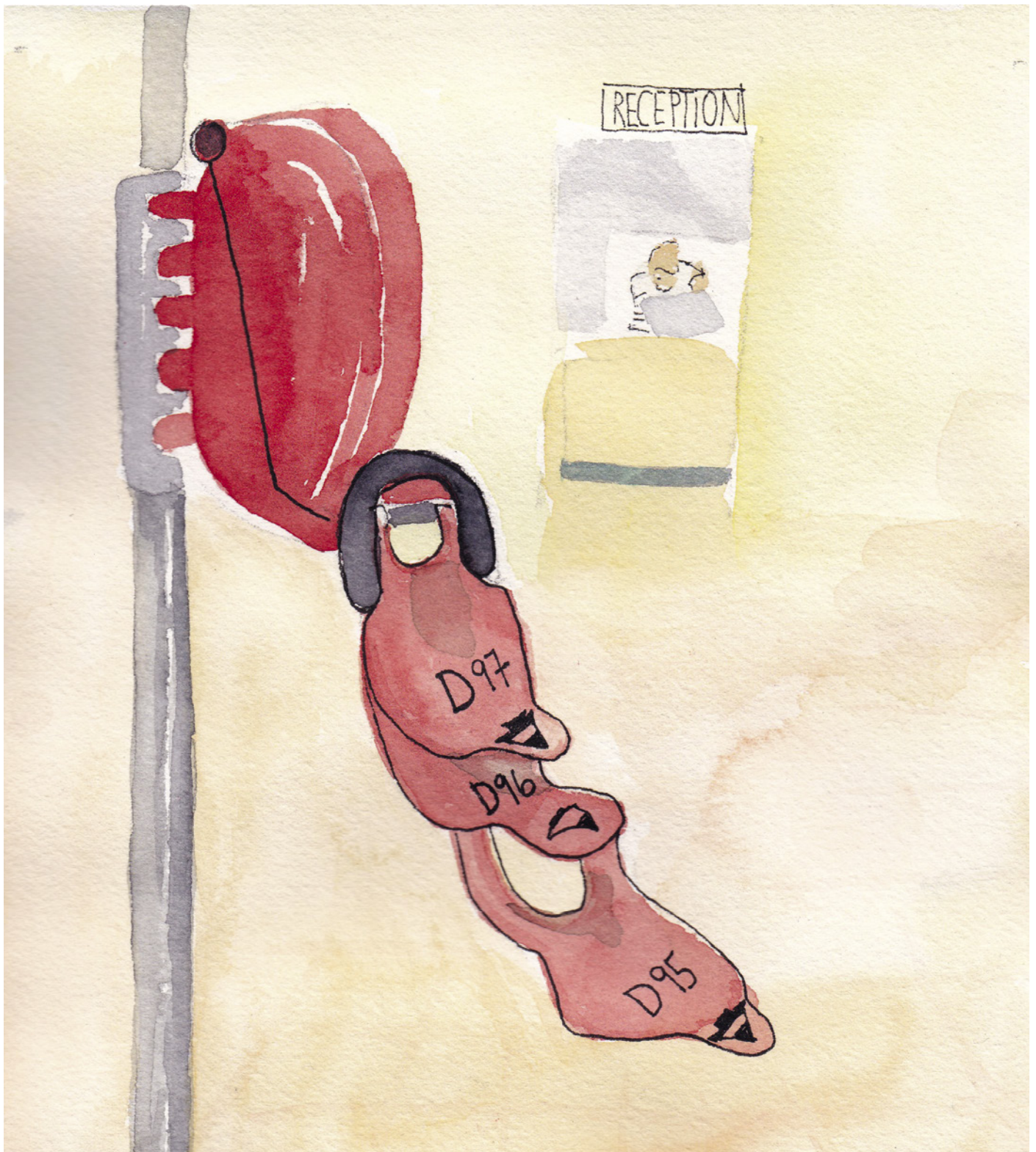


AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2024 ÅRGÅNG 45



Jämlikhet i vården
Cancer i primärvården

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Från mitt-i-ST till styrelsen**
Linda Sandberg
- 3 **Jämlik eller rättvis?**
Jens Halldin
- 4 **Kampen mot kärnvapen viktigare än någonsin**
Vendela Englund Burnett
- 7 **Utmattningssyndrom i ett emotionellt perspektiv**
Imri Demisai
- 8 **ChatGPT är för farlig för att användas i hälso- och sjukvården**
Christer Rosenberg
- 10 **Världen blir allt sjukare**
Björn Wiman
- 12 **Fjällmottagningen**
Nicklas Wärme
- 16 **Migrationsrelaterade hälsobesvär**
Eva Theunis
- 19 **Det handlar om bemötande
– intryck från läkararbete på sprutbyte och hemlösemottagning**
Johan Månflod
- 20 **Tidig diagnostik – populärt begrepp med faror och fallpropar**
Rådet för hållbar diagnostik och behandling (SFAM-H)
- 24 **Metaforer i samtal om cancer och allmänmedicinens fjärde budord**
Josabeth Hultberg
- 26 **Alkohol som påverkbar riskfaktor för cancer
– vad vet vi och vad gör vi?**
Ellen Brynskog och Lars Jerdén
- 30 **Förutsättningar för kliniskt beslutsfattande enligt EBM 30 år senare**
Louise Olsson
- 32 **Nyheter om Kloka Kliniska Val**
Josabeth Hultberg
- 34 **Luftvägsinfektioner i primärvård
– aspekter av diagnostik och behandling**
Karin Rystedt
- 38 **Boken Utmattningssyndrom
– vad innebär den för oss allmänläkare?**
Lars Englund
- 40 **Internationell Balintkonferens 2024**
Björn Landström
- 43 **Heléne Swärd – blivande pensionär**
Magnus Isacson
- 44 **Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2024**
Jens Halldin
- 48 **När marknaden fick ta över samhällsplaneringen**
Andreas Thörneby
- 50 **Rapport från Svenska psykiatrikongressen**
Oskar Lindfors
- 51 **En ny rapport ger mer kunskap om allmänläkares hantering av medicinsk körkortslämplighet**
Lars Englund
- 52 **Sjuk doktor: tio läkare berättar**
Torsten Green-Petersen
- 53 **Vemodigt om krigets ärvda trauman**
Emmanuel Bäckryd
- 54 **Du sköna nya vård – friska vinnare och sjuka förlorare**
Andreas Thörneby
- 55 **FAS UT 2024: att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling**
Anders Beckman
- 56 **Makt och privilegier i psykoterapi**
Jenny Berggren
- 57 **Invandraren och allmänläkaren**
Björn Landström
- 58 **Det mörka rummet: om migränens historia och jakten på lindring**
Anders Beckman
- 59 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema: Relation och kontinuitet ■ Tema: Hjärt-kärlsjukdom och diabetes
■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Recensioner ■ Utbildning & Fortbildning



Omslagsbild AllmänMedicin nr 2-2024

Nummerlapp och kördning kan upplevas som rättvist och därmed jämlikt i vården. Eftersom primärvård är basen i sjukvårdssystemet måste det vara lätt att komma fram. Ju sämre tillgång till primärvård desto större risk att patienter med stora eller akuta behov felaktigt prioriteras bort av ett sådant kösystem.



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

Från mitt-i-ST till styrelsen

Jag var så nervös inför min mitt-i-ST, tänk att få självaste Annika Larsson, vice ordförande i SFAM, som examinator. Det är lustigt hur ödets nycker plötsligt kan kränga in livet på ett nytt spår. Annika var förstås helt underbar och examinationen gick så pass bra att jag själv blev värvad till styrelsen några månader senare. Snacka om att få ett erbjudande man inte kan motstå.

Snart blev det dags att träffa och lära känna alla i styrelsen, och här kan vi återigen snacka om att vara nervös. Det visade sig dock snabbt att de var underbara och härliga människor de med, och jag återvände hem fulltankad med energi och inspiration. Vilken lyx det är att få sitta kring samma bord som ett gäng kloka människor som brinner för samma sak som en själv. I det avseendet känner jag mig mycket privilegierad.

Vad innebär det ens att sitta med i styrelsen då? Mycket av jobbet vi gör är nog rätt osynligt utåt. Det blir en del svar på remisser, skriva artiklar, möten med olika aktörer för samverkan och påverkan, att försöka driva allmänmedicinens agenda och samtidigt stoppa eller skademinimera idéer från andra aktörer som har förslag på hur primärvård ska vara eller göra. Det är ett otroligt givande arbete, även om man många gånger får ta sig för pannan och djupandas några varv.



Det är ett otroligt givande arbete, även om man många gånger får ta sig för pannan och djupandas några varv.

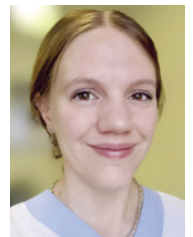
Själv är jag alltså ST-läkare och verksam på Kalix Hälso-central i östra Norrbotten. Våra förutsättningar för att bedriva primärvård är närmast att likna med glesbygdsmedicin, även om vi själva inte alltid ser det så för vi är ju inte allra längst bort och har ett mindre sjukhus med internmedicinska vårdplatser på orten. Att vi dessutom befinner oss i samma byggnad möjliggör att vi kan jobba oerhört brett då vi har tillgång till både akut röntgen och labb, vilket är ett väldigt roligt sätt att jobba på. Jag har även haft min egen lista sedan 2017, så jag har haft förmånen att få lära känna och följa mina patienter genom gott och ont, vilket i mina ögon är både själva kärnan inom allmänmedicinen och även dess största styrka.

Vi saknar primärvårdsjour utan har i stället en samjour för hela östra Norrbotten, vilket innebär att man är primärjour för exakt allt. Det innebär även att det inte finns några murar på akuten för det finns ingen annan jourlinje att bygga murar mot. Bakjouren för alla patienter bortsett från de internmedicinska befinner sig minst åtta mil bort, och vi har nästan alltid ett välfungerande samarbete där slutenvården är väl medvetna om våra förutsättningar. Händer det att vi inte är överens har vi dock veto att skicka patienter om vi anser att de behöver bedömning av en specialist eller inläggning, något man tyvärr bara kan drömma om när det gäller det dagliga arbetet på hälsocentralen och kontakten med sekundärvården.



Vi saknar primärvårdsjour utan har i stället en samjour för hela östra Norrbotten, vilket innebär att man är primärjour för exakt allt.

Upplägget med samjour innebär också att man ibland passerar gränsen för vad allmänmedicin är, och på mina senaste jourer har jag bland annat fått sätta femoralisblockad, suprapubisk kateter, handlägga en akut övre GI-blödning och sätta mitt första ascitesdrän. Såklart är det skrämmande ibland, samtidigt har jag under min tid som läkare alltid jobbat på det här sättet och känner mig trygg i min roll på akuten. Jag gillar utmaningen det medför och alltså känslan när jag lyckades få in det där dränet är ju svårslagen. Samtidigt är jag glad över att jag, trots att jag snart är färdig specialist, har många första gången kvar. För trots att man blir färdig specialist blir man ju aldrig helt klar, och när har man egentligen haft sin sista första gång?



Linda Sandberg
Styrelseledamot SFAM
linda.sandberg@sfam.se

Jämlik eller rättvis?

Det är klart alla vill ha en jämlik vård. I ord är det svårt att hitta någon som inte säger sig vara för en jämlik vård. Men vad menar man med det, vad lägger man i begreppet?

Socialstyrelsen släppte i mars sin årliga rapport om tillståndet och utvecklingen inom vården [1]. Bland annat visar de att allt fler insjuknar och dör i sjukdomar som kan förebyggas och att risken att dö i denna typ av sjukdomar är dubbelt så hög för personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden.

Det går såklart att argumentera för att om alla har möjlighet att när som helst ringa en appläkare för vilket ärende som helst, då är det ett uttryck för jämlik vård. Att göra allt digitalt sägs ju ofta kunna göra vården mer jämlik. Redan 2018 hölls ett seminarium under Almedalsveckan med rubriken *Digitala lösningar för jämlik vård och frigjorda resurser*.

I den tidigare nämnda rapporten är en av slutsatserna att ”Användningen av AI i hälso- och sjukvården ökar, men utvecklingstakten varierar mellan regionerna. Det kan ha negativ påverkan på jämlikheten i vården.”

Värdförloppen som stått som spön i backen de senaste åren har motiverats med att vården ska bli mer jämlik. I jämlikhetens namn ska alla strömlinjeformas in i olika processer, ofta designade utifrån ett sjukhusspecialist-perspektiv, där människor har en åkomma åt gången.

För medicin-månglarna innebär jämlik vård att alla ska få nya och dyra mediciner. Bristande jämlikhet är om några inte får det senaste förskrivet. Jämlik vård används ofta också av sjukhusdoktorer som tycker att andefattiga distriktsläkare är för dåligt pålästa om just deras superspecialistinriktning.

Frågan är dock om precis samma åt alla innebär att det blir jämlikt. Eller är det åt var och en efter behov som är både rättvist och jämlikt? Tre av texterna i den delen av temat speglar hur vården anpassas för specifika grupper. För att ge dessa grupper samma möjligheter, men utifrån dess olika villkor.

Problemet med diskussionen om en jämlik vård är att dels finns det starka krafter som tycker att vi ska se på vård som vilken konsumtionsvara som helst. Dels finns det en tendens i att hamna i hur sjukdomar ska behandlas jämlikt, vilket oftast då innebär strömlinjeformat enligt en mall. Bägge dessa tendenser leder på delvis olika sätt till en fragmenterad vård, till en vård utan kontinuitet.

En annan av punkterna i socialstyrelse-rapporten tror jag är det som i praktiken är det största hotet mot en verkligt jämlik och rättvis vård. Nämligen att ”I en majoritet av regionerna har primärvårdens resursandel stått stilla eller till och med minskat.”

Det är nämligen inte med appar, digitalisering, riktlinjer eller värdförlopp som vi

gör vården jämlik. Det är inte sjukdomar som ska behandlas jämlikt, det är inte att det är jämlikt penningflöde till olika vårdentreprenörer, det är inte att alla slaviskt följer alla vårdprogram.

Det är genom att alla människor har en personlig läkare, som tar ansvar och står för kontinuitet. Jämlik vård är att alla människor har lika rätt till vård efter sina egna behov. Och detta är jag övertygad att vi lättast uppnår med ett fastläkarsystem.

När jag skriver det här har göteborgskamraterna precis tagit sin första trepoängare och nästa vecka bär det av till Uppsala för kongress. När du får det här numret i brevlådan börjar det så sakteliga närma sig sommar och semestrar.

Nästa nummer av AllmänMedicin har temana **Triagering och prioritering** och **Njurar**. Deadline är 12 augusti. Alla bidrag är välkomna, både till temana och till tidningen i övrigt.

Trevlig sommar!

Jens Halldin
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Referens:

1. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård, Lägesrapport 2024. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-3-8992.pdf>



Illustration: Annika Andén



Kampen mot kärnvapen viktigare än någonsin

samtidigt drar regeringen in alla pengar till Läkare mot Kärnvapen

Just när säkerhetsläget försämras, när hoten från kärnvapen är större än sedan kalla kriget och kunskapen om vilken total humanitär katastrof en kärnvapenattack skulle innebära verkar bortglömd så kapar regeringen bidrag till organisationer som arbetar för fred och nedrustning.

Svenska Läkare mot Kärnvapen är en organisation som utifrån läkares roll, kunskap och ansvar enligt WHO och WMA, enträget informerar, utbildar och argumenterar för kärnvapens avskaffande. I det försämrade säkerhetsläget känner många människor oro för att kärnvapen kommer att användas, samtidigt som myter och felaktig information sprids. Att erbjuda kunskap, pålitliga källor till information och möjlighet för medlemmar och intresserad allmänhet att påverka och göra sina röster hörda blir allt viktigare.

Regeringen beslutade, två dagar före jul, att Folke Bernadotte akademien, FBA, helt ska upphöra med stödet till svenskt civilsamhälle inom fred, säkerhet och nedrustning, ett stöd som funnits i olika former sedan 1929. Alla tidigare regeringar under nära hundra år har, oavsett färg återbekräftat stödets vikt. Regeringen menar nu att beslutet ”handlar om att renodla FBA:s verksamhet så att myndigheten kan fokusera på sina kärnuppgifter”. Frågan vad dessa då är blir hängande i luften.

Civilsamhället granskar regeringars beslut och stryker inte alltid medhårs. Att regeringen nu stryker finansieringen till dessa organisationer istället för att bemöta argumenten kan lätt tolkas som att de vill tysta kritiska röster. En sådan utveckling för tankarna till repressiva stater. Ett vitalt civilsamhälle inom fred och säkerhet är en viktig del av en välmående demokrati och bidrar till Sveriges säkerhet.

Läkarrörelsen mot Kärnvapen har över 40 års erfarenhet av påverkans- och informationsarbete i kärnvapenfrågan. Vi har utifrån vår unika professionella roll genom åren bidragit till viktiga förändringar som främjar nedrustning, både nationellt och internationellt. För detta har vi fått Nobels fredspris 1985 med IPPNW och 2017 med ICAN. Utmaningarna idag är att

samtidigt som vi behöver intensifiera vårt arbete är nytillskott av medlemmar mindre än de som faller ifrån, och allt färre medlemmar bidrag med aktivt ideellt engagemang. Och så det betydande ekonomiska bakslaget på detta.

2023 tilldelades vi ett treårigt verksamhetsstöd från FBA, bland annat för strategiskt arbete att utveckla nya engagemangsformer, anpassa oss till en digital tillvaro, pröva nya metoder för att nå ut och effektivisera våra arbetssätt – till en modernare och mer tillgänglig medlemsorganisation. Första januari 2024 drogs detta in och avtalet revs.

Utan stödet blir det svårare för oss att driva på och att genom opinionsbildning och påverkansarbete gentemot beslutsfattare och makt-havare skapa förutsättningar för kärnvapenedrustning. Det försvårar vårt arbete med att öka den politiska pressen och förändra debatten om kärnvapen och nedrustning, nu när det är som viktigast.

Det tycks tyvärr vara en medveten politik från regeringen att minska det demokratiska utrymmet för det civila samhällets arbete och ett sätt att tysta kritiska röster för fred, säkerhet och nedrustning. Det är tydligt att regeringen och dess stödparti inte vill ha ett aktivt civilsamhälle.

Jäv saknas.

Vendela Englund Burnett
Pensionerad allmänläkare,
ordförande Svenska Läkare mot Kärnvapen,
Karlstad
vendela.englund@slmk.org



Illustration: Annika Andén



WMA

The World Medical Association
www.wma.net



IPPNW

International Physicians for the Prevention
of Nuclear War – www.ippnw.org



ICAN

2017
NOBEL
PEACE
PRIZE

ICAN

International Campaign to Abolish Nuclear
Weapons – www.icanw.org

Annons

Annons



Utmattningssyndrom i ett emotionellt perspektiv

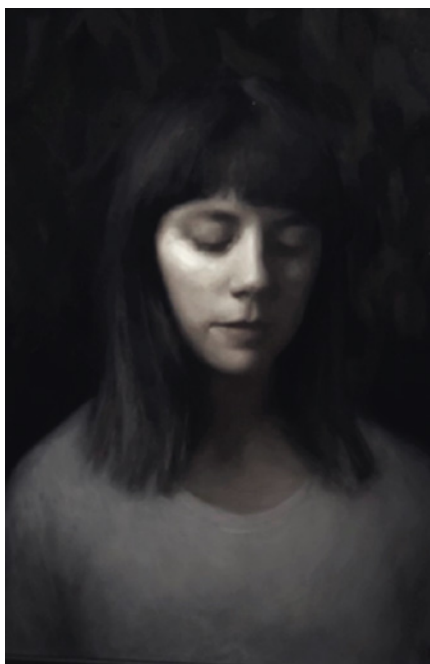
De inre sjukdomarnas patologi och terapi heter ett verk i elva band. 1913 ska den del ges ut som behandlar neurasteni, det vill säga 1913 års utmattningssyndrom. C-G Jung ombeds att skriva om neurastenins sjukdomsbild, men avböjer eftersom ”jag inte vet tillräckligt mycket om det och inte heller tror på det” [1].

Oenigheterna inom psykiatrin fortsätter. Utmattningssyndrom ökar mest som orsak till sjukskrivning i Sverige, trots att diagnoskriterierna är ospecifika, vilket bidrar till att många som upplever psykiska besvär inkluderas i diagnosen. Den vetenskapliga grunden för diagnos är bristfällig och evidensbaserad behandling saknas. Arbetet med att revidera kriterierna är just avslutat i och med publiceringen av boken Utmattningssyndrom [2].

Samtidigt höjs röster för att en normalvariation av en människas psykiska besvär medikaliseras. Psykiska besvär är en gemensam nämnare i första linjens psykiatri, och deskriptiva diagnoserna säger ingenting om etiologin. Är patienten nedstämd blir diagnosen depression och om symtom på utmattning dominerar letar man efter de kriterier som är förenliga med ett sådant tillstånd. Man kan fråga sig om det rör sig om verkliga sjukdomar eller om psykiatriska konstruktioner, i och med att depressionsdiagnosens validitet är också ifrågasatt [3].

Multimodal behandling vid utmattningssyndrom tycks inte förkorta sjukskrivningstiden, hävdar Kristina Glise från Institutet för Stressmedicin [4]. Hon anser att behandlingen måste fokusera på att undanröja hinder för återgång i arbete. Det innebär att man trots mångårig stressforskning inte har lyckats med uppdraget. Varför?

Det är helt enkelt så att man inte kan tala om hjärnan som skild från själen. Psykiatri är historisk och materialistisk i sin orientering. Vad det hela tiden rör



Britta Norestens målning "Ella".

sig om är den enskilda patientens säregna livshistoria ända fram till det som sker ”här och nu”. Att det förgångna inte är försvunnen utan fortfarande är viktigt, beror på att det som skett har satt varaktiga spår. Dessa spår finns i patientens kropp, inte bara i hjärnan [5].

Uppdämda känslor och utmattning

Stress är resultatet av motstånd och har ingenting att göra med de yttre om-

ständigheter under vilka vi lever. Den orsakas inte av de smärtsamma känslor du upplever – den orsakas av ditt motstånd mot livet. Du kan möta allehanda omständigheter på din livsväg, men det är ditt motstånd mot dem och inte omständigheterna i sig som skapar stress [6].

Enligt min erfarenhet är kärnproblematiken vid psykisk ohälsa och utmattning ackumulerade affekter. Utmattning blir en legitim flyktväg undan ett större obehag, som till exempel att partnern är otrogen, en arbetsplatskonflikt blir svårhanterlig eller att det finns en gammal obearbetad sorg som lillasystemens död i en drunkningsolycka. Läkarens uppgift är att hjälpa patienten tillbaka till de primära känslorna eller till ”sorgens källa” som Lars Norén uttrycker det i sina memoarer. Känslor är själens rörelse, och psykisk stress är en följd av att vi stänger av känslor.

Jäv saknas.



Imri Demisai

Allmänläkare,
psykiater med vårdavtal, Göteborg
imri.demisai@gmail.com



Psykiska besvär är en gemensam nämnare i första linjens psykiatri, och deskriptiva diagnoserna säger ingenting om etiologin.

Referenser:

1. Illies, F. Århundraets sommar. Norstedts 2013.
2. Åsberg, M. Utmattningssyndrom. Förlag Gothia Kompetens Stockholm 2023.
3. Bengtsson, J. Depressionens validitet måste börjas på allvar. Vad är depression och hur ska tillståndet klassificeras. Läkartidningen 50–52/2022.
4. Glise, K. Nyttänkande behövs vid utmattningssyndrom. Läkartidningen.se 2019-05-17.
5. Haugsgjerd S. Nytt perspektiv på psykiatrin. Storprisma Stockholm 1980.
6. Zukav, G, Francis L. Själens hjärta. Natur & Kultur 2003.



ChatGPT är för farlig för att användas i hälso- och sjukvården

AI-teknologi kan förbättra patientsäkerheten och effektivisera vårdprocesser, men bara om det görs på ett säkert, kontrollerat och ansvarsfullt sätt.

I Läkartidningen 29 januari [1] uttrycker Elias Johansson, docent och neurolog vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, skepsis mot den förväntade revolutionen av artificiell intelligens, AI, inom vården, framställd av Toivo Heinsoo och Roger Molin på DN Debatt 2 januari [2]. I AI-debatten positionerar sig debattörer oftast antingen i avgjord skepticism eller tvärtom, som "AI-visionärer" som okritiskt omfamnar AI-teknologin utan tanke på medicinsk kvalitet eller patientsäkerhet [3].

