljö var matnyttig information. Föreläsningen om arbetsrättens roll från



Sammanfattning av arbetsrätt ur arbetsgivarens perspektiv enligt Andreas Inghammar, jur dr docent inom arbetsrätt och prorektor ekonomihögskolan, Lunds universitet.



Kjerstin Stigmar, leg sjukgymnast, ergonom och docent på institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet stående längst till höger, beskriver aktuella forskningsläget för arbetsgivarsamverkan.

arbetsgivarens perspektiv gav mig annars mest ny kunskap på det teoretiska området, men i stort skapade det tyvärr bara mer frustration hos mig eftersom lagstiftningen är så pass uddlös. Flertalet av de övriga deltagarna verkade däremot inte

alls nedtryckta utan reagerade mer med en kampvilja. Spännande!

Kanske att de kände sig lyfta av att de fick med sig argument och verktyg av några olika sort. Att lära upp arbetsgivarna om vad de kan göra; att engagera

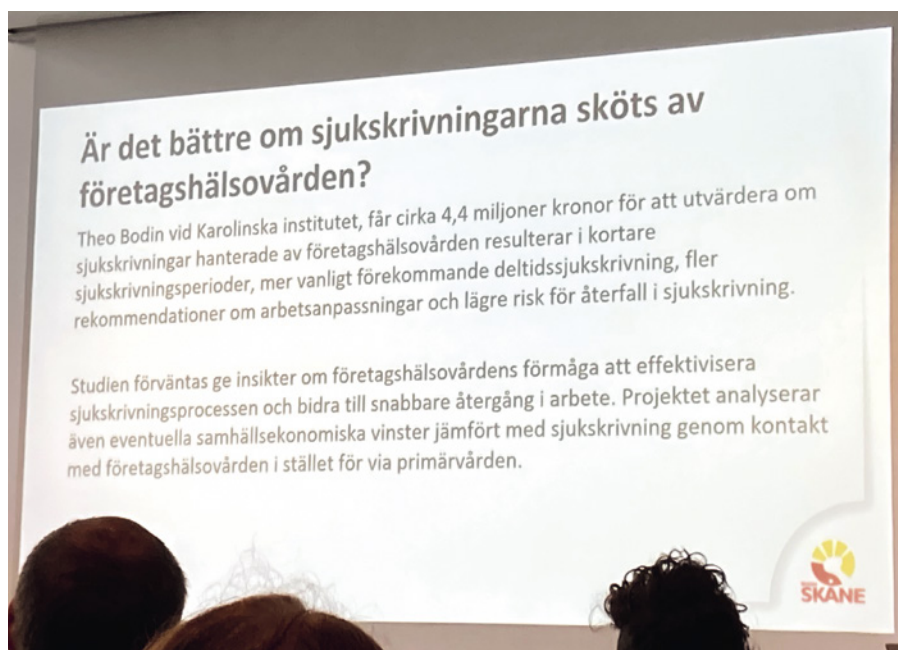
sig i hur avtalen med företagshälsovården ser ut; att anmäla till arbetsmiljöverket för att få fler rättsfall är ju inte någon av läkaryrkets vanliga åtgärder, men med lite hoppingivande nya perspektiv kanske kreativiteten kan få ny fart.

Det märktes inte i diskussionerna att läkarna kom från olika specialiteter och det blev många aha-upplevelser av att många perspektiv fanns med i samma samtal. Jag tror det trots allt är den viktigaste vägen framåt inom försäkringsmedicin för bättre, snabbare rehabilitering av sjukskrivna: Se till att försöka förstå andra perspektiv än bara patientens och läkarens.

Jäv saknas.



Petra Widerkrantz
Allmänläkare, Medicinsk rådgivare på
Enheten för kunskapsstyrning,
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning,
Region Skåne
petra@hack.org



En studie som kanske kan ge vägledning om sjukskrivning via företagshälsovård är bättre.

Annons



Nationella kvalitetsdagen 2024

– ett digitalt 20-årsjubileum

Nationella kvalitetsdagen för primärvården är ett årligen återkommande arrangemang som syftar till spridande av utvecklings- och förbättringsarbeten samt möjlighet att ta del av berikande föreläsningar utifrån ett utvalt tema. SFAM:s råd för kvalitet och patientsäkerhet (SFAM-Q) arrangerar dagen och sedan många år har det varit rådets huvudsakliga fokus och arbete över året. Teman har varit bland annat *Jämlig vård* och *Prioriteringar i hälso- och sjukvård*.