Världens största forskningsstudie angående kontinuitet i primärvården publicerades nyligen i Management Science. Den genomfördes på 381 vårdcentraler i England, med 10 miljoner besök på 11 år, och visar att produktivitet ökar, det vill säga allmänläkaren kan träffa fler patienter, ju bättre kontinuiteten är. I artikeln framhålls att vinsterna med kontinuitet gäller särskilt vid vård av äldre, multisjuka med flera kroniska sjukdomar och för de med psykisk ohälsa [4]. Att kontinuitet är avgörande för allmänläkarens arbete, den medicinska kvaliteten och patientsäkerheten visade med all tydlighet årets första nummer av Allmänmedicin, 2024, där "Relation och kontinuitet" var huvudtemat [5].

Med en åldrande befolkning, där de över 80 år, med stora vårdbehov, kommer bli 50% fler de kommande 10 åren [6] samtidigt som den arbetsföra befolkningen bara ökar marginellt, behövs dock teknik som effektiviserar hälso- och sjukvårdssystemet, både vad gäller medicinskt beslutsfattande och administration, men som också involverar individen i hans egen hälsa och vård. För vi, läkare i allmänmedicin, såväl som våra kollegor på sjukhusen och övrig medarbetare, kommer inte räcka till även om vi skulle arbeta med "maximal" kontinuitet [7].

Vi behöver alltså effektivisera administrationen och patienternas väg in i vården, så att vi upprätthåller så bra kontinuitet som möjligt, för alla de patienter som har, och kommer ha, behov av det.

Men vilken medicinsk kvalitet och patientsäkerhet har mina patienter, och jag som distriktsläkare, rätt att kräva av digitala verktyg för att nå den kontinuitet vi önskar och som allmänmedicinsk forskning beskriver är eftersträvarvärd? Så att jag får mer tid för de allra minsta, för de äldre, de med potentiellt allvarlig sjukdom, de multisjuka med flera kroniska tillstånd och de med psykisk ohälsa?



Alla typer av digitala verktyg i vården ska genomgå samma certifieringsprocess, inklusive digitala verktyg utvecklade av regioner.

Den så omtalade ChatGPT, och motsvarande AI-modeller, är farliga att använda i vården enligt den amerikanska ansedda tidskriften Journal of the American Medical Association, JAMA [8]. Samtidigt vet vi att AI-verktyg kan bidra till att förbättra patientsäkerheten och effektivisera vårdprocesser – om det görs på ett säkert, kontrollerat och ansvarsfullt sätt [9].

AI-verktyg har funnits i vården i decennier: EKG-apparatens förslag till tolkning av p-våg, QRS-komplex och T-våg är per definition AI [10], liksom algoritmstöd vid arytm [11]. De senaste årens framsteg inom exempelvis neurologi [12-14], hjärtdiagnostik [15, 16] och bilddiagnostik [17, 18] visar att bästa medicinska resultat nås när AI-verktyg samverkar med hälso och sjukvårdspersonal – inte som ensamt automatiserat AI-verktyg.

EU har valt, i den kommande lagen om AI, the AI Act [19], att reglera AI-modeller utifrån deras potentiella risk genom att tillämpa strängare regler för mer riskfyllda applikationer och skissera separata regler för generella AI-modeller, GPT, som har en bred och oförutsägbar användning. Lagen ska reglera individens grundläggande rättigheter vid användande av AI av myndigheter och företag.

EU har också tagit höjd för patientsäkerheten vad gäller generativ AI och large language models (LLM:s), ChatGPT inkluderad, med förordningen om medicintekniska produkter, MDR 2017/745 [20, 21]. AI-verktyg kan således inte användas i europeisk hälso- och sjukvård utan att först ha certifierats och godkänts.



... vinsterna med kontinuitet gäller särskilt vid vård av äldre, multisjuka med flera kroniska sjukdomar och för de med psykisk ohälsa.



Illustration: Annika Andén

Alla typer av digitala verktyg i vården ska genomgå samma certifieringsprocess, inklusive digitala verktyg utvecklade av regioner. Finns det ett digitalt verktyg att upphandla får regionen inte utveckla en egen – då skall det digitala verktyget upphandlas [22].

Läkemedelsverket har gett ut en utmärkt skrift "Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård" [23]. Till MDR skall läggas GDPR, dataskyddsförordningen, (EU) 2016/679 [24], som skyddar individens integritet, PDL, patientdatalagen [25], samt självklart HSL, hälso- och sjukvårdslagen [26]. För kvalitetssäkring och teknisk säkerhet finns standarder som till exempel. ISO 13485 [27] med flera.

En fördjupad tillsyn av Läkemedelsverket pågår just nu av Ineras upphandlade automatiserade triagelösning 1177 Di-



Användandet av AI-verktyg är endast försvarbart om det skapar mätbara resultat som är bättre än traditionell vård ...

rekt [28], anmäld till Läkemedelsverket i november 2023 av VGR [29, 30]. DN har rapporterat om bristerna i 1177 Direkt i en rad artiklar av journalisten och författaren Anna Gustafsson [28, 29, 31-35]. I slutet av februari i år anmälde även Region Östergötland Ineras 1177 Direkt till Läkemedelsverket för flera avvikelser [36]. Samma plattform och triagelösning har varit föremål för debattinlägg av såväl vår ordförande Magnus Isaksson [37] som av chefsläkare och allmänläkare på Praktiker-tjänst, senast 21 februari i Dagens Medicin [38].

Tillsynsmyndighet är alltså Läkemedelsverket, och Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Det är viktigt att det skapas prejudikat av tillsynsmyndigheter så att vi i vården, våra patienter, men också våra vårdorganisationer och leverantörerna, vet vilka höga patientsäkerhetskrav vi har rätt att kräva av AI-teknologi och digitala verktyg.

Användandet av AI-verktyg är endast försvarbart om det skapar mätbara resultat som är bättre än traditionell vård i vårdkvalitet, patientsäkerhet och effektivitet; om det kan bevisas att verktyget och arbetssättet gör arbetsmiljön bättre för medarbetare och sjuksköterskor – så att allmänläkaren får mer tid med de patienter som har störst behov av allmänläkarens kompetens: barn, äldre, multisjuka med kroniska medicinska tillstånd, yngre med allvarlig sjukdom eller de med psykisk ohälsa.

På samma sätt som nya läkemedel och medicinteknisk utrustning testas i kliniska prövningar bör AI-verktyg gradvis testas och effekter bedömas – inte minst före ett breddinförande. Fokus bör ligga på att integrera AI och andra digitala verktyg på ett kliniskt säkert och etiskt ansvarsfullt sätt, samtidigt som vi transparent utvärderar och validerar dess faktiska påverkan på vårdkvalitet och effektivitet.

Vårdorganisationer och leverantörer kan endast med hjälp av oss, vårdens medarbetare tillsammans med patienterna, lära sig var AI-verktygen gör mest nytta.

Avarter och farliga digitala verktyg får aldrig nå fram till de som vårt hälso- och sjukvårdssystem är till för – våra patienter.

Inga jäv som ej framgår av signaturen.

Christer Rosenberg

Allmänläkare, Vårdcentralen Kvarterkliniken Husaren, Göteborg. Senior Advisor Health Care/ Life Sciences, MDR Software, Clinical Evaluation expert. Tidigare vårdcentralschef och utvecklingschef i Närhälsan, Västra Götalandsregionen och ledamot av SFAM-Q, SFAM:s kvalitets- och patientsäkerhetsråd
christerrosenberg4@gmail.com



Referenser:

(fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)

- Kajaria-Montag H, Freeman M, Scholtes S. (2024) Continuity of Care Increases Physician Productivity in Primary Care. *Management Science* 0(0). <https://doi.org/10.1287/mnsc.2021.02015>
- Goodman KE, Yi PH, Morgan DJ. AI-Generated Clinical Summaries Require More Than Accuracy. *JAMA*. 2024 Jan 29. doi: 10.1001/jama.2024.0555. Epub ahead of print. PMID: 38285439.
- Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård. Läkemedelsverket 2023. <https://www.lakemedelsverket.se/4a5f16/globalassets/dokument/medicinteknik/artificiell-intelligens-ai/vagledning-anvandning-av-artificiell-intelligens-i-svensk-sjukvard.pdf>
- "Läkemedelsverket startar tillsyn av 1177s chattbot". DN 11 okt 2023. <https://www.dn.se/sverige/lakemedelsverket-startar-tillsyn-av-1177s-chattbot/>
- Isacsson M. DM Debatt: "1177 Direkt är en potentiell katastrof för primärvården" DM 14 juni 2023 <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/1177-direkt-ar-en-potentiell-katastrof-for-primarvarden/>
- Banegas S, Johansson A, Wirdby A, Perzon M. DM Debatt: "Min vård Gävleborg lever inte upp till lovorden". DM 21 febr 2024. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/min-var-d-gavleborg-lever-inte-upp-till-lovorden/>

Världen blir allt sjukare

Påståendet ska inte bara tolkas som en metafor. I exempelvis USA sammanfaller den stora krisen för demokratin och sanningen med en allt sämre folkhälsa, som skiljer ut landet från många andra delar av världen. Amerikaner har kortare medellivslängd än nästan samtliga länder med jämförbara förhållanden.

”

För en vit amerikan i medelåldern är sannolikheten att dö mer än dubbelt så hög som för en invånare i Sverige.

USA är ensamt bland världens rikaste länder om att ha en befolkning där medellivslängden minskar i stället för att öka. För en vit amerikan i medelåldern är sannolikheten att dö mer än dubbelt så hög som för en invånare i Sverige. För kvinnor, särskilt i den svarta befolkningen, är risken att dö i barnsäng högre än i jämförbara länder. USA konsumerar 80 procent av världens receptbelagda smärtstillande medel trots att man bara är 5 procent av jordens befolkning. Människor dör av överdoser, av luftföroreningar, av självmord.

Det är den amerikanske historikern Timothy Snyder som i sin bok *Our malady – Lessons in liberty and solidarity* (på svenska med titeln *Frihet och solidaritet*) som redovisar dessa siffror. Snyder skrev boken med utgångspunkt i sin egen sjukdom 2020, som höll på att ta hans liv. Efter en blindtarmsinflammation råkade han ut för en allvarlig infektion i levern som resulterade i en svår blodförgiftning. Med återhållen vrede skildrar han sin mardrömsresa genom det amerikanska sjukvårdssystemet, med läkare som har fått sin yrkesroll komprometterad genom inflytandet från läkemedelsindustrin och privata vårdgivare.

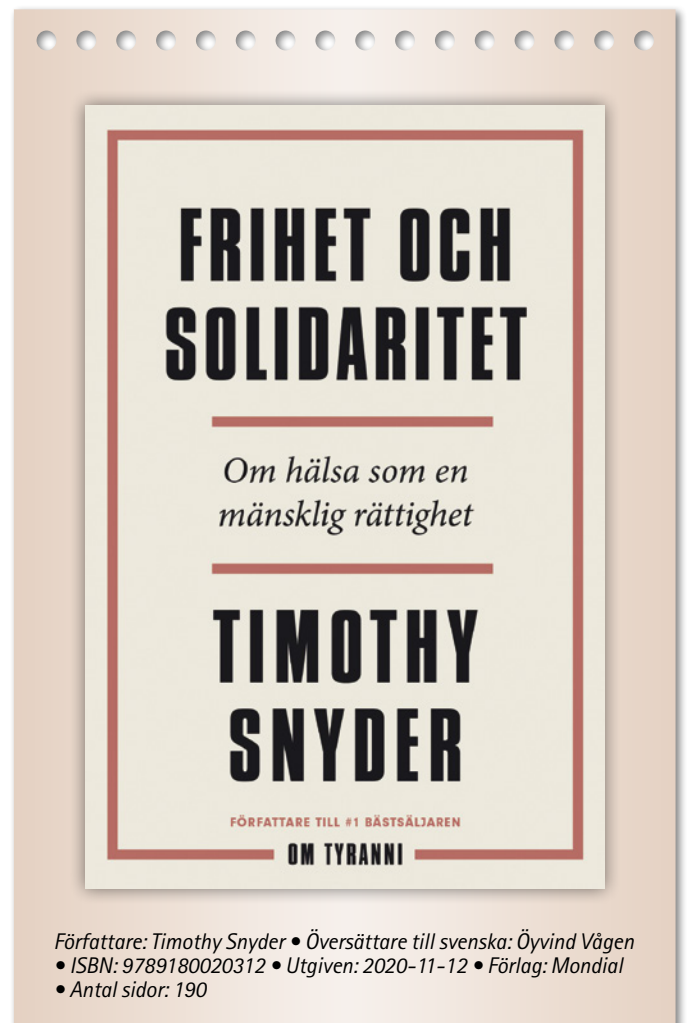
Snyder överlever, med ett nödrop.

Bokens originaltitel använder ordet *malady* – ungefär ”sjuka” eller ”illabefinnande” – för att beskriva det sjukdomstillstånd som drabbat USA. Ordet ligger betydelsemässigt nära ”svaghet” eller ”kraftlöshet” – en känsla av att ingenting fungerar och att ingenting kan göras åt det. *Malady* har använts i engelskan i hundratals år; vid tiden för amerikanska revolutionen kunde ordet beteckna både ”sjukdom” och ”tyranni”.

”I dagens USA är illabefinnandet både den fysiska sjukdomen

”

Amerikaner är sjuka på ett sätt som kostar dem deras frihet och ofria på ett sätt som kostar dem deras hälsa.



och den politiska ondska som omger den”, skriver Timothy Snyder. Amerikaner är sjuka på ett sätt som kostar dem deras frihet och ofria på ett sätt som kostar dem deras hälsa. Det skulle kunna vara en påminnelse om gammal klassisk svensk statsindividualism: om individen ska få sin frihet måste ansvaret tas av kollektivet.

Denna moderna sjuka är nämligen inte bara isolerad till ett USA där både den kroppsliga och konstitutionella ohälsan breder ut sig. Det principiella förhållande som Snyder pekar på är universellt – och lika livsfarligt överallt. I korthet handlar det om följande.

Naturligtvis handlar hälso- och sjukvården först och främst om människors liv. Men i andra hand också om



Rätten till hälsa är på så sätt lika oumbärlig för demokratin som yttrandefrihet och oberoende domstolar.

deras tillit, som är ett villkor för en fungerande demokrati. Först när alla medborgare vet att de har tillgång till en anständig och likvärdig sjukvård vågar de lita på att samhället i praktiken står för idén om alla människors lika värde. Rätten till hälsa är på så sätt lika oumbärlig för demokratin som yttrandefrihet och oberoende domstolar. En fungerande sjukvård är det fria samhällets nollpunkt – förutsättningen för att det ska fortsätta fungera.

Och motsatt: om hälso- och sjukvården inte fungerar eller om den blir ett privilegium för ett fåtal blir detta ett bevis för att jämlikhetens idé är upphävd.

Ett dysfunktionellt och orättvist sjukvårdssystem drar in alla i samma destruktiva spiral – det demoraliserar dem som får del av det och dödar dem som inte får det. Rädslan för att inte få en jämlik behandling om man blir sjuk gör människan mer otrygg och mindre fri.

Inte heller Sverige, de långa, välfödda stundernas Sverige, är immunt mot denna långsamt verkande nedbrytningsprocess. Också här kan tillståndet inom sjukvården vara en tidig signal om vart hela systemet är på väg. Nils Uddenberg resonerar i slutet av sin stora medicinhistoria *Lidande och läkedom* om att ju högre kvalitet sjukvården håller, desto viktigare blir det att också fördela den rättvist: ”Allt fler och allvarligare sjukdomar kan behandlas med gott resultat och rättvisa blir extra viktig när det verkligen finns något värdefullt att fördela. Idag kan ett samhälle som känner ansvar för samtliga sina medborgare inte undvika att låta sjukvården bli föremål för politiska beslut.”

På detta sätt hänger sjukvårdens kris samman med demokratin kris. Sanningen, menar Timothy Snyder, påminner om hälsan: ”Vi saknar den bara när vi inte har den. Sanningens kris i USA korrelerar med hälsokrisen; här finns en av anledningarna till att både det utbredda missbruket av opioider och att coronaviruset kunde spridas i tysthet över USA. Stora delar av landet är idag en nyhetsöken, utan fungerande lokala medier,

och där journalistiken försvinner växer lögnen, konspirationsteorier och omotiverad politisk polarisering.”

Det vore naivt att tro att Sverige är immunt mot denna långsamt verkande nedbrytningsprocess. Också här kan tillståndet inom sjukvården vara en tidig signal om vart hela systemet är på väg – utan att någon noterar det. Också i Sverige finns privata vårdgivare som exploaterar människors ökande otrygghet. Också i Sverige har det stora systemskiftet i vården, *new public management*, som låter prislappen gå före patienten, fått katastrofala konsekvenser för en hälso- och sjukvård som trots stor resurstilldelning i många fall inte klarar av sina basala grunduppgifter.



Också här kan tillståndet inom sjukvården vara en tidig signal om vart hela systemet är på väg – utan att någon noterar det.

Det verkligt sorgliga är att denna fråga borde vara fullständigt okontroversiellt att lösa politiskt. Sjukvården toppar nästan alltid listan över de frågor som svenska väljare rankar som de viktigaste politiska områdena, och alla – både väljare och beslutsfattare – vill ha en fungerande hälso- och sjukvård. Likväl fungerar det inte som det ska. Men i stället för att belysa problemet fastnar många svenska opinionsbildare i kulturkrig om drag queens på biblioteken och andra eldfångda symbolfrågor. Ett av samhällets verkliga kärnområden riskerar att hamna i medieskugga. Och där den skuggan faller dör demokratin.

Om framtidens historiker letar exempel på politiskt självska-debeteende kommer de inte att behöva gräva längre tillbaka än till 2000-talet.

Jäv saknas.



2022 utkom Björn Wimans bok *I en sal på lasarettet – En berättelse om min mamma, tuberkulosen och folkhemmet*. Boken recenserades i AllmänMedicin nummer 1-2023, sidan 54.

Björn Wiman
Journalist, författare och kulturchef
på Dagens Nyheter
bjor.wiman@dn.se



Fjällmottagningen



Att jobba utanför ramarna eller utanför mottagningsrummet, att försöka tillämpa nära vård långt borta och tillsammans med invånare, patient eller brukare. Att skapa förutsättningar för jämlik hälsa trots att det inte är lika. Att skapa förutsättning för självständighet och livskvalité hos människor som har rätt att som urfolk definiera vad hälsa är, utifrån sitt sammanhang. Att utgå ifrån att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet hos en grupp människor där tilliten till majoritetssamhället på vissa håll är sedan långt tillbaka nästintill obefintlig. Att försöka förstå hur rätten till självbestämmande, icke-diskriminering och en kulturellt anpassad utveckling av hela hälsoområdet ska få plats i vårt sjukvårdssystem.

När jag började att arbeta som ST-läkare på en liten hälso-central i norra delen av Jämtland så konstaterade jag rätt snabbt att det var en grupp människor som sällan dök upp på bokade besök. Detta trots en sjukdomsburda som gjorde att jag som nybliven läkare började fundera på om de var måna om sin hälsa över huvud taget. Det handlade om gruppen renskötande samer. Med egna rötter i det samiska utan att jag definierar mig som same blev jag nyfiken. Vad är det som gör att de inte dyker upp på bokade besök, eller kan planera vardagen på samma sätt som många av oss i majoritetssamhället?

”

Detta trots en sjukdomsburda som gjorde att jag som nybliven läkare började fundera på om de var måna om sin hälsa över huvud taget.

Urfolk, vad innebär det, hur mycket vet vi egentligen om samer? Jag minns att jag i skolan lärde mig mycket om indianer eller ursprungssamerikaner. Samtidigt kan jag inte komma ihåg att jag lärde mig särskilt mycket om samer. Kan vi inte historien så kan vi inte heller förstå bristen på tillit. Jag tänker inte hålla någon lång historiektion, men uppmanar till att läsa på. Börja med Herman Lundborg och det rasbiologiska institutet där vi var internationellt ledande inom forskningen. Läs lite om lapp-ska-vara-lapp-politiken, om nomadskolor och fortsätt sedan att läsa dagstidningen där du säkert hittar något om rovdjurstryck, gruvsdrift, vindkraft eller annat som drabbar våra renskötande samer. För att inte tala om sociala medier, eller för den delen, ledare i stora dagstidningar där det vimlar av hatiska och rasistiska kommentarer i okunskapens fotspår.



Idag är samerna ett urfolk i Sverige. Det innebär att samer har särskilda kulturella rättigheter. 1977 blev de ett urfolk, 2007 undertecknade Sverige FN:s deklARATION för urfolkens rättigheter och 2011 blev de ett folk i Sveriges grundlag. Sedan dess har FN upprepade gånger kritiserat Sverige för att inte göra tillräckligt för att förverkliga samernas rättigheter. Det gäller till exempel i relation till hälsa och vård. Således känns det som att det minst sagt finns utrymme för förbättring inom området. Jag hoppas att vi har börjat på många platser i vårt avlånga land. Nu tänkte jag berätta hur jag börjat i min lilla del av landet med min del av befolkningen som är renskötande samer.

Många beslut som rör den renskötande delen av befolkningen

”

Många beslut som rör den renskötande delen av befolkningen har skett över deras huvuden och många har varit tafatta försök att lindra ett dåligt samvete.

har skett över deras huvuden och många har varit tafatta försök att lindra ett dåligt samvete. Min tanke var att ska vi göra något bra för samernas hälsa behöver vi fråga dem, vad är hälsa för dig och hur kan vi göra det bättre. Vi behöver låta dem vara aktivt delaktiga i hälsoarbetet vilket de som urfolk har rätt till. Anpassa tillgången till vård efter deras behov, önskemål och förutsättningar.

Sedan måste vi vara beredda att svara upp på det och finnas där över tid. Tillit är inget som kan bygga på punktsatser



och bristande kontinuitet. Jag förde en dialog med dåvarande ordförande för samebyn kring mina tankar. Hon tog i sin tur upp det i sina arbetsgrupper och hur vi kan förbättra tillgången och kontinuiteten.

Här behövs ytterligare kulturell kompetens. En renskötande sames liv styrs av renen. De renskötande samernas liv är deras arbete och deras arbete är livet. De går inte hem från jobbet, det finns alltid med, dygnet runt. Frågar du en renskötande

same vad hälsa är och vad de betyder för dem så pratar de om arbetssituation av samma anledning. Här måste vi alltså anpassa vårdens insatser så de motsvarar den här gruppen människors olika förutsättningar och behov.

Behovet visade sig vara hembesök. Vilket vi sedan konstaterade passade både mig och dem bäst att göra under två tillfällen varje år, när nästan hela samebyn är samlade på samma plats, vid renskiljning och kalvmärkning.



Tillit är inget som kan bygga på punktinsatser och bristande kontinuitet.

”

Här måste vi alltså anpassa vårdens insatser så de motsvarar den här gruppen människors olika förutsättningar och behov.

På sommaren är det kalvmärkning och då åker jag bil 18–19 mil för att sedan vandra 12 kilometer ut på fjället. Dit får jag ta med mig sjukvårdsutrustning, packning och i början även journalkopior. Idag, efter att ha gjort detta i 5–6 år, gör kontinuiteten att journalkopiorna är överflödiga då jag oftast själv har skrivit dem. På platsen finns ingen mottagning på telefon så dator och journalsystem är överflödigt, det kan göras senare.

Där har jag sedan en helgs mottagning och har tid att träffa dem på sina diabetesårsbesök och andra planerade besök. Samtidigt slipper de resan jag genomfört, fast tvärtom, för att träffa

mig på Hälsocentralen. Ofta kan vi ha förberett innan så att de har varit hos distriktssköterskan och tagit prov. Det vi inte kan lösa på plats bokar vi in på ett lämpligt datum och då kan en rektoskopi få vänta till efter kalvmärkningen och kanske också till efter första älgjaksveckorna är över.

På höstkanten är det sedan renskiljning och då fungerar det på liknande sätt bortsett från att det faktiskt är bilväg hela vägen fram.

Jag har sett att detta gör skillnad. Nu har de sett mig ett antal gånger, de vet att jag kommer tillbaka. Jag står för kontinuitet. Det finns en doktor som vågar tänka utanför stuprörsprocesser och riktlinjer för att göra det på deras villkor och som förstår att en vård på lika villkor inte är en vård som behandlar alla lika.

Jäv saknas.

Nicklas Wärme
Allmänläkare, Föllinge Hälsocentral,
ST-läkare palliativ medicin, Östersunds sjukhus
nicklas.warme@gmail.com



Annons

Migrationsrelaterade hälsobesvär

Antal personer som migrerar har nästan fördubblats under de senaste 30 åren från 153 miljoner 1990 till 281 miljoner 2020, således 3,6% av världens befolkning [1]. Över 108 miljoner av dessa migranter är flyktingar [2]. Under sista året har antalet flyktingar som har kommit till Europa via Medelhavet åter ökat kraftigt, även antalet som har mist livet i centrala Medelhavet har ökat. Nu när det politiska läget är förändrat och det råder ett hårdare klimat för flyktingar känns det ännu viktigare att skriva om migrationsrelaterade hälsobesvär.

Det politiska klimatet är ytterligare en stressfaktor, utöver många andra, som påverkar personer som migrerar negativt. I vårt samhälle finns många personer som har migrerat, även inom läkarkåren och bland patienterna. Ett bra bemötande och omhändertagande av alla patienter vi möter är a och o i vårt arbete och kan förebygga sjukdom eller mer allvarliga åkommor senare i patientens liv. Detta kan i sin tur bidra positivt till bättre integration i samhället.

Migrationsstress eller migrationsrelaterad stress är ett vedertaget begrepp som används för stress före, under och efter flykt eller migration som kan påverka den psykiska hälsan. Migration och framför allt påtvingad migration gör personer extra sårbara för såväl psykiska som fysiska hälsobesvär. Detta framkom tydligt i sammanställningen som WHO publicerade juli 2022, World report on the health of refugees and migrants. Hälsotillståndet, ursprungligen betingat av situationen i hemlandet, försämrades ofta av negativa förhållanden under migrations- eller flyktvägen och i mottagningslandet.



Ett bra bemötande och omhändertagande av alla patienter vi möter är a och o i vårt arbete och kan förebygga sjukdom eller mer allvarliga åkommor senare i patientens liv.

Begreppet migrationsrelaterade hälsobesvär används i denna artikel för att täcka både psykiska och fysiska besvär. Dessa besvär kan vara allt från självläkande tillstånd, såsom normala reaktioner på livsomständigheter infektioner, till allvarliga sjukdomar och svåra funktionsnedsättande tillstånd. Denna artikel har som syfte att försöka ge en bild av olika faktorer som bör uppmärksammas på vårdcentralen i mötet med personer som har migrerat.



Flyktingmedicinska mottagningen i Göteborg.

Transkulturellt perspektiv

Det finns en betydande skillnad mellan frivillig migration och påtvingad migration på grund av till exempel krig, förföljelse, naturkatastrofer med mera. Påtvingad migration ger ofta väldigt annorlunda förutsättningar för personer vad gäller till exempel försörjning, tillgång till socialt skydds nät och tillgång till hälso- och sjukvård.

Transkulturellt perspektiv vad gäller hälsa omfattar bland annat olika sätt att förstå hälsa och sjukdom och att förklara kroppsliga förmimmelser och symtom. Det kan även handla om att försöka förstå det nya landets alla oskrivna regler, hur man navigerar i ett främmande hälso- och sjukvårdssystem, som kan försvaras betydligt på grund av datorovana, analfabetism, saknade inloggningsunderlag som behövs eller språket, och inte minst hur man förväntas bete sig som patient. Till detta hör också vårdens kultur och våra egna värderingar som är viktigt att vara medveten om i patientmötet. Beroende på språkkompetens och behov kan tillgång till en professionell tolk vara avgörande för en god kommunikation i mötet med patienter.

Fysiska och psykiska hälsobesvär

Tidigare och nuvarande förutsättningar samt hälsorisker som migranter har blivit eller blir utsatta för kan leda till fysiska och psykiska hälsobesvär. Till exempel kan ingen eller dålig tillgång till hälso- och sjukvård, hot, förföljelse, tortyr, riskfylld flykt, stress i mottagningslandet med mera ha negativ påverkan på hälsan.

Fysiska besvär kan bero på såväl icke smittsamma som smittsamma sjukdomar och trauma.

Besvär relaterad till arbetsmiljö

Arbetsförhållanden i hemlandet, under flykten och i mottagningslandet kan vara en faktor som ökar risken att drabbas av sjukdom, till exempel genom att bli utsatt för kemikalier eller andra hälsoskadliga ämnen, dålig arbetsmiljö, dåliga arbetsförhållanden och risk att bli utnyttjad. Detta kan leda till lungsjukdomar, muskuloskeletala besvär, infektionssjukdomar, psykiska besvär men kan även innebära en ökad risk för arbetsolyckor.



Transkulturellt perspektiv vad gäller hälsa omfattar bland annat olika sätt att förstå hälsa och sjukdom och att förklara kroppsliga förnimmelser och symtom.

Sexuell- och reproduktiv hälsa samt kvinno- och barnhälsa

Sexuell- och reproduktiv hälsa kan påverkas negativt och ofta saknas kännedom om vilka mottagningar för sexuell- och reproduktiv hälsa som finns. Såväl för män som kvinnor kan det finnas en ökad utsatthet för sexuellt och könsbaserat våld. Vad gäller kvinnlig könsstympning kan skam och stigma utgöra hinder för att söka vård för sina besvär. Bristande tillgång till information samt även stigma för att söka vård kan finnas även vad gäller sexuellt överförbara sjukdomar.

Inom kvinno- och barnhälsa har studier visat att flyktingar och migranter har en dålig tillgång och tillgänglighet till mödra- och

barnhälsovård med en högre förekomst av kejsarsnitt, intrauterin fosterdöd och perinatal mortalitet som resultat. Hos barn finns högre risk för anemi, undervikt och undernäring men såsom i hela befolkningen är barnobesitas ett ökande bekymmer och detta drabbas flyktingar och migranter av i högre grad.

Kronisk sjukdom

Diabetes och hypertoni, associerat till socioekonomiska faktorer, är ofta underdiagnostiserade och underbehandlade med ökad risk för kardiovaskulär sjukdom. Man har även sett ökad förekomst av luftvägssjukdomar, inflammatoriska sjukdomar och njursjukdomar och att cancer ofta upptäcks i ett senare stadium.

Smittsamma sjukdomar

Vad gäller smittsamma sjukdomar är miljöfaktorer, levnads- och arbetsvillkor faktorer som kan öka risken att drabbas av till exempel hepatit B, hepatit C, malaria, HIV och tuberkulos. Sen testning, ökad smitta och överföring på grund av förhållanden i hemlandet, på flykt och i mottagningslandet, varierande tillgång till vården, stigma och diskriminering är faktorer som försvårar upptäckt och behandling.

Psykiska hälsobesvär

Psykiska besvär som oro, sömnbesvär, koncentrationssvårigheter, ångest, depression och stressreaktioner är vanliga bland migranter. Det kan röra sig om allt från normala reaktioner på förändringar och olika krav i samband med migrationsprocessen till svår psykisk sjukdom. Konflikt- och krigsdrabbade personer visar högre förekomst av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och andra psykiska besvär [4]. Överspändhet och undvikande, som del i posttraumatiskt stressyndrom, kan vara försvårande faktorer när det gäller att söka och få hjälp och behandling inom hälso- och sjukvård.

Ensamkommande barn bör särskilt uppmärksammas vad gäller psykiska besvär där utsatthet i hemlandet, på flyktvägen och i mottagningslandet kan påverka deras psykiska hälsotillstånd negativt.



Mavrovouni-mottagningscentret på ön Lesbos.



Ovärdiga och trånga levnadsförhållanden i flyktinglägret Mavrovouni, Lesbos.

Inom primärvården kan patienter som drabbats av PTSD söka med olika symtom, inte sällan med diffusa somatiska besvär, kroniska smärttillstånd, sömnbesvär, koncentrationsbesvär eller som en oproportionerlig reaktion på en sjukdom, behandling eller ingrepp. Det kan vara svårt eller ta tid att upptäcka ett underliggande trauma. Ett nytt trauma eller en särskild händelse kan också leda till att PTSD på en tidigare traumatisk erfarenhet yttrar sig.

När patienter har drabbats av traumatiska händelser bör man ha den höga samsjukligheten, med såväl psykiska som fysiska sjukdomar, i åtanke. Särskild hänsyn ska tas till patienter som har varit utsatta för tortyr eller krigstrauma [6]. Svårigheter kan uppstå i mötet med patienten på grund av till exempel ett undvikande eller brist på tillit. Vid mötet och undersökningen bör patienten ha någon form av kontroll över situationen som motvikt till den totala kontrollförlusten som tidigare händelser kan ha inneburit.

Inte sällan måste fokus först ligga på att etablera en bra patient-läkarkontakt, skapa en allians så att patienten kan känna trygghet och återfå tillit. Detta för att ge bra förutsättningar för vidare fysisk och psykisk rehabilitering.

Några viktiga aspekter

I bedömningen och inför behandling bör patientens resurser och referensramar uppmärksammas. Hur ser möjligheten ut för patienten att till exempel hämta ut läkemedel, förstå läkemedelsinstruktioner, ändra levnadsvanor, anpassa sig till ändrade omständigheter och till ett nytt sjukvårdssystem, och att själv kontakta mottagningen på nytt när det behövs? För att kunna ge likvärdig vård till alla måste hänsyn tas till människors olika förutsättningar.



Det kan röra sig om allt från normala reaktioner på förändringar och olika krav i samband med migrationsprocessen till svår psykisk sjukdom.

Det behövs en medvetenhet om att bedömning och behandling bör ske utifrån ett transkulturellt perspektiv och att kontinuitet i vårdmötet kan underlätta en fungerande kommunikation och skapa förtroende [7]. Ett respektfullt och lyhört bemötande är en avgörande faktor för att skapa tillit till sjukvården.

Vår egen hälsa

Vår egen hälsa i mötet med alla patienter får inte glömmas bort, allmänläkare bör vara rustade för att ta emot svåra berättelser. Underliggande trauma eller svårigheter kan vara orsak till en betydande andel av diffusa besvär, kroniska smärttillstånd,



Hälsan hos flyktingar och migranter påverkas av samma faktorer som hos alla människor där individuella egenskaper och beteenden, och den sociala, ekonomiska och fysiska miljön är av stor betydelse.

substansbruk och andra psykiska symtom som patienter söker vårdcentralen för. Att vara uppmärksam på sina egna reaktioner i mötet och att ha verktyg för att kunna hantera dem påverkar i sin tur samtalet med patienter. Det kan också öka förutsättningarna att läkare vågar fråga och kan ta emot berättelsen. Att patienten kan berätta narrativet om sina besvär kan vara en början till läkningsprocessen.

Till slut

Hälsan hos flyktingar och migranter påverkas av samma faktorer som hos alla människor där individuella egenskaper och beteenden, och den sociala, ekonomiska och fysiska miljön är av stor betydelse. Deras migrationsstatus kan lägga till ett lager av komplexitet och intensitet till samspelet mellan determinanter av hälsa som kan göra dem extra sårbara för specifika hälsorisker.

Inom primärvården kan vi göra mycket med enkla verktyg, inte minst genom patient-läkarkontakten och en helhetssyn på besvären patienten söker för, men det är lika viktigt att bidra till en hälso- och sjukvård som är flykting- och migrant-sensitiv och inkluderande. På så sätt kan migranters drivkraft och styrka komma till sin rätt.

Jäv saknas.

Eva Theunis
Allmänläkare
Flyktingmedicinsk mottagning Göteborg
eva.theunis@vgregion.se



Referenser

1. World migrations report 2022 – International Organization for Migration (IOM).
2. Figures at a glance – The UN Refugee Agency UNHCR.
3. World report on the health of refugees and migrants – World Health organization, 2022.
4. Posttraumatic Stress Disorder in the Primary Care Setting: Summary of Recommended Care. Spottwoods M, Harv rev psykiatri, 2019, 87-93.
5. Refugees and healthcare services. Laue G, Tidsskr Nor Laegeforen. 2017, Volume 137.
6. Istanbulprotokollet – Erfarenheter från 21 dokumentationer av tortyr. Svenberg K, Socialmedicinsk tidskrift, 2021, 170-178.
7. *Their view: difficulties and challenges of patients and physicians in cross-cultural encounters and a medical ethics perspective.* Würth K, BMC Med Ethics, 2018, 19:70.

Det handlar om bemötande

- intryck från läkararbete på sprutbyte och hemlösemottagning

Har du någon gång känt dig utsatt, missförstådd och ifrågasatt? Har du någon gång haft en låg självkänsla? Föreställ dig sedan att du är smutsig och hemlös, missar tider och att höra av dig, följa lagen och manövrera i det sociala minfält ditt umgänge består av.

Lev dig in i den känslan och föreställ dig hur känslig du blir inför möten med vården. Tänk på sjukhuset där du har fått delar av din utbildning, dit du skickar patienter du inte kan bota eller diagnostisera i primärvården. Detta sjukhus är sällan en positiv upplevelse för de hemlösa och alkohol- eller substansberoende. Det är få sprutbytare som känner trygghet i det stora sjukhuset.

Dessa patienter är svåra att kalla till besök. De kommer när de behöver, ibland i sista stund. De tappar mediciner, saknar bostad och telefoner försvinner. De vill som alla andra bli sedda, hörda och bli tagna på allvar. I den vanliga vården passar de inte in, där kan man inte komma och gå som man vill. Där får man inte medicin i handen eller en dosett i ett band runt halsen. Man förväntas sköta medicinering och komma på återbesök och utredningar. Dessa människor klarar inte de kraven.

Mötet och utmaningen

Hur bemöter man dessa människor? Jag har insett man måste bemöta dem med respekt och intresse, även om de inte kommer i tid eller är struliga på annat sätt. Beakta deras upplevelser av vården och att alkohol- och substansberoende är sjukdomar. Omkring 2/3 av dem uppvisar tecken på ADHD, vilket ofta självmedicineras. Få har tålamod att vara nyktra och drogfria länge nog för att komma till utredning. Dessa patienter pratar ibland snabbt och mycket. Om man lyssnar och visar intresse för

vem de är och vad de varit med om, utan att skuldbelägga eller döma, kan man få uppskattning. De respekterar restriktivitet med narkotikaförskrivning om du är tydlig (de kan skaffa själva).

De får ofta infektioner och tromboflebiter på grund av injektioner i ärriga blodkärl. De har ofta problem med rörelseapparaten och hjärtsvikt förekommer bland unga patienter, ibland efter infektionsnedslag i hjärtsklaffar. Det är en utmaning att få dem till sjukhus när de måste dit för akuta åkommor.



De vill som alla andra bli sedda, hörda och bli tagna på allvar.

De kommer till sprutbytet där man får kontakt med dem. Behandling av hepatit C är tacksamt att göra, med stöd av infektionsläkare kommer man snabbt in i det och kan jobba självständigt. Det är lätt att välja läkemedel, det svåra är att få läkemedlen till patienten. Samarbeta med sköterskorna på sprutbytet för behandlingsplanering. Ibland måste man invänta behandlingshem eller fängelse.

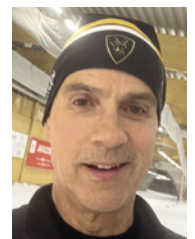
Samsjuklighet och tacksamhet

Samsjukligheten är stor. De flesta har minst tre F-diagnoser inklusive alkohol- eller substansrelaterade. Allmänläkare med psykiatriintresse har chans att hjälpa patienter som borde vara i specialistpsykiatri, men inte vill dit. Man bör ha kontakt med beroende-psykiatriker och komma överens om ansvarsområden och begränsningar, samt ha lärande samtal. Lösningen med en hemlösemottagning i samma lokaler som sprutbytet ger dig en möjlighet att hjälpa när det behövs. Delar man ut mediciner för deras åkommor finns skäl att komma till mottagningen och där kan du möta dem och vinna deras förtroende. De är tacksamma för all hjälp och visar det. Tidigare patienter hälsar på ibland för att berätta de har varit "rena" och fått rätsida på livet. Dessa möten ökar känslan att vara del i ett viktigt och meningsfullt arbete. Jag kan varmt rekommendera att vara läkare till de utsatta.

Jäv saknas.

Johan Månflod
Allmänläkare
Region Uppsala

johanmanflod@yahoo.se



Tidig diagnostik

– populärt begrepp med faror och fallgropar

Cancer är en term som används om en heterogen grupp tillstånd, innefattande avvikelser i vitt skilda vävnadstyper och med olika cellulärt ursprung. En cancerdiagnos kan innebära allt från aggressiva förändringar där ingen behandling har chans att påverka förloppet nämnvärt, till så kallade förstadier där bara en mycket liten andel faktiskt utvecklas vidare till symtomgivande sjukdom.

Det kan problematiseras att termen cancer används så brett. Det riskerar att leda till obefogad rädsla i befolkningen, men också till onödiga vårdinsatser. Termen IDLE (indolent lesion of epithelial origin) har föreslagits för den typ av förändringar som inte kommer att utvecklas till sjukdom [1].

En stor andel av de förändringar som idag kallas för cancer, kommer inte att utvecklas till symtomgivande sjukdom för personerna som får diagnosen. De kommer att dö av något annat innan cancerförändringen ställer till problem. Det föreligger således en omfattande överdiagnostik [2].

De diagnostiska metoderna får allt högre upplösning. Idag är detektionsgränsen för många förändringar långt lägre än den nivå där förändringen orsakar symtom. Det betyder att omfattande och tidig diagnostik, inklusive screening, kommer att hitta många IDLE [3]. Tyvärr saknas det i de flesta fall metoder för att skilja IDLE-förändringar från sådana som kommer att leda till sjukdom. Vid en fortsatt utveckling längs linjen med allt lägre detektionsgräns och extensivare diagnostisk aktivitet, kan en majoritet av de cancerdiagnoser som ställs komma att vara detekterade i symtomfritt skede. Merparten av dessa diagnoser kommer att utgöras av förändringar som aldrig kommer att orsaka sjukdom – både IDLE men också annan överdiagnostik.



En stor andel av de förändringar som idag kallas för cancer, kommer inte att utvecklas till symtomgivande sjukdom för personerna som får diagnosen.

Paradigmet ”tidig diagnostik” riskerar därför, om det appliceras okritiskt i riktlinjer om utredning av cancer och i klinisk vardag, att leda till omfattande överdiagnostik. Det betyder inte att vi borde undvika att utreda misstänkt cancer. Men man måste alltså skilja på paradigmet ”tidig diagnostik”, som intuitivt låter mycket tilltalande, och att hitta cancersjukdom

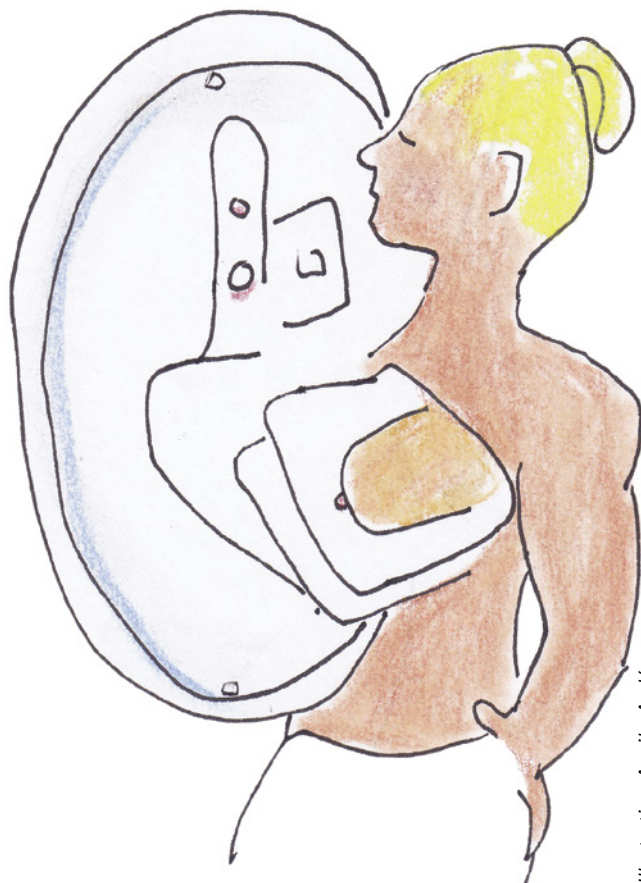
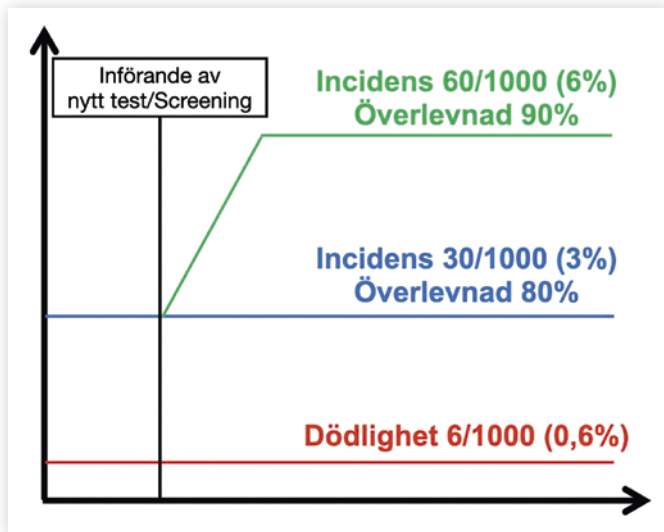


Illustration: Annika Andén

i tid för att kunna ge verkningsfull behandling. Självklart ska vi vara alerta och i möjligaste mån undvika att fördröja diagnostik, men i vissa fall och för vissa tillstånd kan strävan efter allt tidigare diagnos leda till mer skada än nytta.

För att göra mer nytta än skada bör frågan inte vara: Hur kan vi diagnostisera så många som möjligt så tidigt som möjligt?. Den viktiga frågan att ställa sig är istället: Hur många friska, som aldrig kommer att utveckla sjukdom, är vi beredda att skada med ”tidig diagnostik”, för att i bästa fall bota några fler eller förlänga livet något för ett visst antal? Var den optimala nivån ligger, ett lagom, går antagligen inte att slå fast. Och svaren på frågorna ovan kommer att besvaras olika av olika personer.

Det är lätt att förledas att tro att ”tidig diagnostik” är en viktig faktor för ökad canceröverlevnad. Men tyvärr rapporteras oftast just canceröverlevnad. Inte mortalitet. Om antalet med diagnos ökar och mortaliteten är oförändrad, så kommer andelen av de med diagnos som överlever att öka. Paradigmet ”tidig diagnostik” leder först och främst till en kraftigt ökad



Figur 1. När ett nytt diagnostiskt test med högre upplösning införs, eller screening startas, är det vanligt att incidensen ökar. Om överlevnad rapporteras istället för dödlighet kan det ge sken av att testet/screeningen är effektiv, även när så inte är fallet. De "nya" patienterna riskerar dessutom att bli föremål för olika interventioner, utan att det ger nytta för dessa personer. Siffrorna är ett fiktivt exempel.

incidens (varav många kan beräknas vara överdiagnostiserade). Med andra ord: "tidig diagnostik" (med mer överdiagnostik) leder till högre andel överlevande (figur 1).

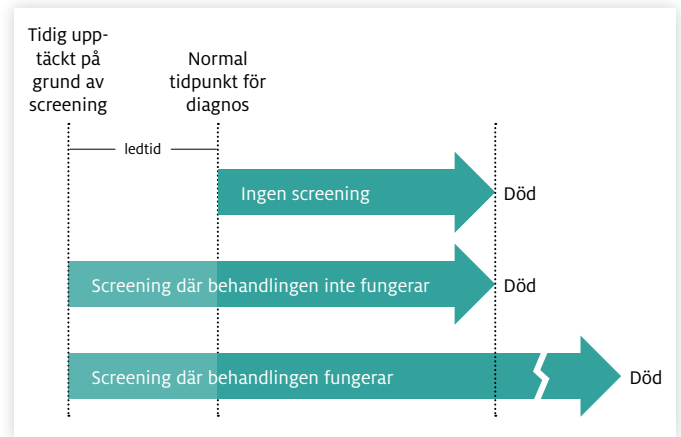
Så kallat leddisfel gör också att tidigt diagnostiserade tillstånd ser ut att leda till en längre överlevnad, något som inte alltid redovisas tydligt i rapporter om vetenskapliga framsteg [4]. I själva verket kan det handla om att patienter lever längre med diagnos, fast de dör vid samma tidpunkt som om diagnosen ställts senare eller om diagnos aldrig ställts (figur 2). Här finns behov av bättre studiedesign i framtiden för att ge bättre underlag till beslut.