Inför det stundande 20-årsjubileet 2024 valde vi att återvända till kärnämnet och satte årets tema till patientsäkerhet i vardagen med fokus på patientdelaktighet. Arbetet inför arrangemanget fortskred på sedvanligt vis och programmet tog sakta form under första delen av året. I bakgrunden fanns dock en oro över genomförandet i ljuset av ett svårt ekonomiskt läge för hälso- och sjukvården som riskerade att påverka fortbildningsmöjligheter och därmed deltagande på kvalitetsdagen. Detta resulterade i till slut i att den tjugonde nationella kvalitetsdagen genomfördes digitalt – ett arrangemang som fungerade över förväntan, men där det fysiska mötets inslag, med lägre trösklar till dialog och nätverkande, fattades.

Triss i patientsäkerhet

Dagen inleddes med tre givande föreläsningar om patientsäkerhet ur olika perspektiv. Först ut var Eva Arvidssons med exempel på hur kvalitetsverktyget **Primärvårdskvalitet** kan användas i det vardagliga arbetet med patientsäkerhet. Vi fick höra mer konkret om hur olika indikatorer kan lyftas till givande diskussioner lokalt, på vårdcentralen, som grund för vidare utvecklingsarbete. Primärvårdskvalitet kan säkerligen användas mer praktiskt i verksamheter än det gör idag – goda exempel behöver spridas för lärande. Rita Fernholm fortsatte med en fördjupning kring ”Safety-netting” eller Trygga Råd, en teknik som har visat sig mycket användbar för att involvera patienten i arbetet för att minska risken för vårdskador genom tydligare kommunikation och bättre gemensam förståelse. Rita delade konkreta exempel och bidrog med kunskap att ta med sig hem till den kliniska vardagen.

Härefter fick vi tillfälle att lyssna till Sven Engström, initiativtagare och grundare till SFAM-Q och tidigare mångårig medlem. Sven gav oss en föreläsning om vikten av patient-lä-

kar-kontinuitet och dess inverkan på bland annat patientsäkerhet, baserad bland annat på resultat från en systematisk litteraturoversikt som han, tillsammans med andra, är författare till. Vi fick höra om tydliga, bitvis dramatiska, resultat kring hur patient-läkar-kontinuitet påverkar sjukhusinläggningar och akutmottagningsbesök. Vi inväntar publicering av litteraturoversikten, men vågar nämna att resultaten tycks tyda på att kontinuitet är av stor vikt även för yngre patienter. Detta är något som kan behöva lyftas för att bredda samtalet om patient-läkar-kontinuitet som högst relevant för fler grupper än enbart äldre multisjuka patienter.

En stor bredd av förbättringsarbeten

Totalt sex förbättringsarbeten från primärvård i olika delar av landet presenterades under dagen. Teresa Algård, Fälhagens vårdcentral Uppsala, presenterade sitt förbättringsarbete *Trött på att bomma med Holter*, där mer patientnära, effektivare

utredningsmöjligheter av hjärtarytmier i primärvården visat sig vara värdefullt för att fånga sjukdomstillstånd och dessutom till lägre kostnad än traditionella alternativ. Från Capio Administration presenterade Jenny Hillbo två förbättringsarbeten kring dels remissbevakning för utgående remisser för säkerställt medicinskt omhändertagande och ökad patientsäkerhet, samt ett genomgripande arbete för att på ett medicinskt säkert sätt prioritera och minska väntelistor till vård.

Från Nära vård och hälsa, Region Uppsala presenterade Åsa Palmqvist och Lisa Lundberg ett

förbättringsarbete med patientmedverkan i vårdhygienarbete på vårdcentral. Nya insikter kring patienters önskemål blev tydliga och man nådde positiva resultat vad gäller efterlevnad av hygienregler. Erland Axelsson, psykolog Liljeholmens universitetsvårdcentral, bidrog med en presentation kring psykologiskt stöd vid långvariga kroppsliga symtom – en vanlig patientgrupp i primärvård där behandlingen ofta är utmanad. Maria Persson och Carina Holmberg, Hässelby vårdcentral, presenterade ett gediget och uthålligt arbete för minskad förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. Med ett strukturerat arbete kring rutiner, teamarbete, patientdelaktighet, samverkan med andra aktörer och kontinuerlig uppföljning har man nått goda resultat!