Tankefelet görs inte bara av lekmän, utan också inom sjukvården och i forskning.

Noterbart är dock att cancer, som nämnts, är en mycket heterogen grupp sjukdomar. Vilka effekter "tidig diagnostik" får på överlevnad respektive mortalitet, kan därför skilja sig avsevärt mellan olika sorters cancer.

Ovanstående kan leda till det som brukar kallas popularitetsparadoxen. Ju fler som överdiagnostiseras till följd av "tidig diagnostik", desto fler tror sig ha blivit räddade av "tidig diagnostik", även i de fall då det bara orsakat skada. Detta gör att fler personer önskar genomgå den till synes livräddande interventionen. Tankefelet görs inte bara av lekmän, utan också inom sjukvården och i forskning [5].



Figur 2: Figur från SBU-rapporten "Bättre behandling. Vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?" [4]. Ledtid beskriver skillnaden i tid mellan diagnos vid normal diagnostik och screeningdiagnostik. Eftersom canceröverlevnad ofta rapporteras som överlevnadstid efter diagnos, riskerar screening eller screeningliknande insatser att genom ökad leddisfel leda till längre överlevnadstid i studiedata, utan att det gett någon faktisk förlängning i överlevnadstid. För att screening eller tidig diagnostik skall kunna betraktas som framgångsrik är det alltså bara ökad överlevnad som beror på att livet förlängts, som är intressant. Tyvärr redovisas detta inte alltid på ett tydligt sätt.

Paradigmet "tidig diagnostik" slukar också stora resurser, eftersom många personer blir föremål för insatser. Marginalnyttan av ytterligare tillförda resurser är liten och risken för undanträngningseffekter är stor. En ökad förståelse för svagheter och svårigheter i diagnostiskt arbete skulle kunna ge en revansch för det klassiska allmänmedicinska arbetssättet med aktiv expectans, stegvis utredningsförfarande och patientcentrering. Något som tyvärr inte syns mycket av i det algoritmtänkande som genomsyrar många nya riktlinjer. ▶▶



Illustration: Annika Andén

Eftersom överdiagnostik, falskt positiva utredningsutfall och överbehandling alla ger upphov till skadeverkningar som drabbar många i antal, medan enstaka fördröjda diagnoser skadar ett fåtal, finns det därför skäl att istället fokusera på ”lagom tidig diagnostik”.



En ökad förståelse för svagheter och svårigheter i diagnostiskt arbete skulle kunna ge en revansch för det klassiska allmänmedicinska arbetssättet med aktiv exspektans, stegvis utredningsförfarande och patientcentrering.

Hur gör vi det bäst? Vi hoppas med denna artikel att väcka intresse för och diskussion om dessa frågor. RCC:s nya arbete med tidig diagnostik i primärvård [6, 7] kan bli en viktig utgångspunkt för en sådan förändring i synsätt. Det skulle kunna bidra till ökad förståelse för innebörden av IDLE och till att ta fram ett svenskt begrepp som motsvarar IDLE. SFAM-H hoppas kunna bidra konstruktivt till detta arbete.

Jäv saknas.

Rådet för hållbar diagnostik och behandling (SFAM-H)



Oskar Lindfors
Allmänläkare

Järpens hälsocentral
Region Jämtland Härjedalen
oskarlindfors81@hotmail.com



Sofia Zettermark
ST-läkare

Närhälsan Hjällbo vårdcentral
sofia.zettermark@gmail.com



Staffan Svensson
Allmänläkare

Nötkärnan Bergsjön vårdcentral
staffan.svensson@pharm.gu.se



Minna Johansson
Allmänläkare

Närhälsan Herrestad vårdcentral,
minna.johansson@vgregion.se



David Gyll
ST-läkare

Svartbäckens vårdcentral, Uppsala
gyll.david@gmail.com



Josabeth Hultberg
Allmänläkare

Åby vårdcentral, Norrköping
josabeth.hultberg@gmail.com



Jonas Sjögren
Pensionerad allmänläkare

Västerås
jon.sjogreen@gmail.com



Andreas Thörneby
Allmänläkare

Närhälsan Kinna vårdcentral
andreas.thorneby@sfam.se

Referenser:

1. Esserman LJ, et al. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *The Lancet Oncology* 2014; 15 (6): e234--e242.
2. Welch HG, et al. Overdiagnosis in Cancer. *J. Natl. Cancer Inst.* 2010; 102 (9): 605--613.
3. Thomas ET, et al. Prevalence of incidental breast cancer and precursor lesions in autopsy studies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2017; 17 (1).
4. Levi R, et al. Bättre behandling. Vilka vetenskapliga bevis behövs i vården? Efter den engelska förlagan "Testing Treatments". ISBN 978-91-85413-74-4. SBU 2014. <https://www.sbu.se/contentassets/eec33ecedbe046f3a5c-214ba621162c9/battrebehandling.pdf>
5. Raffle A, Gray M. Screening: Evidence and Practice. ISBN 978-0-19-921449-5. 2007: sid 68-69.
6. Trysell K. Samordnare står redo att vässa arbetet för tidig upptäckt av cancer. *Läkartidningen* 2024; (9-10). <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/02/samordnare-star-redo-att-vassa-arbetet-for-tidig-upptackt-av-cancer/>
7. Anon. Ny nationell samordningsroll ska bidra till tidigare upptäckt av cancer. *RCC Stockholm Gotland* 2024. <https://cancercentrum.se/samverkan/om-oss/nyheter/2024/februari/ny-nationell-samordningsroll-ska-bidra-till-tidigare-upptackt-av-cancer/>

Annons

Metaforer i samtal om cancer

och allmänmedicinens fjärde budord

”Politiken måste vi vara aktsamma om orden” sa Olof Palme på Socialdemokraternas partikongress 1978. Det måste vi i allmänmedicinerna också. Den fjärde av allmänmedicinens sju teser löd i den norska ursprungsversionen från 2000: ”Bruk ord som fremmer helse!” I en nyare version från Nordic Federation for General Practice i översättning av Carl Edvard Rudebeck står det: ”Vi bedriver personcentrerad medicin med samtidig betoning på dialogen, patientens sammanhang och bästa tillgängliga evidens.” [1]



Det krigas och fajtas, och den som dör har förlorat kampen.

Hur pratar vi om att vara sjuk och dö av cancer? I det offentliga samtalet är kampmetaforen förhärskande. Det krigas och fajtas, och den som dör har förlorat. Samhället för krig mot cancer, och medborgarna bör screena sig, leva sunt, och gärna skänka pengar till forskning för att utrota cancer [2]. Det är lätt att hålla med Susan Sontags kritik i *Sjukdom som metafor*, mot ett bildspråk som gör den cancersjuka ansvarig för sin sjukdom [3]. Lika begriplig, och dessutom underhållande, är Barbara Ehrenreichs rasande ilska över att få bröstcancerdiagnosen ihop med krav på att vara tacksam, i hennes bok *Gilla läget. Hur allt gick åt helvete med positivt*



Illustration: Annika Andén



tänkande [4]. Cancerfonden manade till sunda levnadsvanor i sin kampanj ”Säg nej till cancer” som lades ner 2016 efter kritik för skuldbeläggandet av människor som lider och dör av cancersjukdom [5].

Kampmetaforen kan alltså vara problematisk. Samtidigt behöver vi metaforerna för att begreppsligt och existentiellt förhålla oss till livet [6]. Det gjorde nog även Susan Sontag trots sina krav på objektiva klarspråk om sjukdom istället för skuldbeläggande metaforer. Hon gav i alla fall en talande bild av sjukdom som en oundviklig del av livet: ”Vi föds alla med ett dubbelt medborgarskap: vi hör till både de friskas och de sjukas kungarike. Även om vi alla föredrar att bara använda det bättre passet blir var och en av oss ändå förr eller senare tvungen att kännas vid också den där andra tillhörigheten.” För att undvika kampmetaforen har man i patientinformation istället formulerat cancersjukdomen som en resa, till exempel i broschyren *Den ofrivillige resenären* [7]. Också det väcker motstånd. En del vill inte se sig som offer utan handlingskraft och agens på en resa mot sin oundvikliga död.

Att debattera om kampmetaforen eller resemetaforen är bäst är inte att följa allmänmedicinens fjärde budord. För det bör vi istället lyssna på patienten och luta oss mot vetenskap. Studier av stora material från online-forum för människor med cancer visar att de använder många olika metaforer, och ibland flera samtidigt. Kamp är vanligast, därefter resa, fångenskap och börda [8]. Många andra bilder förekommer också, om sport, musik, berg- och dalbanor, djur och apparater [9]. Metaforerna som patienten själv väljer, är de som mest troligt kan fungera tröstande, stärkande och förklarande. Även om det bär mig emot, måste jag acceptera att ”Fuck cancer!” kan vara den reaktion som en viss person i en viss situation behöver ge uttryck för.

När författaren Jenny Diski fick diagnosen inoperabel lung-

cancer lämnade hon mottagningen fast besluten att undvika alla klichéer och färdiga manus om hur en cancerdiagnos hanteras: "Under no circumstances is anyone to say that I lost a battle with cancer. Or that I bore it bravely. I am not fighting, losing, winning or bearing. I will not personify the cancer cells inside me in any form. I reject all metaphors of attack or enmity in the midst, and will have nothing whatever to do with any notion of desert, punishment, fairness or unfairness, or any kind of moral causality." Redan under besöket, innan cancerresan startade, hade hon dragit ett förutsägbart skämt. Att avvisa alla metaforer och plattityder gick inte. Nu fanns inget annat val än att kämpa längs vägen som obotligt cancersjuk. Inte ens det

förutsägbara att skriva en bok om det gick att undvika, hon var ju trots allt författare sedan unga år. Bokens titel? Ironiskt förutsägbar: *In gratitude* [10].

Jäv saknas.

Josabeth Hultberg

Allmänläkare

Åby vårdcentral, Norrköping
josabeth.hultberg@gmail.com



Referenser:

1. Nordic Federation of General Practice (NFGP). Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine. *Scand J Prim Health Care* 2020;28:367-8 (Översättning till svenska av Carl Edvard Rudebeck tillgänglig online: <https://sfam.se/wp-content/uploads/2021/06/Allman-medicinens-sju-grundpelare-201015-1.pdf>)
2. Breivik J, *Vem har villedet Trond Mohn?* Tidsskr Nor Legeforen 2015, 135: 558-60.
3. Sontag S. (1981). *Sjukdom som metafor*. Bromberg. Stockholm.
4. Ehrenreich B. (2010). *Gilla läget: hur allt gick åt helvete med positivt tänkande*. Leopard. Stockholm.
5. Läkeemedelsvärlden 8 april 2016. <https://www.lakemedelsvarlden.se/cancerfonden-avslutar-kritiserad-kampanj/>
6. Göransson, Patrik (2015), *Den ofrivillige resenären: en bok om din cancerresa*. Region skåne.
7. Lakoff G. (1980). *Metaphors we live by*. University of Chicago Press.
8. Hommerberg, C., Gustafsson, A. W., & Sandgren, A. (2020). Battle, Journey, Imprisonment and Burden: patterns of metaphor use in blogs about living with advanced cancer. *BMC palliative care*, 19(1), 59.
9. Semino, E., Demjén, Z., Hardie, A., Payne, S., & Rayson, P. (2017). *Metaphor, cancer and the end of life: A corpus-based study*. Routledge.
10. Diski J. (2016) *In gratitude* Bloomsbury. London.

Examensdax!



Specialistexamen i allmänmedicin är en frivillig examen för den som är i slutet av sin ST-tjänstgöring eller redan är färdig specialist i allmänmedicin. Den anordnas en gång per år.

Anmälan till examen görs senast 31 augusti och examensprocessen pågår under läsåret med avslutning och diplomering vid SFAM:s årliga kongress. Examen innehåller fyra moment:

- **Portfölj** med reflektion kring ST samt handledarutlåtande.
- **Skriftligt prov** med uppgifter från allmänmedicinskt vardagsarbete.
- **Praktikdag** där en examinator följer med i patientarbetet under en dag m.m. Videoinspelningar och journal exempel skickas i förväg. Tid planeras tillsammans med examinator.
- **Uppsats**, vanligen bestående av det vetenskapliga projektet under ST.

Du hittar all information om examen på SFAM:s hemsida under rubriken Utbildning/ST.

Välkommen till examen!

Alkohol som påverkbar

- vad vet vi och vad gör vi?

I efterdyningarna av Socialstyrelsens justeringar av riskbruksgränserna för alkohol förra året [1] var det nog många, både bland allmänhet och vårdpersonal, som ställde sig frågan: Hur farligt är alkohol egentligen?

Den europeiska kodexen mot cancer [2] är ett initiativ av europeiska kommissionen som syftar till att informera allmänheten om vad man själv kan göra för att minska risken att drabbas av cancer. Experter inom det Internationella centret för cancerforskning (IARC) ser med jämna intervall över evidensen kring cancerogena ämnen och formulerar råd därefter. Angående cancer skriver man i den senaste upplagan: "Begränsa ditt intag av alkohol, oavsett typ. För att förebygga cancer, undvik helst alkohol helt." Ord och inga visor alltså.

Det finns ett väl etablerat orsakssamband mellan alkoholkonsumtion och en ökad risk för att drabbas av cancer i munhåla, svalg, struphuvud, matstrupe, lever, tjock- och ändtarm och

bröst (hos kvinnor) [2]. För andra cancerformer är forskningen tvetydig eller visar inte på något samband [3].

De biologiska mekanismerna är inte helt klarlagda, men följande fyra mekanismer är inblandade i olika grad för olika cancerformer:

- Etanol bryts ned till acetaldehyd i kroppen, främst i levern, men i viss utsträckning även i munnen och magen. Acetaldehyd är cancerogent och kan alltså skada dna i cellerna de kommer i kontakt med.
- Alkohol kan påverka nivåerna av hormoner som östrogen och insulin i kroppen. En förhöjd nivå av östrogen innebär till exempel en ökad risk för bröstcancer.
- Stort alkoholintag bidrar till oxidativ stress, vilket skadar dna och försämrar den egna läkningsförmågan.
- Etanol stör folatmetabolismen, vilket kan leda till ett underskott på folat. Detta är bland annat associerat med en ökad risk för tjock- och ändtarmscancer.



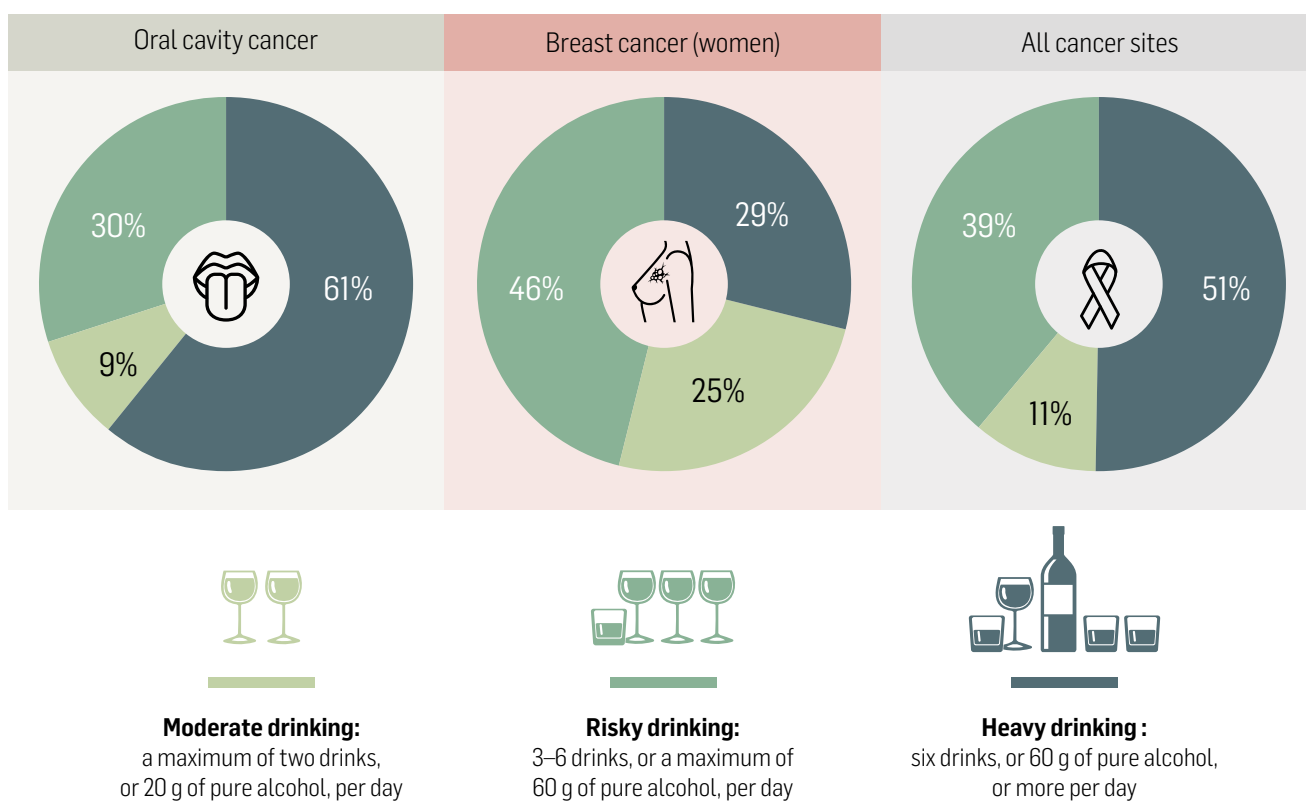
riskfaktor för cancer

Tillsammans med gener och miljö samspelar dessa mekanismer till att skapa en ökad cancerrisk bland alkoholkonsumenter [3]. Typ av alkoholhaltig dryck spelar alltså ingen roll, inte heller pris eller kvalitet. Det är etanolen i sig som gör skada. Globalt beräknar man att 4% av cancerfallen 2020 (741 300 personer) kan hänföras till alkoholkonsumtion [4]. En svensk rapport från Institutet för hälsoekonomi landar på att 2,8%,

eller lite över 2 000 cancerfall per år i Sverige, kan kopplas till alkoholkonsumtion [5]. Även om sådana beräkningar är behäftade med flera metodologiska svårigheter kan man i vilket fall konstatera att det finns stor anledning att ta frågan om alkohol och cancer på allvar.

En springande fråga i sammanhanget handlar naturligtvis om mängd och riskökning. Finns det någon lägsta, säker konsum-

Proportion of cancer cases due to alcohol in the WHO European Region, by cancer type and drinking level, 2018^a



^a Definition of drinking levels in terms of drinks per day was derived from SHAAP, 2019¹¹ and EMA, 2010.¹³ The WHO Regional Office for Europe does not define risk levels as such, because the evidence shows that the ideal situation for health is not to drink at all. Data were obtained from the International Agency for Research on Cancer.

Proportions may not add up to 100% due to rounding.

Figur från WHO:s rapport om alkohol och cancer [9].

tionsnivå? Hur ska man förhålla sig till detta som vårdpersonal?

Ur cancerpreventionsperspektiv gäller ”ju mindre, desto bättre”. Man har alltså i de studier som gjorts inte kunnat detektera någon tröskelnivå under vilken alkoholkonsumtion inte leder till ökad cancerrisk. Dock ökar cancerrisken ju mer alkohol som konsumeras [3].

Bröstcancer, den vanligaste cancerformen bland kvinnor, drabbade cirka 8 700 kvinnor 2021 [6]. Som synes i figuren på föregående sida beräknar WHO att av de fall av bröstcancer som går att hänföra till alkoholkonsumtion i Europa beror en fjärdedel på måttlig konsumtion, här definierat som maximalt två glas alkohol per dag. Riskprofilen för alkohol och bröstcancer ser annorlunda ut än för de andra cancerformerna i detta sällskap; risken ökar alltså redan vid relativt låga nivåer av konsumtion. Givet att bröstcancer är en så pass vanlig cancerform är kunskapen om detta viktig att sprida både till allmänhet, vårdpersonal och beslutsfattare.

Den seglivade idén om att måttlig alkoholkonsumtion är bra för hjärtat ifrågasätts alltmer i forskarvärlden [7], men finns kvar i det kollektiva medvetandet. Här behöver hälso- och sjukvården vara tydlig gentemot de vi möter: Det finns inga hälsofördelar med alkoholkonsumtion och intag ökar risken för ett flertal negativa hälsoeffekter, däribland cancer [8].



Vi har alltså god anledning att samtala med patienter om deras eventuella alkoholvanor.

Allmänheten har begränsad kunskap om att alkoholkonsumtion är en påverkbar riskfaktor för cancer. I en SIFO-undersökning från 2022 framkommer att var femte svensk inte känner till denna koppling [10]. En rapport från 2022 [11] visar att 15 procent av personal i primärvården antingen tror att alkohol inte är en påverkbar riskfaktor för cancer, eller att de inte vet om det är det. Här finns alltså anledning att öka kunskapen bland både allmänhet och vårdpersonal. Människor har rätt att veta.

Rapporten visar också att var femte svarande (personal i primärvården) tyckte att det var svårt att samtala med patienter om alkoholvanor. En majoritet av respondenterna tyckte också att det var svårt att prata om kopplingen mellan levnadsvanor och cancer i allmänhet [11].

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

2. Internationella centret för cancerforskning. Europeiska kodexen mot cancer (IARC). 12 sätt att minska risken att drabbas av cancer. [Internet]. [citerad 24-01-29] Hämtad från: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/sv/>
8. Blomhoff R, Andersen R, Arnessen EK, Christensen JJ, Eneroth H, Erkkola M et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023. Copenhagen: Nordic Council of Ministers. ISBN 978-92-893-7533-7.
9. Världshälsoorganisationen. Alcohol and cancer in the WHO European region – an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional

Regionala cancercentrum har sedan 2023 arbetat särskilt med att öka kännedomen om kopplingen mellan alkohol och cancer, som en del av det regeringsuppdrag man arbetar utifrån. Ett stort antal organisationer, bland andra SFAM, har ställt sig bakom det kunskaps-höjande initiativet. Du kan läsa mer på alkoholochcancer.se.

Alkohol ökar risken för → cancer

Vi har alltså god anledning att samtala med patienter om deras eventuella alkoholvanor. Enligt nationell patientenkät för primärvården från 2022 uppger ungefär var tredje patient att läkaren eller annan ur personalen diskuterat alkoholvanor med dem det senaste halvåret [12]. Hur kan man säkerställa att dessa samtal blir av när det är relevant och att de håller hög kvalitet?

Ett gott kunskaps- och metodstöd finns i det nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling [13]. Här finns handfasta verktyg att ta till för att lyfta frågan om alkoholvanor.

För allmänläkare är det nästan alltid det så kallade rådgivande samtalet som blir aktuellt. Tidsåtgången för ett sådant samtal är väldigt olika, från några minuter till 30 minuter. Vi vet att sådana samtal är effektiva för att ändra alkoholvanor, och att de enligt hälsoekonomerna har en låg kostnad [13, 14]. Målgruppen är förstås inte alla patienter, utan de patienter vars sjukdomar och/eller symtom gör att samtalet om alkohol blir relevant. Vi menar att sådana samtal, även i en pressad vardag, är tidseffektiva i en horisontell prioritering, och kan göra stor skillnad för våra patienter och för folkhälsan i stort.

Jäv saknas.

Ellen Brynskog

Sjuksköterska, folkhälsovetare, doktorand Karlstads universitet, Utvecklingsledare Regionalt cancercentrum väst, ordförande Nationell arbetsgrupp cancerprevention ellen.brynskog@vgregion.se



Lars Jerdén

Allmänläkare, docent, Primärvårdsledningen, Region Dalarna, ordförande Nationell arbetsgrupp Kunskapsstöd levnadsvanor lars.jerden@regiondalarna.se

office for Europe: 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

11. Cancerfonden; Regionala cancercentrum i samverkan; Dietisternas Riksförbund; HOBS. Svårt och känsligt – Cancerprevention i primärvården. Stockholm: Cancerfonden med flera; 2022. Hämtad från: <https://static-files.cancerfonden.se/Prevention%20i%20prim%C3%A4rv%C3%A5rden%20-%20Novusrapport.pdf>
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. 2018.

Annons

Förutsättningar för kliniskt beslutsfattande enligt EBM 30 år senare

Under 1990-talet växte modellen för kliniskt beslutsfattande inom ramen för evidensbaserad medicin fram. För ett gott beslut måste tre viktiga perspektiv beaktas – relevant vetenskapligt underlag, patientens preferenser och värderingar samt läkarens kliniska bedömning (figur 1). Evidensbaserad medicin har uppfattats olika och mött en del kritik, men i stort sett torde de tre aspekterna vara okontroversiella, åtminstone är det svårt att se att något perspektiv kan negligeras. Frågan är snarare hur förutsättningarna, för att modellen ska fungera, ser ut idag? Nedan diskuteras möjliga förändringar för de tre perspektiven var för sig.

Det vetenskapliga underlaget

Bristande integritet i forskning är inget nytt, men frågan är om inte omfattningen har nått nya nivåer. Nature har på sistone publicerat ett antal specialartiklar (av R Van Noorden) som pekar på detta. Under 2023 sattes ett nytt rekord med över 10 000 återkallade artiklar, och andelen publicerade forskningsartiklar som återkallas har nu passerat 0,2%. Men mycket ska till för att en artikel ska återkallas så dessa siffror speglar endast toppen på isberget.

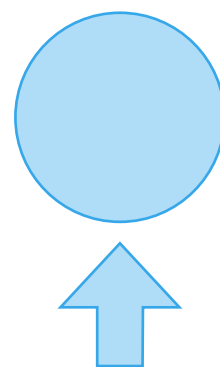
Ett bekymmer är att oredlighet i forskning har börjat förekomma i industriell skala. Vetenskapliga publikationer är hårdvaluta och manuskript finns nu att köpa från särskilda

”paper mills”. Eftersom dessa ”fabriker” inte har tillgång till genuina data får de fabriceras, eller lånas från annat håll. En ”produkt” kan återanvändas flera gånger. Det exakta antalet paper mills är oklart men de bedöms vara vanligast förekommande i Kina och i Indien. Uppskattningar om andelen publicerade artiklar med denna bakgrund varierar men är, enligt Nature, högst inom medicin/biologi där de utgör åtminstone 3%. En del medicinska tidskriftsredaktioner måste därmed bokstavligen översvämmas av dylika manuskript.

En som tog inflödet av manuskript, med möjliga oredlighetsproblem, på allvar var John Carlisle, redaktör på tidskriften *Anaesthesia*. Mellan 2017 till 2020 granskade han 526 RCT som skickats in till tidskriften. Våren 2019 ändrade tidskriften policy och krävde tillgång till individuella patientdata (IPD). Bland de studier som granskats utan tillgång till IPD bedömde Carlisle att 6/373 (2%) rapporterade falska data och 3/373 (1%) kunde betecknas som zombies (det vill säga så allvarliga fel att den inte bedömdes tillförlitlig).

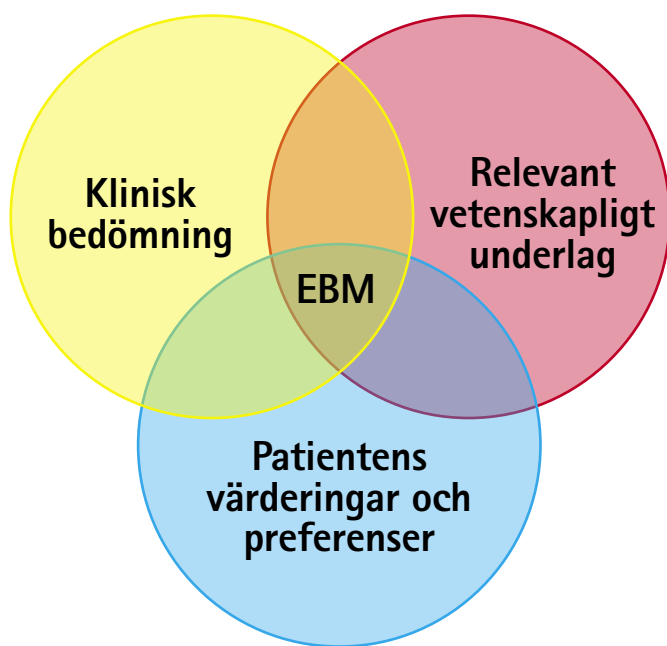
Bland 153 studier där IPD kunde granskas bedömdes 67/153 (44%) innehålla falska data och 40/153 (26%) klassificerades som ”zombies” (helt opålitliga). I ett appendix redovisas de felaktigheter som upptäcktes, bland annat hur sekvenser med data används flera gånger. Tillgång till rådata var således avgörande för hur studierna kunde bedömas. Inte förvånande drog Carlisle slutsatsen att alla tidskrifter bör granska rådata före eventuell publikation.

Andra forskare har också rapporterat om bristande tillförlitlighet i randomiserade studier. I ett mycket intressant webinarium från Cochrane sommaren 2021¹ (*Fraudulent Trials in Systematic Reviews – A Major Public Health Problem*) berättar Ian Roberts, epidemiolog i London och Ben Mol, gynekolog i Melbourne om bristande tillförlitlighet i åtminstone 20% av RCT och hur det kan påverka systematiska översikter.



Desinformation? Faktaresistens? Avtagande tillit? Medikalisering? Samhällsutvecklingen!

Figur 2: Faktorer som kan påverka patientens värderingar och preferenser.



Figur 1: Kliniskt beslutsfattande vilar på tre ben enligt EBM.

1 <https://www.youtube.com/watch?v=3BXEOey62O4>

Inte minst den sista uppgiften är oroväckande. Enskilda felaktiga studier kan göra stor skada, men risken är att de också inkluderas i systematiska översikter och därmed "tvättas" vita och kan snedvrیدا evidensläget inom ett helt område. Mycket talar emot att en redaktör verkligen tar beslutet att återkalla en artikel, med allt vad det innebär av obehag och negativ uppmärksamhet för tidskriften. För de studier som verkligen dras tillbaka lär fördröjningen vara i median cirka två år. Och när en RCT återkallas, vem bär ansvaret för att den systematiska översikten görs om?

På den angelägna webbsidan Retraction watch² (*Top 10 most highly cited retracted papers*) finns också intressant information om hur återkallade artiklar fortsätter att citeras.

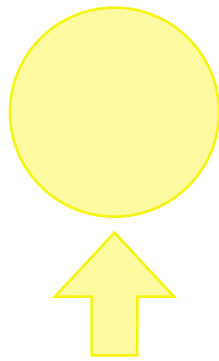
Plagiat, fusk och fabricering av data antas vara medvetna handlingar. Enskilda olyckliga misstag i arbetet kan inträffa för forskare såväl som för andra. Men det verkligt stora problemet med bristande tillförlitlighet i forskning bedöms vara orsakat av QRP (Questionable Research Practices), det vill säga en bred gråzon baserat på faktorer som bristande metodkompetens, ovilja att be om hjälp, publikationspress, selektiv rapportering etcetera.



Enskilda felaktiga studier kan göra stor skada men risken är att de också inkluderas i systematiska översikter och därmed "tvättas" vita och kan snedvrیدا evidensläget inom ett helt område.

Det som var huvudpoängen med EBM, att ha tillgång till ett relevant vetenskapligt underlag, utmanas därför i tilltagande grad både av ett ökande antal publikationer men framför allt av en ökad kontamination av felaktigheter.

2 <https://retractionwatch.com/the-retraction-watch-leaderboard/top-10-most-highly-cited-retracted-papers/>



Minskade patientvolym • Guideline overload • Standardisering • Rule-out • Repression • Långt driven subspecialisering • Fragmentering • Detaljerade algoritmer • Tidspress (handläggning vs problemlösning)

Figur 3: Faktorer som påverkar förmågan till klinisk bedömning

Patientens värderingar och prioriteringar

Tillräckligt med tid för att lyssna, helst i en långvarig vårdrelation för att fånga upp patientens värderingar och prioriteringar, måste vara lika avgörande nu som vid modellens tillkomst.

Nyttillkomna eller i alla fall ett ökande problem kan vara felaktig information eller desinformation baserat på informationsbubblor och eventuell faktaresistens, tilltagande misstro eller mycket höga förväntningar från patientens sida. Möjligen har det också tillkommit ett drag av efterfrågan eller en beställarroll, jämfört med tidigare.

I princip behövs en sammanfattning av samhällsutvecklingen för att beskriva hur detta perspektiv har förändrats (figur 2).

Klinisk bedömning

Det kliniska omdömet omfattar en förmåga att fatta rationella beslut utifrån olika kunskapsunderlag i olika situationer. Det handlar om att kunna urskilja vad som är viktigt och balansera olika faktorer mot varandra.

Klinisk bedömningsförmåga kan ses som en särskild kunskapsform enligt Aristoteles teorier om episteme (vetandet), techne (kunnandet) och fronesis som den praktiska visdomen och förverkligandet av det goda. Precis som andra kunskapsformer behöver fronesis tränas, men utrymmet för detta förefaller krympa (figur 3).

God klinisk bedömningsförmåga verkar inte längre vara så viktigt, eller finns det krafter som vill förminska och trivialisera denna kunskapsform?

Sammanfattning

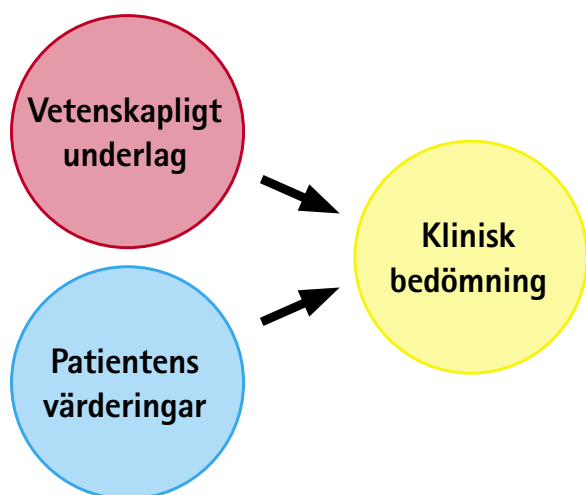
Kliniskt beslutsfattande enligt EBM vilar på tre perspektiv. Det innebär att det finns åtta kombinationsmöjligheter där varje perspektiv kan hanteras på ett tillfredsställande sätt eller inte (se tabell). Som tankeövning kan det vara intressant att fundera över vilken kombination som är vanligast eller möter störst utmaningar.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Vetenskapligt underlag	+	+	+	+	-	-	-	-
Patientmedverkan	+	+	-	-	+	+	-	-
Klinisk bedömning	+	-	+	-	+	-	+	-

Tabell: Kombinationsmöjligheter för att tillgodose de tre perspektiven i EBM.

Vården har nyligen erfarit hur det är att arbeta utan ett detaljerat vetenskapligt underlag i samband med pandemin. Patientens värderingar och preferenser är givetvis viktiga, men hur förhålla det sig när de går helt på tvärs emot vetenskap och beprövad erfarenhet? Den situationen var troligen mindre aktuell vid tiden för modellens utformning, då det i första hand var viktigt att markera mot en alltför hierarkisk struktur.

Möjligen har det blivit dags att särskilja de tre aspekterna och tänka sig att det rör sig om olika storheter, både äpplen och päron. I det kliniska beslutsfattandet finns två kunskapsunderlag – ett vetenskapligt underlag (episteme) och god



Figur 4: Klinisk bedömning och beslutsfattande baserat på evidens och patientens värderingar.

känedom om patientens preferenser (teckne som konsten att samtala och förstå sin patient). Kanske är det dags att hellre illustrera evidensbaserad medicin som den kliniska bedömning som kan väga ihop dessa två till ett klokt beslut (fronesis) (figur 4).

Sammanfattningsvis har förutsättningarna för de tre perspektiven ändrats på 30 år. Kunskapsläget är mycket bättre, men det finns kraftfulla hotbilder mot forskningens integritet som måste adresseras. Då har intressekonflikter inte ens nämnts. Vad gäller hänsyn till patientens värderingar tycks det oklart om förutsättningarna har ändrats, kanske måste man fråga för vilken patient? För klinisk bedömningsförmåga däremot förefaller det snarast som att den hamnat på undantag. Det ter sig anmärkningsvärt för en så central funktion som förmåga till bedömning av varje unik klinisk situation med en sammanvägning av olika faktorer. En fortsatt utveckling i samma riktning ter sig varken rimlig eller bärkraftig. Det förefaller helt enkelt ha blivit dags att justera läget på bollarna i modellen en aning.

Jäv saknas.

Louise Olsson
 Enhetschef HTA-enheten Camtö,
 överläkare, docent i kirurgi.
 Arbetsplats Camtö,
 universitetssjukhuset i Örebro
 louise.olsson@regionorebrolan.se



Nyheter om Kloka Kliniska Val

Den 16 februari 2024 arrangerade Svenska Läkaresällskapet en temadag i hybridformat med totalt runt 200 deltagare. Åtminstone 15 olika specialitetsföreningar var representerade. Sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson inledde dagen. Därefter följde föredrag om praktiska erfarenheter av att arbeta med Kloka Kliniska Val på Sahlgrenska sjukhuset och SUS Malmö, samt patientsäkerhet respektive global hållbarhet i relation till Kloka Kliniska Val. Bildspel finns att ta del av på hemsidan [1].

Senare delen av dagen ägnades åt gruppsamtal över specialitetsgränserna med utbyte av erfarenheter från lokalt arbete, och många nya idéer om hur arbetet kan gå vidare. Det handlar bland annat om samverkan inom nätverk för forskning, patientsäkerhet och hur Kloka Kliniska Val kan komma in på grundutbildningarna.

Svenska Läkaresällskapets arbetsgrupp som tidigare har haft en utredande roll och skrivit en rapport [2], har nu en samordnande och koordinerande roll, medan specialitetsföreningarna utgör basen i det fortsatta arbetet. Inom SFAM görs det genom lokala workshops under våren 2024 med fortbildning om Kloka Kliniska Val, och inventering av deltagarnas förslag på lågvårdsvård att utmönstra. Dessa kommer att bearbetas och sammanställas på ett råds- och lokalordförandemöte i september, för att sedan gå på remiss i hela föreningen innan fastställande.

Kloka Kliniska Val För en förbättrad hälsa & sjukvård

Gräsrotsprincipen är bärande i Kloka Kliniska Val.

Det är viktigt för rekommendationernas legitimitet att de kommer från kliniskt verksamma allmänläkare. Kom och gör din röst hörd när det ordnas workshop i din del av landet.

Jäv saknas.

Josabeth Hultberg
 Allmänläkare
 Vårdcentralen Åby, Norrköping
 josabeth.hultberg@gmail.com



Referenser:

- <https://www.sls.se/kkv/temadag-2024/>
- https://www.sls.se/globalassets/sls/halsa--sjukvard/dokument/rapport_sls_kkv-20230823.pdf

Annons

Luftvägsinfektioner i primärvård

– aspekter av diagnostik och behandling

Lukten är lite söt och känns redan i väntrummet. Det är en lukt av sjukdom och nattliga svettningar. Patienten fick feber och halsont för tre dagar sedan, nu är rösten tjock och det gör hemskt ont att svälja. Huden är varm och fuktig.

Ungefär 30% av besöken i svensk primärvård är relaterade till en infektion och den nivån har varit stabil under många år. De flesta besöken gäller luftvägsinfektioner och det är också för luftvägsinfektioner som mest antibiotika förskrivs. Streptokocktonsillit är den enskilt vanligaste diagnosen som leder till antibiotikarecept [1]. Halsinfektioner självläker i allmänhet inom en vecka, oavsett vilken patogen som orsakar symtomen, och komplikationer är sällsynt [2].

Den vanligaste orsaken till halsont är en virusinfektion. Behandlingsrekommendationerna för halsfluss fokuserar på att hitta patienter med grupp A streptokocker (GAS), eftersom de patienterna kan få symtomlindring av antibiotika [3]. Patienter med 3–4 centorkriterier har högre sannolikhet för GAS i svalgprov [4], men även bland patienter med 3–4 centorkriterier kommer de flesta att testa negativt för GAS (tabell 1).

Effekten av antibiotikabehandling är 1–2,5 dygns tidigare symtomfrihet. Störst behandlingseffekt ses om patienten har uttalade symtom och om behandlingen sätts in tidigt i förloppet, under de 72 första timmarna med symtom. Även bland patienter med 1–2 centorkriterier kan det finnas de som har en halsinfektion orsakad av GAS. Lägre antal centorkriterier är korrelerat till mildare symtom och den förväntade effekten av antibiotikabehandling vid milda symtom är låg.

Antal Centorkriterier	Sannolikhet för positiv svalgodling
4	55,7%
3	30,1–34,1%
2	14,1–16,6%
1	6,0–6,9%
0	2,5%

Tabell 1: Prediktionsmodell för svalgodling positiv för grupp A streptokocker (GAS) [4].

Rekommenderat förstahandsval vid streptokocktonsillit är penicillin V 1 000 mg x 3 i 10 dagar och effekten av kortare kurer penicillin V vid tonsillit har inte tidigare varit känd. Tidigare studier har inte tillfrågat patienterna om biverkningar under och efter behandlingen, utan det är i enstaka undersökningar läkarens uppfattning om patienternas biverkningar som rapporterats. Det finns tre mindre studier om penicillin V:s effekter på tarmens mikrobiota, men de gjordes på den lägre dosering som då var rekommenderad. Trots att penicillin V är den mest använda antibiotikan i Sverige har det saknats studier av dess effekter på mikrobiotan vid de doser vi använder idag. Det har inte heller funnits några studier av hur penicillin V påverkar förekomsten av antimikrobiell resistens i tarmen.

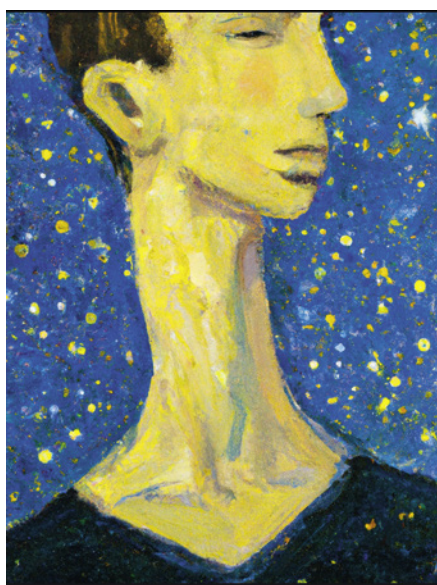
De vanligast använda snabbtesten i svensk primärvård är Strep A och CRP. Användandet av snabbtester för GAS har minskat antibiotikaanvändningen och ökat träffsäkerheten vid behandling av halsfluss. Snabbtest för CRP introducerades på 1990-talet med en uttalad förhoppning om att kunna skilja bakteriella och virala infektioner åt [5]. Denna förhoppning infriades inte, då CRP-spannet vid olika typer av infektioner överlappar. Även virusinfektioner kan ge förhöjt CRP. För patienter som vårdas på sjukhus för influensa A ses höga CRP-värden. Det är inte tidigare undersökt hur CRP reagerar hos influensapatienter i svensk primärvård.

Avhandlingens syfte var att jämföra den rekommenderade 10-dagarskuren Penicillin V vid streptokocktonsillit mot en kortare 5-dagars behandling med tätare dosering, att undersöka de ekologiska effekterna av penicillin V på tarmens mikrobiota inklusive resistensförekomst och att undersöka nyttan av snabbtest vid två vanliga luftvägsinfektioner.

Samtliga delarbeten initierades av kliniker och forskare och har inget samröre med läkemedelsindustrin. Folkhälsomyndigheten var sponsor åt delarbete 1–3. Jag vill rikta ett varmt tack till alla patienter och kollegor som deltagit i arbetet.

Penicillin V i fem dygn vid halsfluss gav likvärdig effekt som tio dygn

Effekten av penicillin V är beroende av läkemedlets tid över MIC (minimum inhibitory concentration). Njurarnas tubulära sekretion av penicillin V är hög och halveringstiden



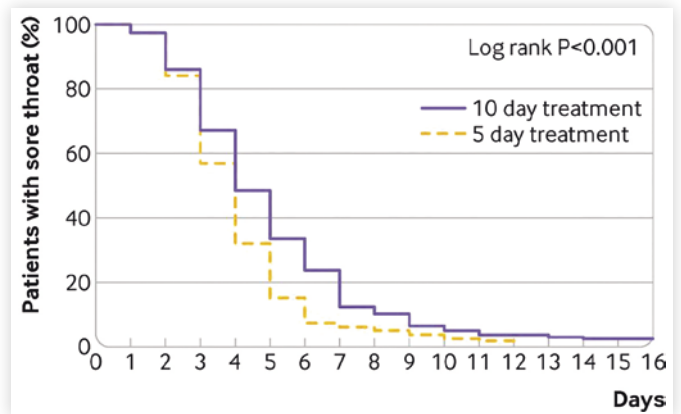
i plasma är kort, cirka en timma. En mer frekvent dosering ger längre tid över MIC per dygn och kan hypotetiskt vara mer effektiv. Syftet med den här studien var att jämföra klinisk effekt för den etablerade behandlingen med penicillin V 1 000 mg x 3 i 10 dagar med en kortare men mer frekvent penicillindosering [6].

Metod

Vi inkluderade 433 patienter som var minst 6 år gamla, sökte för halsont och uppfyllde kriterier för penicillinbehandling, det vill säga patienter som hade 3–4 Centorkriterier samt ett positivt Strep A. Patienterna fördelades slumpvis till behandling med penicillin V 800 mg x 4 i 5 dygn (totaldos 16 g) eller till 1 000 mg x 3 i 10 dygn (totaldos 30 g). För barn justerades doserna efter vikt. Patienter inkluderades på 17 vårdcentraler i Skåne, Kronoberg, Västra Götaland och Sörmland från september 2015 till juni 2018.

Studien var öppen, vilket betyder att efter randomiseringen hade både patienter och behandlare kännedom om vilken behandlingsarm patienten tillhörde. Studien hade non-inferiority design vilket kan beskrivas som att vi inte eftersträvade att visa att en kortare behandlingstid var bättre än en längre, utan att se om den inte gav sämre klinisk effekt. Vi bestämde på förhand att gränsen för likvärdigt resultat gick vid minus 10 procentenheters skillnad, vilket är vanligt vid den här typen av studier. Det innebar att vi med 95 procent sannolikhet kunde se om den sanna skillnaden i klinisk utläkning mellan de två grupperna var mindre än 10 procentenheter.

Det primära utfallsmåttet var klinisk utläkning vid återbesök



Figur 1: Tid till första dagen utan halsont enligt patienternas dagbok. Republished with permission from the *British Medical Journal*.

Copyright © 2019, BMJ Publishing Group Ltd

hos läkare en vecka efter avslutad penicillinkur. Patienterna fyllde i en dagbok fram till återbesöket där de bland annat rapporterade grad av halsont, feber, intag av läkemedel inklusive analgetika och eventuella biverkningar. Efter en respektive tre månader blev patienterna uppringda av en forskningssjuksköterska för att fånga eventuella recidiv och komplikationer. Sekundära utfallsmått var bakteriologisk utläkning, tid till symptomfrihet, recidiv, komplikationer, ny tonsillit, biverkningar samt följsamhet till behandlingen.

Resultat

Studien visade att penicillin V 800 mg, fyra gånger om dagen i fem dygn, hade likvärdig (non-inferior) klinisk effekt som penicillin V 1 000 mg, tre gånger om dagen i tio dygn. Bakteriologisk utläkning var något lägre i fem-dygnsgruppen. Ingen skillnad sågs mellan grupperna i antal recidiv och komplikationer. Tid till första dag utan halsont var lite kortare i fem-dygnsgruppen ($p < 0,001$, log rank test) (figur 1).

Följsamheten till behandlingen var mycket hög i båda grupperna. De vanligaste biverkningarna var diarré, illamående och vulvovaginala besvär. Besvären var vanligare och varade lite längre i tiodygnsgruppen. Diarré drabbade 35% respektive 26% av patienterna och bland kvinnorna i studien var det 25% respektive 15% som rapporterade nytillkomna underlivsbesvär i form av klåda och flytningar. Det kan jämföras med FASS där det anges att ungefär 5% av patienterna drabbas av biverkningar vid penicillinbehandling.