Detta resulterade i slutändan i att den tjugonde nationella kvalitetsdagen genomfördes digitalt – ett arrangemang som fungerade över förväntan, men där det fysiska mötets inslag, med lägre trösklar till dialog och nätverkande, fattades.



Från vänster; Marek Czajkowski, Jenny Berggren och Rita Fernholm (Rita som nu tagit en paus från SFAM-Q).

Linus Johansson, Strängnäs vårdcentral, presenterade ett arbete med en modell för att dels följa patient-läkar-kontinuitet, samt utvärdera effekten på patient-läkar-kontinuiteten till följd av listning på team istället för på läkare. Resultaten visade att teamlistningsmodellen tyvärr medförde en sänkt patient-läkar-kontinuitet, vilket ledde till engagerad diskussion under presentationen. Linus arbete uppmärksammades senare under dagen som årets förbättringsarbete denna kvalitetsdag.

Patienterfarenheter, delaktighet och vikten av det goda samtalet

Eftermiddagen innehöll föreläsning av patientrepresentanter från psykiatri i Stockholm, där Inka Helispää Rodriguez och Janine Semius delade erfarenheter av att vara patient – goda och mindre goda sådana. Tillsammans kan vi göra vården bättre och säkrare. Lena Runius Bernström, hedersdoktor vid Mittuniversitetet, Östersund, för sina insatser kring utveckling av 1177 telefonrådgivningen och sjukvårdsrådgivningen nationellt, belyste vikten av personcentrering, ”det goda samtalet” och hur viktig kommunikationen är för patientsäker vård.

Patientsäkerhet med knappa resurser och att hantera osäkerhet i den kliniska vardagen

En föreläsning som berörde fick vi av Margareta Danelius, chefläkare Capio, som berättade om arbetet inom Läkare utan gränser i områden med mycket knappa resurser. Hon belyste olikheter, men också likheter som man kan ha nytta av i arbetet i vår mer privilegierade tillvaro. Urban Nylén, medicinalråd på Socialstyrelsen uppdaterade oss kring Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet med fokus på patienten som medskapare. Avslutningsvis fick vi höra Anders Lundqvist, styrelsemedlem i SFAM och bland annat tidigare studierektor i allmänmedicin, föreläsa under rubriken *Att hantera osäkerhet*.

Det var en uppskattad föreläsning om allmänläkarens kliniska vardag där osäkerhet alltid finns närvarande och vilka konsekvenser det kan få om den hanteras dysfunktionellt samt tips på strategier för konstruktivt hanterande av detta oundvikliga inslag i vårt uppdrag.

Framåt!

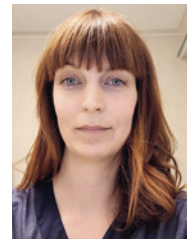
Nationella kvalitetsdagen 2024 – den tjugonde hitintills – var en dag med givande, lärorika föreläsningar med stor spännvidd. Vi tackar alla medverkande presentatörer och alla deltagare som gjorde dagen så värdefull!

Arbetet med kvalitet, patientsäkerhet och förbättrings-/utvecklingsarbete i primärvården fortsätter förstås, så också SFAM-Q:s arbete. Under 2025 tar Nationella kvalitetsdagen tillfällig paus, rådet kommer ni att höra och se i andra forum. Närmast planerar vi att medverka på SFAM:s kongress i Stockholm i vår med en spännande workshop på temat *Att göra fel* – hoppas vi ses där.

Jäv saknas.