Slutsats

Studien visade att penicillin V i fem dygn (800 mg x 4) var kliniskt likvärdig tio dygn (1 000 mg x 3). Studien visade ingen högre risk för recidiv eller komplikationer med den kortare behandlingen. Den lägre andelen bakteriologiskt utläkta patienter kan vägas mot de fördelar som framkom i studien: kortare tid till symptomfrihet och färre biverkningar. Studien var tyvärr inte dimensionerad för att göra subgruppsanalyser. Det betyder att antalet barn i studien utgör ett otillräckligt statistiskt underlag för separat analys av eventuella skillnader i behandlingseffekten hos barn. ►►

Svensk Förening för Allmänmedicins pris för 2023 års allmänmedicinska avhandling går till **"Respiratory tract infections in primary care – aspects of diagnosis and treatment"** skriven av Karin Rystedt vid Göteborgs Universitet.

Motiveringen lyder: För att med stor vetenskaplig stringens ha undersökt den för allmänmedicinen dagligt förekommande frågeställningen – hur handläggs patienter med halsinfektion på bästa sätt? Avhandlingen berör både antibiotikabehandling och diagnostik, som belyses med olika vetenskapliga metoder. Resultaten har stor klinisk relevans och kan påverka handläggningen av en vanlig patientgrupp. En bekräftelse på att svensk allmänmedicin levererar forskning i internationell toppklass.

Strep A är pålitligt även efter nyligen avslutad penicillinbehandling av halsfluss

Symtomlindrande effekt av antibiotika vid halsfluss ses främst hos patienter med mer uttalade symtom och påvisade grupp A streptokocker (GAS) i svalget. I väntan på odlingssvar är det vanligt att förskriva antibiotika och användande av snabbtest för att påvisa GAS har bidragit till minskad antibiotikaanvändning. Moderna antigenest för GAS har hög specificitet och sensitivitet och är känsligare för GAS än vad svalgodling är. Det har funnits en misstanke om att kvarvarande antigen från avdödade grupp A streptokocker kan ge falskt positiva Strep A-test hos patienter efter penicillinbehandling för streptokocktonsillit. Syftet med den här studien var att jämföra utfallet av antigenest och svalgodling för GAS hos patienter som nyligen behandlats med penicillin V för streptokocktonsillit [7].

Metod

Vi inkluderade 316 patienter som deltog i den tidigare beskrivna studien av 5- och 10-dagars penicillinbehandling av streptokocktonsillit. Inklusionskriterier i den här studien var även att både Strep A och svalgodling var positiva för GAS vid start. Patienterna behövde också komma på uppföljningsbesök inom 21 dagar efter behandlingsstart där nya svalgprov togs för både Strep A och odling.

Resultat

Vi fann att Strep A och svalgodling vid uppföljningsbesöket stämde överens i 91% (286/316) av fallen. Signifikantestning (log rank test) påvisade ingen skillnad mellan utfall av snabbtest och svalgodling. Endast tre av patienterna hade negativt Strep A när odlingen var positiv. Tjugosju patienter hade positivt snabbtest och negativ odling (tabell 2). Vi fann ingen association mellan överensstämmelse av testresultaten och behandlingens längd (5 eller 10 dagar med penicillin V), tid mellan behandlingsstart och uppföljningsbesök, eventuella svalgssymtom vid uppföljningen, kön eller ålder över/under 15 år. Både Strep A och svalgodling indikerade en lätt förhöjd nivå av bärarskap av GAS hos friska personer tidigt i efterförloppet.

Våra resultat stämmer överens med tidigare studier som visat att antigenest för grupp A streptokocker har högre sensitivitet än konventionell svalgodling. Vi kan inte utesluta att enstaka positiva Strep A-test efter behandling orsakades av kvarvarande material från avdödade bakterier.

Slutsats

Vår slutsats är att Strep A är tillförlitligt även efter nyligen genomgången penicillinbehandling för tonsillit. Eftersom anti-

	Positiv odling <i>n</i>	Negativ odling <i>n</i>	Totalt <i>n</i>
Positivt Strep A	39	27	66
Negativt Strep A	3	247	250
Totalt	42	274	316

Tabell 2: Resultat från svalgodling och snabbtest för grupp A streptokocker (GAS) vid uppföljningsbesök.

biotika ofta förskrivs i väntan på resultat från svalgodling kan ett negativt snabbtest för GAS göra att patienter slipper få onödiga antibiotikabehandlingar vid återkommande halsinfektioner.

Penicillin V ökar förekomsten av resistens i tarmen

I den randomiserade studien av penicillin V i 5 eller 10 dagar vid streptokocktonsillit fann vi en hög biverkningsfrekvens: 35% av patienterna med tio dagars behandling rapporterade diarréer. Fynden ger en indikation om att även ett smalspektrumantibiotika som penicillin V kan ha effekter på patienternas normala mikrobiota. Syftet med den här studien var att undersöka effekter på tarmens mikrobiota vid penicillinbehandling, med specifikt fokus på förekomsten av resistens mot betalaktamantibiotika. Detta var inte studerat tidigare [8].

Metod

Den aktuella studien gjordes i en liten subpopulation av patienterna som deltog i studien av 5- och 10-dagars penicillinbehandling av streptokocktonsillit. 29 patienter lämnade avföringsprov enligt plan: före, direkt och 7–9 dagar efter avslutad behandling med penicillin V. För att undersöka förekomsten av betalaktamresistens användes ampicillinlappar på odlingsplattor och selektiva odlingsplattor.

Resultat

Vi fann en signifikant ökad förekomst av betalaktamresistens vid penicillinbehandling. Ökningen utgjordes av tarmbakterier som kan vara potentiellt patogena. Vi fann att andelen patienter med ampicillinresistenta arter inom ordningen Enterobacterales ökade från 52% till 86% ($p=0,007$) direkt efter behandling. Andelen patienter med Enterobacterales med nedsatt känslighet för tredje generationens cefalosporiner ökade från 32% till 52% ($p=0,034$) vid jämförelse av avföringsprov tagna före och direkt efter behandling.

Utöver detta fann vi hos 13 av de 29 patienterna en ökad växt av enterokocker direkt efter penicillinbehandling. Av dem hade 11 patienter en fortsatt ökad enterokockväxt vid den sista uppföljningen 7–9 dagar efter behandling. En av patienterna hade växt av toxinproducerande *Clostridoides difficile* i det tredje provet, samt infektionssymtom i form av diarré och kraftig trötthet under ett antal veckor efter behandling. Patienten tillfrisknade spontant från clostridieinfektionen.

Slutsats

Penicillin V ökade förekomsten av resistens mot betalaktamantibiotika hos tarmens bakterier. Det indikerar att även antibiotika med smalt spektrum bör användas med försiktighet. Kommande studier kan förslagsvis ha en längre uppföljningstid och kombinera odlingsbaserade metoder med molekylärbio-logiska analyser. Vi saknar fortfarande kunskap om penicillin V:s ekologiska effekter hos små barn och effekter vid upprepade behandling.

CRP vid influensalik sjukdom kan inte identifiera influensa A

Enligt läkemedelsverkets behandlingsrekommendation är årlig vaccination mot influensa den viktigaste åtgärden för att be-

gränsa sjukdomens konsekvenser. Enligt rekommendationen ska också antiviral behandling erbjudas de patienter som är i riskgrupp för svår influensa. Patienter i riskgrupp för svår influensasjukdom är bland annat personer över 65 år, gravida och patienter med diabetes, kronisk hjärtsjukdom eller kronisk lungsjukdom. Under influensasäsong är det ungefär hälften av patienterna som söker primärvård med influensalik sjukdom som testar positivt för influensa. Influensalik sjukdom är kombinationen av akut insättande

- i) feber,
- ii) luftvägssymtom (hosta, halsont, snuva) och
- iii) allmänsymtom (muskelvärk, huvudvärk, frossa och trötthet).

Då de flesta vårdcentraler saknar snabbtest för influensa är det svårt för primärvården att följa behandlingsrekommendationen utan att samtidigt orsaka överanvändning av antivirala medel. Kapillärt CRP är snabbt, billigt och tillgängligt på vårdcentraler. Det har saknats kunskap om CRP hos patienter med influensa och influensalik sjukdom i primärvård. Syftet med den här studien var att undersöka om CRP är användbart för att identifiera patienter med influensa hos patienter som söker primärvård med influensa-lik sjukdom [9].

Metod

Vi inkluderade 277 patienter som sökte primärvård i Sverige, Norge eller Litauen med influensa-lik sjukdom under influensasäsong. Inklusionskriterier var att patienterna haft en plötslig feberdebut inom de senaste 72 timmarna, samt minst ett akut symtom på luftvägsinfektion och minst ett allmänsymtom. Patienter över 16 år lämnade nasofarynxprov och patienter under 16 år lämnade halsprov och främre näsprov som analyserades med PCR-metod avseende influensa A och B. Kapillärt CRP kontrollerades lokalt.

Resultat

Vi fann ingen association mellan CRP och förekomst av influensa A. Av patienter med influensalik sjukdom var det 44% som testade positivt för influensa A och 21% för influensa B. Vid positivt prov för influensa A fann vi en spridning av CRP mellan 1–173 mg/L, med en median på CRP 13. CRP under 30 mg/L var associerat med influensa B, vilket stämmer med tidigare rapporter om att influensa B generellt ger lägre CRP än influensa A.

Slutsats

Vi rekommenderar inte att använda CRP för diagnostik av influensa.

Vad spelar det för roll?

Antibiotika räddar liv. I primärvården är det en stor utmaning att tidigt identifiera de svåra och potentiellt komplicerade infektioner som någon gång kan dyka upp. Vi träffar människor med infektioner av vitt skilda svårighetsgrader. De flesta infektionerna i primärvården är okomplicerade och självläkande tillstånd där vårdens insatser främst handlar om att lindra symtom och minska komplikationsrisken. Behandlingseffekten av antibiotika är i de fallen begränsad och behöver vägas mot

risker och biverkningar. Tillfrisknar gör patienterna i vilket fall.

Den stora användningen av antimikrobiella medel de senaste 80 åren har globalt medfört en kraftig ökning av förekomsten av resistensgener i de mikrobiella ekosystemen. I Sverige har vi än så länge en jämförelsevis gynnsam situation med relativt låg förekomst av antimikrobiell resistens. Med en låg förekomst av resistens har vi fortfarande möjlighet att välja penicillin V som behandling för flertalet infektioner.

Avhandlingen visade att kortare behandlingstid med penicillin V vid streptokocktonsillit ger likvärdig (non-inferior) klinisk effekt och samtidigt mindre risk för biverkningar. En ny behandlingsrekommendation för faryngotonsillit ska presenteras under våren 2024 och det ska bli mycket spännande att se hur den utformas.

Jäv saknas.

Karin Rystedt

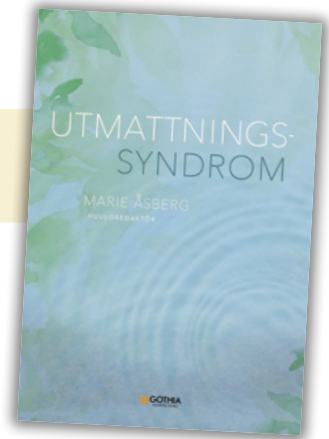
Allmänläkare, med dr
Närhälsan Hentorps vårdcentral, Skövde, Strama
Västra Götaland. Avdelningen för Samhälls-
medicin och folkhälsa, Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet, Centrum för antibiotika-
resistensforskning, CARE, Göteborg
karin.rystedt@vgregion.se



Referenser:

1. Tyrstrup M, Beckman A, Mölstad S, Engström S, Lannering C, Melander E, Hedin K: **Reduction in antibiotic prescribing for respiratory tract infections in Swedish primary care – a retrospective study of electronic patient records.** *BMC Infect Dis* 2016, **16**(1):709.
2. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB: **Antibiotics for treatment of sore throat in children and adults.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021(12).
3. Gunnarsson R, Ebell M, Centor R, Little P, Verheij T, Lindbæk M, Sundvall PD: **Best management of patients with an acute sore throat – a critical analysis of current evidence and a consensus of experts from different countries and traditions.** *Infectious Diseases* 2023:1-12.
4. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K: **The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room.** *Med Decis Making* 1981, **1**(3):239-246.
5. Hjortdahl P, Landaas S, Urdal P, Steinbakk M, Fuglerud P, Nygaard B: **C-Reactive Protein: A New Rapid Assay for Managing Infectious Disease in Primary Health Care.** *Scand J Prim Health Care* 1991, **9**(1):3-10.
6. Skoog Ståhlgren G, Tyrstrup M, Edlund C, Giske CG, Mölstad S, Norman C, Rystedt K, Sundvall PD, Hedin K: **Penicillin V four times daily for five days versus three times daily for 10 days in patients with pharyngotonsillitis caused by group A streptococci: randomised controlled, open label, non-inferiority study.** *Bmj* 2019, **367**:l5337.
7. Rystedt K, Hedin K, Tyrstrup M, Skoog-Ståhlgren G, Edlund C, Giske CG, Gunnarsson R, Sundvall PD: **Agreement between rapid antigen detection test and culture for group A streptococcus in patients recently treated for pharyngotonsillitis – a prospective observational study in primary care.** *Scand J Prim Health Care* 2023, **41**(1):91-97.
8. Rystedt K, Edquist P, Giske CG, Hedin K, Tyrstrup M, Ståhlgren GS, Sundvall P-D, Edlund C: **Effects of penicillin V on the faecal microbiota in patients with pharyngotonsillitis—an observational study.** *JAC-Antimicrobial Resistance* 2023, **5**(1).
9. Rystedt K, Harbin NJ, Lindbæk M, Radzeviciene R, Gunnarsson R, Eggertsen R, Butler CC, van der Velden AW, Verheij T, Sundvall PD: **Is C-reactive protein associated with influenza A or B in primary care patients with influenza-like illness? A cross-sectional study.** *Scand J Prim Health Care* 2020, **38**(4):447-453.

Utmattningssyndrom • Huvudredaktör: Marie Åsberg • Förlag: Gothia Kompetens • Sidor: 304
ISBN: 978-91-7741-373-8



Boken Utmattningssyndrom

– vad innebär den för oss allmänläkare?

Den i januari 2024 utgivna boken *Utmattningssyndrom* har höga ambitioner och är både tjock och dyr, men i stora delar lättläst och logiskt uppbyggd.

Man vill här ge en *reflekterad, systematisk och integrerad sammanställning av forskningsbaserad evidens och beprövad klinisk erfarenhet*. Bland de 13 författarna är tre från den ursprungliga gruppen som skapade begreppet 2003. Man reflekterar över att de ursprungliga kriterierna var *alltför vida* och denna nya grupp av författare har velat diskutera sig fram till en ny konsensus om var man står med dagens kunskap. Författarna är medvetna om att de rör sig nära gränsområdet till normala psykiska reaktioner på problem med till exempel *balans mellan arbete och fritid*, problem som inte självklart hör hemma inom sjukvården. I inledningen av boken anges att man tagit intryck av diskussionerna med SFAM:s Nätverk Psykisk Ohälsa.



Författarna är medvetna om att de rör sig nära gränsområdet till normala psykiska reaktioner på problem ...

Man skapar nu begreppet *riskfas* för patienter som uttrycker problem som de relaterar till långvarig arbetsmässig stress men där man ännu inte uppfyller de nu tydligt strängare krav man sätter upp för att diagnosen utmattningssyndrom ska kunna ställas. Hur stor andel av sådana riskpatienter som utvecklar ett fullt utvecklat syndrom saknar man dock kunskap om.

Generellt är det påtagligt att de patienter de olika kapitlen från olika perspektiv belyser är en patientgrupp som finns på

högt specialiserade enheter och som inte liknar de många patienter man som allmänläkare möter som har oro över att de ska ha ett utmattningssyndrom. Många av dessa kunde likaväl få en annan diagnos, om ens någon.

För diagnostik rekommenderas ett litet antal test för nedsatta kognitiva funktioner som krävs för att diagnosen ska ställas. Här blandas enkla tester som till exempel Trailmaking A och B med tester som inte är tillgängliga utan kostnad. Vetenskapligt saknas dock stöd för att annat än subjektiva kognitiva problem finns vid de flesta fall av utmattningssyndrom.

Boken betonar att det allmänt saknas biomedicinska markörer eller andra objektiva fynd som kan användas kliniskt för att *säkra diagnostiken*. Någon särskild bild vid bedömning av psykiskt status anges inte.

Synen på utmattningssyndrom som ett mer allvarligt tillstånd än vad man sett det som tidigare, ligger bakom rekommendationen att diagnostiken bör vara en process. Diagnosen bör inte användas efter ett enda besök, en observationstid på 2–3 samtal under några veckor krävs. Substansberoende uppges kunna ge en likartad bild och behöver uteslutas med provtagning. Man betonar särskilt att självskattningsskalor inte lämpar sig för att ställa diagnos men kan vara av värde för att följa ett förlopp. Man trycker på att det är viktigt vid ställd diagnos att man tidigt i förloppet undviker att skapa en föreställning hos patienten att det kommer att behövas en lång sjukskrivning som då riskerar att bli en självuppfyllande profetia. Även vid ett fullt utblommat syndrom anger man att det i normalfallet inte är lämpligt med mer än 2–4 veckors sjukskrivning.

I behandlingsdelen diskuteras begrepp som *dysfunktionell coping* som en möjlig etiologi till diagnosen, men de behandlingsstudier som redovisas i vetenskapliga referenser pekar på att det saknas stöd för effekt av någon specifik behandlingsåtgärd alls inom vården. SSRI har prövats men saknar effekt, randomiserade studier av andra läkemedelsbehandlingar saknas. Åtgärder i nära kontakt med arbetsplatsen och relativt snar återgång på deltid vid sjukskrivning har visst stöd. I brist på vetenskapligt stöd ges skönlitterära verk och kvalitativa beskrivningar av patienters upplevelser stort utrymme.

En av bokens styrkor är en teoretisk genomgång av begreppet *återhämtning* som allmänläkarens patienter ofta tänker ska vara meningen med en längre sjukskrivning. Man trycker dock på att det är en missuppfattning att tillståndet kräver långa perioder av vila och att stresspåslag vid ansträngning skulle vara skadligt. Allmänna råd av typen *promenera i skogsmiljö, lyssna på musik, vara en stund för sig själv* förs fram men utan annat än snusförnuft som grund. Återhämtning rekommenderas kunna ske genom återaktivering med *enkla uppgifter i hemmet som att tömma diskmaskinen, damma, lägga i en tvätt*. Boken är full av fria funderingar, bilder och ogrundade hypoteser av sådant slag som *patienten kan känna igen sig i* och de många vetenskapliga referenserna är för det mesta inkonklusiva eller styrker avsaknad av effekt. Avsnitt i boken där man från den medicinska världens horisont spekulerar i vad det är i samhället som utgör riskfaktorer och hur prevention kan se ut, kunde utgått.

Patofysiologikapitlet är fyllt av spännande begrepp som telomerlängd, HPA-axlar, glukokortikoidreceptorer i hippocampus, kortisol i hår, CRH-dexametason-test, brist på dehydroepiandrosterons sulfaterade derivat, genetisk polymorfism i brain-derived neurotrophic factor och 10-talet olika akronymer för substanser vars betydelse har prövats. I detta avsnitt och när det gäller de olika avbildningstekniker som använts, finns referenser till 85 studier. Ingen enda kan visa på någon klinisk relevans vare sig när det gäller patogenesen till syndromet eller till användbara instrument i diagnostiken.

Även fortsättningsvis bedömer författarna att utmattningssyndrom och dess *riskfas* ska vara en angelägenhet för allmänläkarna på vårdcentralerna. Den differentialdiagnostiska process som man anger behövs innan man kan ställa diagnosen utmattningssyndrom är dock synnerligen omfattande och innefattar även sådana bedömningar som kräver psykiatrisk specialistkompetens. Att någon annan psykiatrisk störning bättre skulle kunna förklara symtomen utesluter också diagnosen utmattningssyndrom.

”

Någon särskild bild vid bedömning av psykiskt status anges inte.

Bokens styrka är att den etablerar diagnosen utmattningssyndrom som något mycket tyngre än som den tidigare setts i samhället och i sjukvården. Ett svar på den övergripande frågan huruvida det alls varit någon medicinsk nytta med att vi i mer än 20 år haft denna svenska diagnos utöver andra internationellt använda etiketter på effekter av stress på människors hälsa ges inte, hypotesen om att detta tillstånd har validitet och behövs som en diagnos i sjukvården ifrågasätts aldrig i denna författargrupp. Det kunde varit på sin plats.

”

Bokens styrka är att den etablerar diagnosen utmattningssyndrom som något mycket tyngre än som den tidigare setts i samhället och i sjukvården.

Som en sorts sammanfattning av det som boken säger och som har relevans för oss allmänläkare kan ett budskap till de patienter vi möter, och som då i de allra flesta fall är i det man kallar *riskfas*, vara något av den här typen: ”Det mesta av stress man har i arbetslivet är inte skadligt och om du känner dig onormalt trött, har sömnstörning och har svårt med att koncentrera dig, läsa en bok, orka med dina fritidsintressen och ser ett samband med påfrestningar i arbetslivet, är detta inte i första hand en sjukdom utan en varningssignal på att det är något du behöver förändra i ditt liv. Ibland kan en samtalskontakt i vården vara bra, men för det mesta är det då problemen på arbetsplatsen du måste ta tag i, eventuellt med hjälp av din fackförening eller HR-specialister på arbetsplatsen. Sjukskrivning hjälper dig inte och har biverkningar. Den kan dessutom få dig att undvika att ta tag i det som är besvärligt i din livssituation. Efter en längre sjukskrivning har det bara blivit värre och tröskeln tillbaka till arbetslivet kan ha växt sig oöverstiglig. Läkemedel hjälper dig inte heller i denna situation.”

Vikten av att vi, som den för sjukskrivning ansvariga personen i vården, sprider budskapet till våra sköterskor, arbetsterapeuter, psykologer och rehabkoordinatorer om att det endast i sällsynta och särskilt uttalade fall är motiverat att använda diagnosen utmattningssyndrom, kan inte nog betonas. Eller är det kanske rent av dags att helt sluta använda den i allmänmedicinsk praxis?

Jäv saknas.

Lars Englund

Allmänläkare, Jakobsgårdarnas vårdcentral,
Borlänge
englund1@telia.com



AllmänMedicin informerar



Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar. Hör av dig till chefredaktor@sfam.se!



Balintgrupp.

Foto: Anders Birr

Internationell Balintkonferens 2024

Svenska Balintföreningen arrangerade internationell konferens, med femtio deltagare, på van der Nootska palatset på Södermalm i Stockholm 22–23 mars. En lämplig miljö, palatset har sina rötter från slutet av 1600-talet, med tanke på kongressens tema ”to return, to reconsider, to recover”. Temat verkar synnerligen aktuellt för allmänläkares position i dagens Sverige, omstöpning och utsatthet.

Balintgruppen

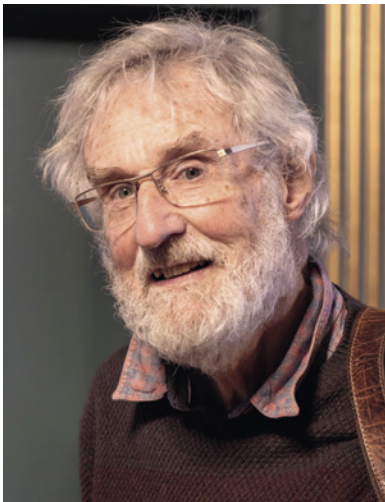
En Balintgrupp består optimalt av 5–10 deltagare och 1–2 ledare. Ledaren formulerar reglerna för sessionen; allt stannar inom gruppen och deltagarna ska behandlas med respekt. En deltagare presenterar ett ”case”, det vill säga berättar om ett möte med en patient. Efter berättelsen får presentatören vila lyssnande medan övriga reflekterar kring fallet: om patienten, om doktorn (eller annan yrkesperson) och om interaktionen. Att fantisera, att försöka föreställa sig, är ofta till hjälp för den som presenterar. Ledaren håller ihop gruppen, sammanfattar eller leder diskussionen om den stannar upp. Slutligen får

presentatören reflektera över vad som sagts i gruppen. Syftet är inte att lösa ett fall utan öppna för doktorn att tänka friare.

Under kongressen deltog alla deltagare i tre Balintgrupp-sessioner. I min grupp kom deltagarna från Sverige, Danmark, Tyskland, USA, Israel, Frankrike, Ungern och England. Språket var förstås engelska och när jag vid ett tillfälle började prata svenska utbröt många skratt.



Många läkare har inte särskilt hög uppskattning av den egna förmågan och Jablonski påpekade särskilt att allmänläkare ofta inte är medvetna om hur bra de är för patienten.



Andrew Elder.

Foto: Anders Birr

Journal Club

Deltagarna hade i förväg läst tre artiklar som är viktiga i Balintsammanhang. Det blev en stor Journal club med femtio deltagare. Artiklarna var skrivna av John Salinsky, Andrew Elder (som också deltog) och Michael Courtenay (legendar som fört vidare och omformulerat Balintidéerna när tiderna förändrats).

Här kommer några smakprov från vad som säs under diskussionen om hur det fungerar i en Balintgrupp:

Håll fokus på relationen läkare-patient, svårigheten är att hålla kvar, att "stay tuned".

Fundera över det som inte sagts, kom inte till slutsatser vad som kan göras för snabbt. På senare år – i de flesta länder verkar det som – har det blivit lättare att etikettera ("this is a

narcissistic disorder") och därigenom inte lyssna tillräckligt. Kanske inte yngre läkare tränas för riktigt samma jobb som äldre läkare tränats för, när vården blir mer styrd av riktlinjer som ibland är tvingande.

Att stå ut med osäkerhet (en parallell är att barn lever mer eller mindre i osäkerhet) är en fundamental kompetens hos en allmänläkare. "Containing uncertainty" är enligt Tove Mathiesen (president för IBF – International Balint Federation) en aktiv handling och leder till nyfikenhet som för samtalet framåt, eller funderingar på diagnos och hur man ska hjälpa patienten (John Salinsky). En onkolog lever ofta med osäkerhet om prognosen och det blir ett incitament till att inte stelna i det terapeutiska tänkandet.

Nyfikenhet och öppenhet är bra förhållningssätt för en doktor för att få ut något av att vara med i en Balintgrupp. En öppenbar fördel är att man på ganska korta sessioner (90 minuter) kan hjälpa doktorn att komma vidare med sitt arbete, exakt på vilket sätt ger dock gruppsamtalet inget svar på. I bästa fall kan doktorn uppleva frihet i sin position för att hjälpa patienten (Andrew Elder).

Balintgrupper är antagligen inte för alla, det finns andra

typer av grupper som passar bättre utgående från doktors personlighet. Henry Jablonski påminde om DW Winnicotts uppdelning av läkare i avoiders och seekers. Läkare som är med i Balintgrupper är ofta seekers och kan föra vidare erfarenheter som också icke-deltagare kan ha nytta av genom kollegiala samtal.

Arvet efter Balint

Henry Jablonski, sedan länge bärande inom Föreningen för Medicinsk Psykologi som är Balintrörelsens organisatoriska bas i Sverige, föreläste om arvet efter grundaren Michael Balint. Balintgruppernas bidrag handlar om att stärka den professionella utvecklingen, att bli varse vårt sätt att svara på krav i den dagliga praktiken. Att utveckla ett inre rum, att förstå sina känslor och ytterst att bli en bättre doktor. Många läkare har inte särskilt hög uppskattning av den egna förmågan och Jablonski påpekade särskilt att allmänläkare ofta inte är medvetna om hur bra de är för patienten.

Allmänläkares och sjukhusläkares olika position

Svenska läkare, inte minst allmänläkare, är tyngda av kraven från patienter. Samtidigt blev det av Jacob Engellau (onkolog och legitimerad psykoterapeut) föreläsning om Balintgrupper



Henry Jablonski.

Foto: Anders Birr



Jakob Engellau.

Foto: Anders Birr



med sjukhusens läkare uppenbart hur dålig patientkontinuiteten är och hur bristande förutsättningar för empati och institutionellt stöd ytterst drabbar intresset för patienten som en person. Ledaren för en grupp sjukhusläkare får mer av en föräldraroll än i en grupp med allmänläkare.



Syftet är inte att lösa ett fall utan öppna för doktorn att tänka friare.

Allmänläkare som Balintgruppledare

Balintmetoden har sitt ursprung inom psykoanalysen – Michael Balint var ju psykoanalytiker – men också inom General Practice eftersom det var med engelska GPs som Balint utvecklade metoden. Att vara ledare i en grupp som allmänläkare innebär ofta att man inte har den terapeutiska erfarenheten, som en

mer psykologiskt skolad person har, men ändå samtidigt stor erfarenhet av att lyssna på och samtala med människor.

Konferensens syften

Det blev uppenbart i plenumdiskussionerna att konferensens tema reconsider och recover hade flyttats i rätt riktning. Deltagarna var i allmänhet påtagligt nöjda efter de koncentrerade dagarna. Det bekräftades också i enskilda samtal där jag tyckte mig se att den här typen av aktivt konferensdeltagande visserligen är lite ansträngande men framför allt stödjande. Ledningen av konferensen - Henry Jablonski, Sonja Holmquist, Jacob Engellau och Jessica Wihl - hade ansträngt sig för att deltagarna skulle känna professionell trygghet, en ansträngning som gav gott resultat. Om ett år är det svensk kongress i Lund.

Jäv saknas.

Björn Landström

Allmänläkare, Närhälsan Tidans vårdcentral, Skövde, Skaraborgsinstitutet för forskning inom hälso- och sjukvård
bjorn.landstrom@skaraborgsinstitutet.se



**NAAKA
DAGEN** Hösten 2024

3 oktober 2024

En utbildningsdag om astma, allergier och KOL för allmänläkare av allmänläkare

NAAKA (SFAM:s nätverk för astma-, allergi- och KOL-intresserade allmänläkare) anordnar en utbildningsdag för allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin.

NAAKAs styrelse har arbetat fram ett intressant program och bjudit in engagerade föreläsare. Under dagen kommer vi att belysa en rad frågor som allmänläkare ställs inför i det dagliga arbetet med personer med astma, allergier och KOL. Vad kan vi allmänläkare göra för att ställa rätt diagnos hos patienter med luftvägsbesvär? Vad är nytt i LäkeMedelsverkets behandlingsrekommendationer för astma och KOL? Och så favoriter i repris: "Spirometri" och "Inhalationsteknik".

Plats: Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

Varmt välkomna!
NAAKA



För mer information och registrering skanna här:



Heléne Swärd

– blivande pensionär



I år är det dags för SFAM:s ”ständiga sekreterare” att successivt gå i pension. Heléne Swärd på kansliet kom till föreningen i april 1996, för 28 år sedan, och har varit den som har stått för den kontinuitet som vi hyllar så inom allmänmedicinen. Men jag vågar utan tvivel påstå att kontinuiteten inom en ideell förening, såsom SFAM, är minst lika viktig. Den har skänkt föreningen stabilitet även när det har varit skakigt. Vi gläds dock åt att vi fått en mycket kompetent efterträdare till Heléne i Isabelle Körner Johansson.

När jag var ny som ordförande 2019 var Heléne borta en period från kansliet och allt gick på lågvarv. Då förstod jag inte hur jag skulle mäta med mitt uppdrag. Sen kom hon successivt tillbaka och jag kunde lägga över mer och mer på henne och med tiden förstod jag vilken otrolig arbetskapacitet hon har. För Heléne är aldrig något omöjligt, det handlar bara om att prioritera om. En fantastisk egenskap, men något man inte heller vill överutnyttja, vilket jag verkligen hoppas att jag och styrelsen inte har gjort.

Genom att vara ett så bra stöd för mig som ordförande har Heléne gjort så att jag har kunna lägga energi på att skriva, träffa politiker, resa runt i landet, föreläsa, delta i seminarier med mera i stället för att hålla koll på allt det föreningsadministrativa arbetet. Och allt detta har jag kunnat göra till hundra procent förvissad om att övrigt arbete blivit föredömligt gjort. Dessutom mycket bättre än om jag hade försökt mig på att göra det. Och då är jag ändå en person som har höga förväntningar på folk runt omkring mig och ett relativt stort

kontrollbehov. Dessa förväntningar har Heléne överträffat med råge.

Men Heléne förvaltar inte bara. Hon kommer hela tiden med förslag, idéer, tankar och förbättringar. Hon har flyttat hela vårt medlemsregister, bytt ut faktureringsystem, skött en flytt från Grev Turegatan till Läkaresällskapet, sköter all ekonomi, har koll på remisser, hjälper till med layout på dokument, stöttar råd, nätverk och lokalföreningar, hjälper till vid kongresser och ST-dagar och då har jag bara nämnt en liten del av allt hon gör. När Heléne visade mig och Panteha en lista på allt hon skulle introducera Isabelle i så blev vi alldeles matta av hur mycket det var.

Men trots denna enorma arbetskapacitet och denna unika arbetsmoral så framhäver Heléne aldrig sig själv utan är stolt och glad över att det blir bra och smidigt för alla andra. Jag tror dock inte att Heléne kommer att kunna avveckla sig själv helt från kansliet utan jag hoppas och tror att vi kommer att få förmånen att anlita henne till mindre projekt och som stöd på kansliet vid behov även framöver. Så vi säger inte hejdå utan på återseende.



Magnus Isacson
Ordförande
magnus.isacson@sfam.se



Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2024

Samtidigt som detta nummer pressläggs hålls Svensk Allmänmedicinsk Kongress i Uppsala och i samband med detta SFAM:s fullmäktige. På kongressbanketten diplomerades årets examinator och samtidigt delades även pris ut för årets uppsats, årets handledare och även årets Lejon. På fullmäktige valdes en ny styrelse, innan dess hade fullmäktige även beslutat att utöka styrelsen till nio ledamöter. Nyvald till styrelsen är Jenny Berggren från Linköping.

Årets examinator: Alexei Trina Velasquez, Anna Johansson,

Anne Sjögren, David Ojalvo, Emelie Strannberg, Erik Johansson, Fredrik Berntsson Semb, Harald Friberger, Heevy Al-Chaqmaqchi, James Hill, Johanna Hermanson, John Berglund, John Cederqvist, Karin Hultgren, Kristina Rosén, Lana Hebib, Liidia Busina, Linda Sjörs, Malin Öborn, Masoud Kalantari, Mattias Widmark, Max Österlund, Mohammad Oskooi, Märten Leijon, Nazia Bergman, Nils Hernström, Rut Skärby, Samuel Tegmyr, Sara Fernberg, Soroush Hejazi, Åsa Steensland. Examinator som ej kunde närvara på kongressen: Cheung Tang, Josefin Stuart-Beck, Caroline Nyberg, Nils Lundgren, Ulrika Holmqvist



Årets handledare: Hans Brandström, Vårdcentralen Wisby Söder.



Årets uppsats: Ökad kontinuitet i primärvård är associerad med minskad belastning på sekundärvård i Norden av Samuel Tegmyr, Uppsala



Årets lejon är en person som verkligen brinner för allmänmedicin och som har gjort stora insatser för SFAM och allmänmedicinen både under året som har gått och tidigare.

Hon är kreativ och energisk, och har ett stort engagemang för rättvis och jämlik vård med extra fokus på gruppen utlandsfödda kvinnor. Detta engagemang visar sig bland annat i de medborgardialoger som hon tagit initiativ till, där hon pratar om olika aspekter på hälsa med invånarna i lokalsamhället. Hennes entusiasm har smittat av sig på kolleger som nu också har börjat engagera sig i detta viktiga jobb.

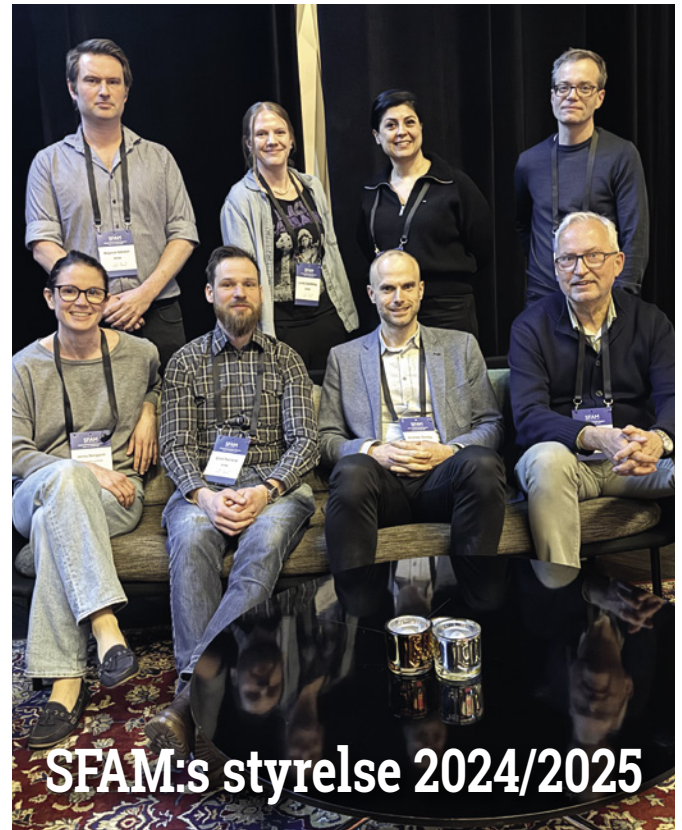
Hon har en förmåga att formulera alla sina sprudlande idéer i tydliga och enkla budskap både till kolleger och till allmänheten via debattartiklar och på sociala medier. Hon är också bra på att entusiasmera kolleger och studenter på vårdcentralen.

Hon tog initiativ till den tävling som SFAM ordnade där vi samlade in bidrag för att hylla allmänmedicinen och hon har skapat hashtaggen #tillsammansförallmänmedicin för att man enkelt ska kunna ta del av alla fina saker som finns med vår specialitet.

Dessutom har hon varit en mycket uppskattad och sammanhållande ordförande för SFAM-Q. Och nu får vi förmånen att ha med denna fantastiska person i vår styrelse.

Årets lejon är Jenny Berggren.

Text och foto: Jens Halldin



SFAM:s styrelse 2024/2025

Stående från vänster: Magnus Isacson (ordförande), Linda Sandberg, Panteha Hatefi (kassör) och Andreas Thörneby. Sittandes från vänster: Jenny Berggren, Emil Péclard (vice ordförande), Andreas Stomby (vetenskaplig sekreterare) och Anders Lundqvist (facklig sekreterare). (Åke Åkesson – ej med på bilden.)

Välkomna till Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2025 Stockholm 7-9 maj!

Följande text har skrivits av Jan-Eric Olsson som är pensionerad allmänläkare och studie- rektor. Han har även tonsatt och gjort en musikvideo till texten.

Den kan ses och höras via länkar och QR-koderna nedan:

<https://sfam.se/tidskriften/>

www.youtube.com/watch?v=fROyTkoJ0hM



En sång för allmänmedicin

Det Hippokrates har sått,
det har fallit på vår lott
Ett tvåtusenårigt arv som har blivit vårt
På läkekunst och evidens,
bygger vi vår kompetens
Och – i SFAM kan vi hjälpas åt

Hosta, värk och allergi
Sånt är många sjuka i
Finns det tider kvar idag?
För det är akut!
Både illness och disease
Ska vi fixa på nåt vis
För- att hjälpa dom att stå ut

Med kontinuitet och helhet,
vi knyter våra band
Lär dina "F" så är saken klar –
då får du väl alla svar?

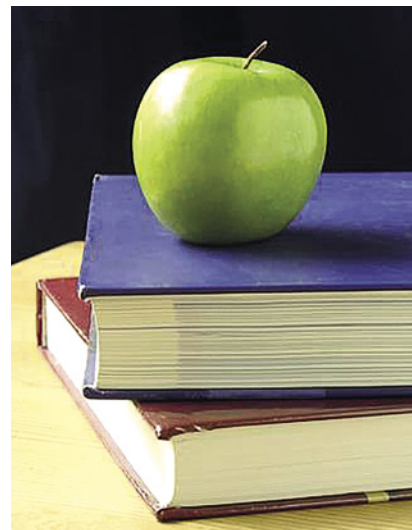
Finns den bästa terapin
Inom Allmänmedicin?
För med väpnad expektans
ger vi tiden chans
Men det gäller att förstå
när det åt helsicke kan gå –
för – då ringer du ambulans

Text och musik: Jan-Eric Olsson 2024, janericleonard.olsson@gmail.com



Call for abstract – välkommen att presentera ditt förbättringsarbete!

Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården firar 20 år!



Torsdagen den 21:a november 2024 • Plats: Svenska Läkaresällskapet Stockholm • Arrangeras av: Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAMQ

Dagen är en mötesplats för kvalitets- och utvecklingsintresserade medarbetare och chefer inom primärvården.

TEMA:

*Patientdelaktighet – Patienten som medskapare i det egna mötet och i vården generellt.
Patientsäkerhet – "back to basic" – vanliga fallgropar och tips.*

Fokus ligger som vanligt på att dela med oss till varandra av våra erfarenheter och därför ser vi fram emot att du kommer och presenterar ditt projekt!

Projektet kan vara verksamhetsnära, litet eller stort. Projekt i samband med studier t.ex. ST-projekt, C- och D-uppsatser är också mycket välkomna. Alla yrkeskategorier är välkomna. Erfarenheter av mindre lyckade projekt är också viktiga att förmedla så att andra kanske kan undvika samma fallgropar. Ditt/ert bör projekt vid presentationen vara genomfört och helst även utvärderat. Du/ni håller en presentation på 15 minuter följt av 5 minuter för diskussion och frågor. Välkommen med Ditt bidrag!

Skicka in ditt bidrag senast 16:e juni 2024, via QR-koden till höger.

För mer info se <https://sfam.se/foreningen/kvalitets-och-patientsakerhetsradet-sfam-q/>



Har du frågor? Kontakta din närmaste SFAMQ-representant:

Jenny Berggren (ordf)	Östergötland	jenny.berggren@capiro.se
Rita Fernholm	Stockholm	rita.fernholm@gmail.com
Eva Arvidsson	Jönköping	evaarv@gmail.com
Fredrik Berntsson Semb	Dalarna	fredrik.semb@regiondalarna.se
Marek Czajkowski	Dalarna	marek.czajkowski@regiondalarna.se
Cornelia Brusmark	Jämtland Härjedalen	cornelia.brusmark@regionjh.se
Naldy Parodi Lopez	Västra Götaland	naldy.parodi.lopez@vgregion.se
Elisavet Pataridou	Blekinge	expatarid@gmail.com
Ulrika Elmroth	Jämtland	ulrika.elmroth@skl.se
Camilla Berggren	Stockholm	cberggren2010@hotmail.com
Magnus Isacson (styr, repr)	SFAM	magnus.isacson@sfam.se



MOD, RELATIONER & HÅLLBARHET

Det kommer bli bra



ST-DAGARNA
9-11 oktober 2024
Nyköping

VÄLKOMMEN TILL ST-DAGARNA 2024

Den nationella SFAM-kongressen för Sveriges blivande specialister i allmänmedicin anordnas i år i Nyköping. Den 9-11 oktober samlas flera hundra ST-läkare från hela landet för att lyssna till inspirerande föreläsningar, delta i seminarier och gemensamt diskutera hur vi tillsammans genom att arbeta med mod och att bygga relationer uppnår hållbarhet för oss själva, våra patienter och samhället. **Passa på att boka ditt deltagande innan sista maj**, från och med 1 juni gäller ordinarie avgift.



Fr. v. Ludvig Cokorilo ST-läkare i Allmänmedicin VC Bagaregatan, Anna Berg Specialist i allmänmedicin Vårdcentralen Bagaregatan och Stina Schell Specialist i Allmänmedicin VC Bagaregatan och Ordförande SFAM Sörmland

ST-dagarna kommer att hållas i Nyköping den 9-11 oktober och vi ser så mycket fram emot att få välkomna er till vår hemstad och Region Sörmland. Vi har ett spännande program framför oss med föreläsare från Sörmland, Sverige och andra delar av Europa. Vi ser även mycket fram emot de kvällsaktiviteter som planeras som teaterquiz, middag och att få dansa långt in på natten med kollegor från hela Sverige.

Hur är det att arrangera en kongress?

Det är roligt för man får insikt i hur många kloka och duktiga kollegor vi har runt om i landet som har viktiga saker att säga. Sen är det spännande att få vara med och påverka debatten genom att fokusera på vissa av dessa områden. Det är en del arbete, men man får mycket tillbaka.

Vilka områden känns viktiga att få lägga fokus på tillsammans med ST-läkare från hela Sverige?

Vi i arrangörgruppen vill ingjuta mod och hopp till våra deltagare. Vi tror att det går att bygga en riktigt bra primärvård om vi vågar vara med i debatten och vara med och prioritera vad vården ska fokusera på bortom vårdprogram och riktlinjer.

Vi vill kunna erbjuda en bra vård för våra patienter och bra arbetsförhållanden för oss själva. Därför kommer vi genom föreläsningar och debatter lyfta viktiga ämnen som choosing wisely, funktionella symptom, övervikt, social prescribing med mera.

Varför ska man gå på ST dagarna?

För att det kommer att ge en riktig energi-injektion till deltagarnas arbetsvardag, men också för att viktiga ämnen kommer att diskuteras och man vill vara med i den debatten. Sen kommer man förhoppningsvis att lära sig en massa nya saker.

Hur vill ni att det ska kännas för deltagarna efter tre dagar på plats i Nyköping 9-11 oktober?

Vi hoppas att man kommer att åka häri från alldeles fylld av inspiration, hopp och förtröstan inför sitt egna arbete. Vi hoppas också att man har fått träffa en massa nya och gamla kollegor från hela landet och fått utbyta idéer som leder till spännande projekt framöver. Kanske att man kan ordna ett utbyte med någon som jobbar någon annanstans i landet.

Läs mer och anmäl dig på hemsidan stdagarna.se



När marknaden fick ta över samhällsplaneringen

Anna Gustafsson är journalist på Dagens Nyheter och arbetar sedan flera år med att bevaka sjukvården. Hon har nu skrivit en bok om vårdvals-reformen. Andreas Thörneby har pratat med henne om boken. Han recenserar den även på sidan 54.

Varför valde du att skriva om vårdval?

– Jag har bevakat sjukvården sedan 2015 när jag började på DN. När jag och Lisa Röstlund granskade NKS (Nya Karolinska Sjukhuset) var det många som reagerade positivt, men som samtidigt menade att ”det räcker inte, ni måste skriva om vårdvalet också”. Det hade jag då redan gått och tänkt på. Ämnet tog ändå tid att ge sig på, bland annat för att det är en så enorm ideologisk motsättning i frågan, särskilt i Stockholm. Det har funnits en beröringskräck hos de stora redaktionerna eftersom man inte vill att det uppfattas som att man tar politisk ställning.

– Vårdvalet är en av de största reformerna som genomförts i svensk sjukvård, och effekterna har inte utvärderats tillräckligt. Ämnet berör sjukvårdens fundament, vem som ska ha rätt till vård och hur resurserna skall fördelas. Det här är det viktigaste jag gjort faktiskt.



Det var ett antal utmaningar i vården som man sade att vårdvalet skulle lösa, men det fanns ingenting som egentligen talade för att det skulle ske.

Är du orolig över att boken ska avfärdas som en politisk partsinlaga?

– Nej, jag menar att man som journalist måste kunna granska och beskriva även ideologiskt motiverade reformer.

Mångas blodtryck höjs nog lite under läsningen.

– Det är bra om det berör, men jag är inte ute efter ilska. Jag är själv väldigt fascinerad av system och vill berätta hur det är. Jag har märkt att väldigt många inte förstår mekanismerna och hur det hänger ihop, inte ens initierade personer. Många bitar föll på plats under skrivandet.

Är du negativ till vårdval?

– Inte nödvändigtvis, men det är inte poängen. Det jag försöker göra är att undersöka det nuvarande vårdvalets effekter på gott och ont. Att genomföra något så stort utan konsekvensanalyser är ganska oansvarigt.

Det har väl också visat sig svårt att mäta utfallet av reformen på ett bra sätt; antal etablerade mottagningar eller antal besök avspeglar ju inte riktigt det man egentligen vill mäta?

– Nej, det är klart.

Vad tänker du om att olika forskare dragit delvis motsatta slutsatser om vårdvalets effekter?

– Karolinska Institutet fick landstingets uppdrag att följa upp vårdvalets effekter. I uppföljningarna som gjordes kom man fram till att läkarbesöken ökat mest i utsatta områden och en slutsats var därför att vårdval främjade jämlikheten. Att resurserna samtidigt minskade kraftigt i länets fattigaste områden, med så mycket som 25–30 procent, tonades ner. Att endast räkna besök utan hänsyn till tillgängliga resurser eller vetskap om besökens innehåll, och på så sätt dra slutsatsen att reformen var lyckad känns ganska långtgående.

KI:s uppföljningar är mig veterligt de enda som kommit fram till att vårdvalet verkat utjämnande inom sjukvården i Stockholm. Politiskt var det så klart ett välkommet besked.