Cornelia Brusmark

Allmänläkare, SFAM-Q, chefläkare, Region Jämtland Härjedalen



Fredrik Berntsson Semb

Allmänläkare, SFAM-Q, Vårdcentral Tisken, Falun
fredrik.semb@regiondalarna.se



Annons

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande

Emil Péclard
emil.peclard@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Andreas Stomby
andreas.stomby@sfam.se

Skattmästare

Panteha Hatefi
panteha.hatefi@sfam.se

Facklig sekreterare

Anders Lundqvist
anders.lundqvist@sfam.se

Övriga ledamöter

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Jenny Berggren
jenny.berggren@sfam.se

Linda Sandberg
linda.sandberg@sfam.se

Åke Åkesson
ake.akesson@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Nikolaos Georgiannos
nikos.georgiannos@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Margareta Troein
margareta.troein@med.lu.se

Kvalitets- och

patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Fredrik Berntsson Semb
fredrik.semb@regiondalarna.se

SFAM:s torsdagsmöten

Anna Flood
info@sfamstorsdagsmoten.se

ST-rådet

Mujahed Abassi
mujahedsebastian@outlook.com

Utbildningsrådet

Anna Beck, anna.beck@norrboten.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Lena Pomerleau
lena.pomerleau@gmail.com

Forskningsrådet

Susanna Calling
susanna.calling@med.lu.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Malin Skogström
malin.skogstrom@skane.se

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Oskar Lindfors
oskarlindfors81@hotmail.com

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter

Gunilla Malm
gunilla.a.malm@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

Sonja Holmquist
sonja.holmquist@regionstockholm.se

Studierektorsnätverket

Tova de Ruvo Lohmann
tova.deruvo-lohmann@regionstockholm.se

Naaka – Nätverket för Astma,

Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Nikos Pounaras
nikolaospounaras@gmail.com

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården

Katarina Hedin, katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för

fortbildningssamordnare

Jannike Norström
jannike.norstrom@vgregion.se

SPUR-inspektioner – samordning

Louise Wänström
louise.wanstrom@gmail.com

Rikard Viberg, rikardviberg@msn.com

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info
Anna Falk, anna.falk@rvn.se

Nätverket för psykisk ohälsa

Katrin Hagskog-Engel
katrin.hagskog-engel@regionstockholm.se

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

www.egprn.org
Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

EURACT

www.euract.eu
Nikos Georgiannos
nikos.georgiannos@gmail.com

EQUIP

equip.woncaeurope.org
Eva Arvidsson, evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Vakant

Euripa

euripa.woncaeurope.org
Anna Falk, anna.falk@rvn.se

Nordic Federation of General Practice/ ApS

www.nfgp.org
Magnus Isacson, magnus.isacson@sfam.se

Nordic Young General Practitioners (NYGP)

Linn Ekström
Nazila Mansimli
nazila.mansimli@skane.se

Nordiska kongressen

Anna Davelid
anna.davelid@rjl.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

Wonca Europe

Se EGPRN, EURACT och EQUIP

Meddela ändringar till chefredaktor@sfam.se och hemsidan@sfam.se

Lokalföreningar

BLEKINGE

Anna Lövgren
anna.lovgren@regionblekinge.se

DALARNA

Filip Sundal
filip.sundal@regiondalarna.se

GOTLAND

Kajsa Persson
kajsa.persson@gotland.se

GÄVLEBERG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

HALLAND

Michael Lovric
michael.lovric@regionhalland.se

JÄMTLAND

John Dunberg
john.dunberg@regionjh.se

JÖNKÖPING

Karolin Planting
karolin.planting@rjl.se

KRONOBERG

Brendan Brouwer
brenbrou@hotmail.com
www.sfamkronoberg.se

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

MELLANSKÅNE

Ingrid Stener
ingrid.stener@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

NORRA ÄLVSBERG*

NORRBOTTEN
Maria Nordendahl
maria.nordendahl@gmail.com

SKARABORG

Klas Fellbrant
klas.fellbrant@gmail.com

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@regionstockholm.se

STOR-GÖTEBERG

Niklas Lehtipalo
niklaslehtipalo@yahoo.se

SYDOSTSKÅNE*

SÖDERSLÄTT

Clary Hägglund
clary.hagglund@skane.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.t.eriksson@gmail.com

SÖDRA ÄLVSBERG

Luisa Ocampo Molano
luisa.ocampo.molano@vgregion.se

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

UPPSALA

Johan Birging Hultegård
johan.hultegard@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

Anna-Maja Åberg
annamaja.sundin.oberg@regionvasterbotten.se

VÄSTERNORRLAND*

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@regionkalmar.se

VÄSTMANLAND

Jenny Krifors
jenny.krifors@ptj.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Klaus Stein
klaus.stein@regionvarmland.se

ÖSTERGÖTLAND

Emil Kristensson
emil.kristensson@regionostergotland.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Utkommer med 4 nummer per år. Ingår i medlemsavgiften till SFAM.

Prenumerationsavgift för icke medlemmar 600 kr per år. kansli@sfam.se
ISSN 0281-3513 (Print)
ISSN 2001-8169 (Online)

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Ansvärlig utgivare

Ingrid Eckerman
ingrid.eckerman@gmail.com

Layout

InformationsMedia i Göteborg AB, avd. syd
Annika Cederlund
annika@informationsmedia.se

Annonser

InformationsMedia i Göteborg AB
Jean Lycke
Marieholmsgatan 10 C, 415 02 Göteborg
070-277 15 11
jean@informationsmedia.se

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

Hemsida: www.sfam.se/tidskriften • **Webmaster:** hemsidan@sfam.se

Redaktion

Jens Halldin, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Christer Petersson
cpetersson121@gmail.com

Lars Englund
englund1@telia.com

Björn Landström
bjorn.landstrom@skaraborgsinstitutet.se

Staffan Svensson
staffan.svensson@pharm.gu.se

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Utgivningsplan för 2025

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
2	17.3	7.4	19.5	Hypertoni/Risk
3	11.8	1.9	6.10	Hud/Funktionella besvär
4	13.10	3.11	8.12	Levnadsvanor/Nära vård

SFAM:s kansli

Post: Box 738, 101 35 Stockholm
Besök: Klara Östra kyrkogata 10
www.sfam.se, kansli@sfam.se

Isabelle Körner Johnsson
isabelle.kornerjohnsson@sfam.se
Tel: 070-522 52 21

Kompetensvärdering i ST
mittist@sfam.se
Katarina Boltstern
076-1394404
examen@sfam.se

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Följ SFAM på



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
läkarförbund

SFAM är en medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet och en specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.

Publicering

Genom att skicka bilder och texter till chefredaktor@sfam.se godkänner du att de publiceras såväl i den tryckta utgåvan av AllmänMedicin som i e-tidningen på SFAM:s hemsida: www.sfam.se/tidskriften.

Skribenter i AllmänMedicin är specialister i allmänmedicin om inte annat anges.

Följ debatten på Ordbyte!

http://sfam.se/foreningen/organisation/ordbyte/

Bli medlem:

Skicka ett tomt mail (utan rubrik eller innehåll) till sfam-ordbyte+subscribe@googlegroups.com från den epost-adress du vill använda.

Avsluta medlemskap:

Skicka, från den adress du är registrerad på, ett tomt mail till sfam-ordbyte+unsubscribe@googlegroups.com.

Kalendarium



2025

Mars

Svenska psykiatrikongressen
12-14.3, Göteborg

SFAM:s ST-dagar 2025
17-19.9, Göteborg

Nationell Balintkonferens
Månadskiftet mars/april, Lund

Konferens Glesbygdsmedicin
29.9-1.10, Västernorrland

Maj

Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2025
7-9.5, Stockholm

FSUM-konferens 2025
7-9.5, Uppsala

European General Practice Research Network (EGPRN)
8-11.5, Göteborg

2026

Maj

Nordiska Allmänmedicinska Kongressen (NCGP)
26-29.5, Jönköping med prekongress 25-26.5

September/oktober
WONCA World Conference
17-21.9, Lisabon, Portugal

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.
<https://sfam.se/events/>

Kontrollera alltid aktuell information på respektive hemsida.



Kollegial dialog online

Möt kollegor i smågrupp.
<https://sfam.se/dialog/>

Lyssna på AllmänMedicin!

Här kan du lyssna på upplästa artiklar ur tidskriften AllmänMedicin och ta del av inspelade intervjuer.
<https://sfam.se/tidskriften/podcast/>

Provinsialläkarstiftelsen

Kurser i samarbete med Distriktsläkarföreningen.
<https://slf.se/dlf/vart-arbete/aktuella-kurser/>

Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.
chefredaktor@sfam.se • hemsidan@sfam.se