Vilka är de viktigaste slutsatserna som du tror läsarna kommer att dra av din bok?

– Jag hoppas att man inser att reformen inte främst handlar om valfrihet utan om etableringsfrihet, vilket samtidigt inneburit att man överlätit samhällsplaneringen på marknaden. Och det är ju jättestort. I Norge och Danmark är det väldigt reglerat, stat och kommuner bestämmer. Det blev så tydligt att Sverige lämnat walkover.

– Det var ett antal utmaningar i vården som man sade att vårdvalet skulle lösa, men det fanns ingenting som egentligen talade för att det skulle ske. Det fanns en förhoppning om ökad kontinuitet, men faktum är att andelen svenskar med fast läkarkontakt idag är lägre än innan reformen. Inte heller fanns mekanismer för att komma tillrätta med bristen på allmänläkare eller den låga tillgången på vård i glesbefolkade områden.



Tvärtom gjorde energin man lade på införandet av vårdvalet att man inte orkade ta itu med huvudproblemen. Det fanns en stor naivitet.

Var det något som överraskade dig under granskningen?

– Det har blivit tydligare att vårdvalsfrågan inte främst handlar om privat/offentligt utan om styrningen; vem som bestämmer om resursfördelning, geografiskt och ekonomiskt. Det var en lättnad att komma fram till, eftersom det gör det möjligt för höger och vänster att mötas, till skillnad från i samtalet om privat vård och vinster.

– Det fanns förhoppningar och goda intentioner knutna till reformen, men också mekanismer man inte talade om. Ett slags försåtlighet, som bland annat visade sig i det medvetet förändrade språkbruket.

Om man sätter etiketten ”valfrihet” på reformen så är det svårt att vara kritisk mot den, även om kärnan egentligen inte är valfrihet?

– Ja. Det är genialiskt.

Men visst har vårdvalet även fört med sig positiva saker?

– Ja, för delar av befolkningen. Vårdcentralerna har ju blivit fler och för personer i storstäderna med enklare besvär har specialistvården blivit mer tillgänglig. För professionen har det också inneburit en större arbetsmarknad med flera aktörer.

– En central idé vid införandet var att vårdgivarna skulle konkurrera med kvalitet och att patienterna skulle välja vård utifrån kvalitetskriterier. Det fanns det exempel på inledningsvis, men sedan har det nästan helt försvunnit. Det finns väldigt lite möjlighet för patienterna att göra informerade val. Det är också väldigt komplexa val, inte som att byta mobiloperatör.

Har reformen gjort mer nytta än skada?

– Framför allt har reformen inte tagit tag i de stora utmaningarna. Man har lyckats med att skapa en vårdmarknad och vårdcentralerna har blivit många fler, men de har i hög grad uppstått där det redan fanns vård. Lagen har gjort vården mer

ojämlik geografiskt, och den tycks direkt ha missgynnat äldre, kroniker med mer än problem, och andra grupper med stora behov. Vårdvalet har bidragit till att göra vården mer splittrad runt patienten.

– Etableringsfriheten har också fått andra följder, till exempel öppnat för sättet på vilket nätläkarna kan få offentlig finansiering via utomlänsersättningen utan att det egentligen finns en beställning. Den snabba ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar hade troligen inte heller skett utan LOV, som var förutsättningen för att snabbt bygga ut en privat vårdmarknad.

– Samhällets kvalitets- och patientsäkerhetsansvar har till stora delar fallit bort, särskilt i specialistvårdvalen. Forskare pekar också på att valfrihetsreformer lägger över ett större ansvar på patienterna. Det gör patienterna väldigt utlämnade. Ett exempel som jag tar upp i boken handlar om den avreglerade hörselvården. Det etiska dilemma som uppstod när audionomerna tvingades bli försäljare framkom redan första året efter införandet. Patientorganisationerna protesterade till ingen nytta. Man pratade om vårdvalet som en reform för ökad patientmakt och ändå struntade man helt i patienterna i det fallet. Det är upprörande.

Så reformen har lyckats med vad den föresatte sig, men man kan diskutera om det verkligen givit de positiva effekter som man hoppades?

– Det fanns förhoppningar vid införandet, men också kritiska farhågor kring vad det skulle leda till. Dessa farhågor har i stort sett infriats. Samtidigt har trösklarna sänkts så att även oseriösa aktörer kunnat ta sig in i välfärden, vilket ingen tycks ha förutspått.

Går systemet att reparera genom att skruva på det?

– Mm, jag håller på att skriva om det. Jag tror att det kan gå. Men jag tror faktiskt att man i viss mån måste begränsa etableringsfriheten för att lyckas. Samhället måste återta visst ansvar för styrningen av resurserna, geografiskt och mellan olika behov.

Om det var alltför svårt att etablera sig före vårdvalet och alltför lätt nu, så kanske frågan är om man kan hitta en medelväg så att det vare sig blir Vilda västern eller Sovjetunionen?

– Haha, ja precis.

Vad hoppas du att din bok ska leda till?

– Jag hoppas att den ska bidra till en riktig debatt. Jag hoppas att motsättningarna ska kunna luckras upp. Jag är på riktigt bekymrad över den demografiska utmaningen och sjukvården. Vi måste våga prioritera. Utmaningarna kommer inte att övervinnas genom Sveriges med internationella mått extrema avreglering. Jag hoppas att man kan hitta ett sätt att enas politiskt, och lägga större tyngd bakom HSL:s ord om vård efter behov.

Jäv saknas.

Andreas Thörneby

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



Den snabba ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar hade troligen inte heller skett utan LOV, som var förutsättningen för att snabbt bygga ut en privat vårdmarknad.

Rapport från

Svenska psykiatrikongressen

Ar det meningsfullt för en allmänläkare att åka på psykiatrikongressen? Är det inte bara massa supersmala diskussioner om de senaste lovande biomarkörerna för diverse psykiatriska tillstånd? Eller vilka läkemedel som är bäst mot olika subtyper av psykos?

Ja, det kan absolut vara meningsfullt. Visst fanns det sådant som inte kändes relevant, men likväl fanns det en del matnyttigt för en allmänläkare. Upplägget liknade SFAM-kongressens, med många parallella sessioner och således mycket olika saker att välja på och därmed något för de flestas smak.

Även om anledningen till mitt deltagande var delaktighet i ett symposium om bättre vård vid funktionella besvär (som också kommer på SFAM-kongressen), kan jag rekommendera den som är intresserad av psykiatriska sjukdomar, men också den som är intresserad av mer filosofiska frågor och gränssnittet mellan illabefinnande hos friska och sjukdom, att åka någon gång.

Första dagen kändes fokuset på diagnoser, och att många presentatörer verkade ha en övertro på diagnosernas validitet, skrämmande. För en allmänläkare är det uppenbart att många psykiatriska diagnoser har stor överlappning och att gränserna, som i diagnoskriterier framstår som mycket tydliga och viktiga, inte alls är så tydliga i verkligheten och att korrekt diagnos inte alltid spelar så stor roll. Vad som kan vara hjälpsamt för patienten är en viktigare utgångspunkt. Men eftersom det bara går att välja en av många sessioner kan det varit otur med valen som låg bakom.

”

... kan jag rekommendera den som är intresserad av psykiatriska sjukdomar, men också den som är intresserad av mer filosofiska frågor och gränssnittet mellan illabefinnande hos friska och sjukdom, att åka någon gång.

Att många presentatörer på ett okritiskt sätt använde sig av det luddiga och överinkluderande begreppet ”psykisk ohälsa”, och inte gjorde skarp distinktion mellan psykiatrisk sjukdom och psykiskt illabefinnande kändes också problematiskt ur ett allmänläkarperspektiv. Det känns viktigt att vi i vården inte tar över samhällsnarrativet okritiskt. Friska med psykiskt illabefinnande är i stor risk för medikalisering, vilket riskerar att förvärra och befästa illabefinnandet. En salutogen normaliserande för-



klaringsmodell är oftast till större hjälp för dessa personer än att få en sjukdomsdiagnos.

I slutet av kongressen kunde jag dock konstatera att jag deltagit i många sessioner som ifrågasatte diagnossystemets uppbyggnad, diagnosers validitet och överinklusionen av normala variationer. Det gavs ett spännande exempel på nya sätt att tänka kring symtom och deras påverkan på livet, nätverksdiagnostik, som presenterades som en utgångspunkt både för att i kliniska möten hjälpa patienter baserat på problemområden i livet och inte diagnosberoende, men också för att i forskning studera ifall det går att hitta bättre sätt att beskriva diagnoser utifrån hur dessa problemområden korrelerar i så kallade nätverk, i syfte att få bättre validitet i diagnoserna.

Det diskuterades också ifall avgränsade kategorier, såsom diagnoser framställs i DSM-V eller ICD-10, borde ersättas eller kompletteras av ett mer flerdimensionellt synsätt. Det vill säga att låta perspektivet hur egenskaper eller kroppsliga förnimmelser fördelar sig i befolkningen på ett spektrum få ta plats. Flera sessioner, inte minst vårt symposium om funktionella besvär, utgick ifrån hur vi oavsett grad av problem, kan hitta ett hjälpsamt sätt att möta patienter.

Så i slutändan kändes även allmänläkarens behov av att problematisera hur vi hanterar diagnoser och risken med medikalisering av ett för människoliv normalt psykiskt illabefinnande åtminstone delvis uppfyllt. En reflexion är att många sessioner var ganska snålt tilltagna i tid, med för lite tid över till frågor och diskussion i slutet. Huruvida det i första hand ska beskyllas arrangören eller presentatörerna kan diskuteras. Om presentatörerna i större utsträckning hade lämnat plats för diskussion och frågor och inte bara hållit en envägskommunicerande föreläsning, så hade behovet av problematisering uppfyllts i högre utsträckning.

Jäv saknas.

Oskar Lindfors
Allmänläkare,
Järens hälsocentral,
Region Jämtland Härjedalen
oskarlindfors81@hotmail.com



En ny rapport ger mer kunskap om

allmänläkares hantering av medicinsk körkortslämplighet

Trafikmedicinska frågeställningar uppkommer i det kliniska arbetet på många olika vårdinrättningar och mottagningar inom sjukvården. Att bedöma när en patient inte är en säker bilförare är en svår och ibland känslig arbetsuppgift. Transportstyrelsen och dess föreskrifter lämnar inte heller några detaljerade riktlinjer, vilket kan innebära en stor variation i våra bedömningar.

För att få en bättre bild av vårt arbete med trafikmedicinska frågor skickades en webbenkät till läkare som arbetar inom disciplinerna allmänmedicin (besvarad av 379), rehabiliteringsmedicin (n=48), neurologi (n=47) och psykiatri (n=25) via yrkesföreningarna inom Svenska Läkaresällskapet. För allmänläkarna gjordes utskick via de lokala SFAM-föreningarna. Förutom en allmän del för alla läkarkategorierna fanns specifika frågor om den egna disciplinens praxis på området.

Resultatet har nu publicerats i en PM-serie från VTI (Statens Väg- och transportforskningsinstitut) [1]. Någon liknande undersökning har inte genomförts i Sverige sedan före sekelskiftet [2].

Läkares anmälan

Bland de läkare som svarat var andelen som någon gång gjort en anmälan om medicinsk olämplighet högst bland neurologer (100%) och rehabläkare (91%) medan 22% av allmänläkarna angav att de aldrig gjort en anmälan. När det gäller möjligheten att använda sig av muntlig tillsägelse att inte köra, angavs för samma discipliner andelarna 92, 93 och 50%. Andelen av alla psykiatriker som deltog var liten och deras svar antyder att de medicinska körkortsbedömningarna var mindre vanliga bland dem. De angav också mindre kunskap på området än de andra specialisterna.

En hög andel av alla läkarkategorierna angav att de visste var de kunde hitta föreskrifterna från Transportstyrelsen som reglerar området. I öppna svar angavs dock att man uppfattade myndighetens texter som "för juridiska" och man efterfrågade möjligheten till kollegial diskussion med läkare på myndigheten och tydligare och mer kliniskt användbara riktlinjer. Det framkom också att många saknade dokumenterade rutiner på den egna enheten samt att utbildningar på både ST-läkarnivå och för efterutbildning efterfrågas.



Trafikmedicinska mottagningar

De läkare som hade tillgång till mottagningar dit man kunde remittera komplicerade fall var positiva till den möjligheten. Det var tydligt att man där, utöver den medicinska lämplighetsbedömningen, också önskade få en bedömning av den praktiska körförmågan. Rapporten visar var det finns sådana specialiserade trafikmedicinska enheter, men de saknas i stora delar av landet. En majoritet av läkarna angav att de saknar tillgång till sådana och mer än 90% önskar sig tillgång till en sådan remissenhet.

Det framgår för varje läkarkategori vilken typ av sjukdomar man bedömer och vilka fall av efterfrågade intyg man är beredd att ta emot. Frågor som rör missbruk/beroende hänvisas ofta till andra enheter än de inom offentligt finansierad vård, likaså periodiska läkarintyg för förlängning av högre körkortsbehovigheter (buss, lastbil).

Etiska problem

Rapporten innehåller många citat från läkarnas öppna svar. Dessa berör de etiska problemen och svårigheten med att som läkare vara på patientens sida och att balansera detta mot allmänhetens krav att inte möta förare som är medicinskt olämpliga i trafiken. I denna del av texten finns en läsning som för varje allmänläkare är lätt att känna igen och många förslag på förbättringar och tips på hur man kan handskas med dessa frågor förs fram. Anhörigas roll, utbildningsbehov, provtagningar för alkohol och droger, företagshälsovårdens plats samt om var och av vem dessa bedömningar ska göras, är ämnen som diskuteras.

Sammantaget pekar rapporten på ett stort och levande intresse för frågan om medicinsk lämplighet för körkort och att detta ses som en betydelsefull del av den vardagliga vården hos allmänläkare.

Jäv saknas.

Lars Englund

Allmänläkare Jakobsgårdarnas vårdcentral,
Borlänge, Ordförande i Svensk Trafikmedicinsk
Förening (STMF)
englund1@telia.com

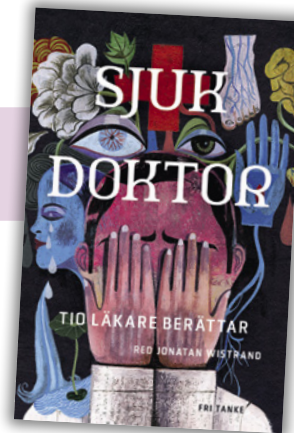


Referenser:

1. Helena Selander, Lars Englund, Per Henriksson; Läkarens hantering av medicinsk körkortslämplighet, En enkätundersökning, VTI PM 2024:5 Utgivningsår 2024, vti.se/publikationer. <https://vti.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1843299&cdswid=7345>
2. Johansson, Kurt, En granskning av läkarnas anmälningar av trafikfarliga sjukdomar, Trafikmedicinskt centrum, Karolinska Institutet, Stockholm, 2007.



Sjuk doktor: tio läkare berättar • Jonatan Wistrand • Förlag: Fri Tanke
• Utgiven: 2024-01-29 • Antal sidor: 175 • ISBN: 9789189732254



Sjuk doktor: tio läkare berättar

Med årens gång samlar jag på mig krämpor och sjukdomar som en växande bukett vissna blommor. Med spröda bruna blad. Efterhand helt torra stänglar. Sådant är livet för många av oss. Och inte är det länge sedan jag själv, på det stora sjukhusets hjärtavdelning, tilläts hämta mitt kaffe själv i korridoren efter ett par dygn fjättrad till rummets apparatur. Iförd en dosa kopplad till sladdar i regnbågens alla färger. Och ett par höga vita sockor med små gumminabbar under fotsulorna. Sådana som barnen brukade bära för att inte halka på förskolans plastgolv. I mitt fall slokande som hissade på halv stång.

Ja, nog hade jag själv kunnat skriva ett bidrag till antologin "Sjuk doktor" där tio läkare berättar om just detta. Att bli sjuk. Och att brottas in i djupa kroppen och själen med att förvandla sina identiteter som läkare till att bli patienter. En nog så utmanande uppgift.

Nu har emellertid denna nya antologi sett dagens ljus under redaktion av Jonatan Wistrand – läkare och forskare vid medicinska fakulteten i Lund. Han har tidigare författat en avhandling med samma tema [1]. Nu alltså gått vidare där han bjudit in hågade kollegor att skriva om sina egna upplevelser i anslutning till egna krämpor och sjukdomar.

Ett mycket vällovligt initiativ där flera saker förefaller gemensamma för våra kollegor. De flesta beskriver hur de nonchalerar även uppenbart allvarliga symtom hos sig själva. Här passerar halvsidiga förlamningar och andra märkligheter förbi som i förbifarten. Med resultatet att flera av dessa kollegor blir riktigt dåliga innan de, oftast motvilligt, accepterar att ta emot vård. En vård som dessutom upplevs som skrämmande och inte så tillitsfull som man skulle ha önskat.

Som förväntat visar det sig att vi har en förmåga att blanda samman våra roller, att läkaryrkets identitet gör att saker och ting både kan bli lättare ibland, men ofta svårare än om vi stod utanför vårt eget skrä. Det tycks verkligen, att döma av dessa essäer, vara något som gör att det kan bli väldigt svårt för läkare att klara den omställning det innebär att tvingas byta läkarrocken mot patientens anonyma pyjamas. Ett nog så välbekant, men sällan allvarligt diskuterat faktum.

Essäerna är genomgående välskrivna rakt på sak och begrip- ligen. Flera berör cancersjukdom. Ett par av dem utmattning och depressioner. I övrigt presenteras en blandad bukett, men märkligt nog ingen egentlig hjärtkärlsjukdom. En åkomma som jag annars hade förväntat mig skulle dyka upp i sammanhanget.

Nu spelar detta ingen roll. Det är processen som är intressant. Inte specifika diagnoser. Upplevelsen av att drabbas i allmänhet. Och helt specifikt vad detta gör för vår egen yrkeskår.

En allmänläkare beskriver sitt ryggelände under rubriken *När stålmannen fick ont i ryggen*. En titel som kunde rama in fler av essäerna eftersom de i hög grad kretsar kring högpresterande personer som lever outgrundligt sunda liv och uppenbarligen aldrig haft en tanke på att de själva skulle kunna drabbas. Ett par av berättelserna andas så mycket ilska, frustration och besvikelse att de blir mindre läsbara, men samtidigt illustrerar den förtvivlan och bitterhet som kan dyka upp i kölvattnet av en stukad karriär och brustna drömmar. Någon annan beskriver mer av sin egen förträfflighet, utan att ens komma nära den viktiga frågan om vad som egentligen sker då det kommer till att ömsa skinn för att bli patient.

Kanske kan vi se på saken som ett förnekande i en sjukdomskris där kampen för nyorientering många gånger tycks vara det allra svåraste. Överlag blir *Sjuk doktor* av naturliga skäl i hög grad just en berättelse om livskriser och våra såväl allmänmänskliga som yrkesspecifika svårigheter i sammanhang- et. Inte minst i fråga om den skam som flertalet av författarna beskriver. Ett faktum som jag personligen kan känna igen, men vars bakgrund tycks svår att fånga.

Detta är en viktig bok. Som gjord för att användas i samtal och egen reflektion för blivande och färdiga kollegor som önskar bevärna sig inför livets oberäknlighet liksom försöka förstå vad som specifikt kan behövas för att ta emot en annan läkare på mottagningen.

Jäv saknas.

Torsten Green-Petersen
Allmänläkare
Vårdcentralen Visby Norr, Gotland
tgp@telia.com

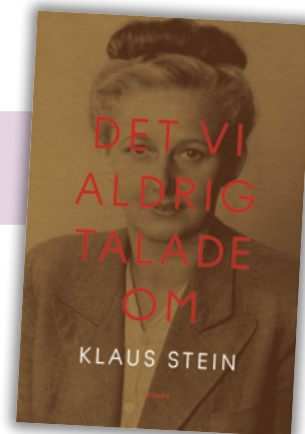


Referens:

1. Wistrand J. Läkaren som patient. Dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal. Lund: Lund University: Faculty of Medicine, 2019. 147 s. (Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series; 77) https://portal.research.lu.se/files/71566161/Jonatan_Wistrand_La_karen_som_patient_dokumenta_ra_och_littera_ra_vittnesma_l_under_1900_och_2000_tal_Kappan.pdf



Det vi aldrig talade om • Klaus Stein • Förlag: Fri Tanke
• Utgiven: 2023-10-11 • Antal sidor: 401 • ISBN: 9789189526792



Vemodigt om krigets ärvda trauman

Det här är inte en bok för den som skyr det tvetydiga. Gång på gång under läsningen tvingar sig frågan på mig, nästan mot min vilja: vad av detta har verkligen hänt och vad är fiktion? Vad är det för genre jag läser? Författaren utnyttjar denna ovisshet maximalt och gör den till ett budskap i sig. Det är inte tänkt att det ska vara tillrättalagt och entydigt. I stället är det som livet. Fullt av frågetecken, dissonanser och skavsår.

Allmänläkaren Klaus Stein flyttade från Tyskland till Sverige för många år sedan, och med *Det vi aldrig talade om* debuterar han med en berättelse som i mångt och mycket handlar om hans mormors öden under och efter andra världskriget. I slutet av boken förtydligas att det rör sig om en "litterär rekonstruktion". Stein blandar biografi och fiktion, historiskt och personligt, fakta och tolkningar, och resultatet är en smältdigel av livets mångahanda tragedier och sorger på alla möjliga nivåer – från individ till samhälle och politik via familj och släkt.

Stein visar hur krigets fasansfulla trauma inte upplöses i tomta intet när freden infinner sig utan att såren tvärtom kan fortplantas från en generation till en annan genom social smitta, ja, kanske även epigenetiskt? Under läsningen påminns jag om

att den holländska hungersnöden vintern 1944–1945 lämnat epigenetiska spår efter sig som än idag går att mäta: man har visat att prenatal exponering för hungersnöd är associerat med epigenetiskt påverkan av IGF2-genen sex decennier senare. Krigstrauman kan uppenbarligen ärvas på mer än ett sätt.

Det vi aldrig talade om är berörande och störande. Tankarna går osökt till några av vår tids många konflikter. När freden så småningom infinner sig i till exempel Ukraina kommer flera generationer därefter att på olika sätt påverkas av det Putin startade 2022. När man dröjer sig kvar i den tanken en stund börjar hjärtat värka. Det vemod Stein utlöser med sin bok är lika obehagligt som det är nyttigt.

Jäv: Bäckryd och Stein deltog 2016–2017 i Smärtläkarföreningens arbetsgrupp för utbildningsboken för specialiteten Smärtlindring.

Jäv saknas.

Emmanuel Bäckryd
Biträdande professor i smärtmedicin,
Linköpings universitet
emmanuel.backryd@liu.se



OM INGENTING FINNS KVAR, FINNS INGENTING ATT RÄDDA



SVENSKA LÄKARE
MOT KÄRNVAPEN

Krig tar människoliv. Men i krigssituationer kan modern sjukvård och läkare fortfarande rädda många. Vid ett kärnvapenkrig försvinner den möjligheten. Vid ett kärnvapenkrig försvinner alla möjligheter. Används kärnvapen står sjukvården maktlös. Hjälp oss se till att det aldrig händer.



Läs mer om oss på SLMK.org
Eller swisha en gåva som hjälper kampen mot kärnvapen

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL



Du sköna nya vård – Friska vinnare och sjuka förlorare • Anna Gustafsson
• Förlag: Mondial • Utgiven: 2024-01-26 • Antal sidor: 416 • ISBN: 9789180024242



Du sköna nya vård

– friska vinnare och sjuka förlorare

När Anna Gustafssons och Lisa Röstlunds bok *Konsulterna – kampen om Karolinska*, om införandet av managementkonceptet Värdebaserad Vård och turerna kring Nya Karolinska sjukhuset i Stockholm, publicerades 2019 slog den ned som en mindre bomb i sjukvårdssverige. I sin nya bok *Du sköna nya vård – Friska vinnare och sjuka förlorare* tar sig Anna Gustafsson an fenomenet vårdval, närmare bestämt införandet av obligatoriskt vårdval inom primärvården och frivilligt vårdval inom den specialiserade öppenvården. Utan att kanske innehålla riktigt samma element av intressekonflikter och egennyttas som *Konsulterna* är *Du sköna nya vård* en minst lika läsvärd djupdykning.

Den högintressanta bakgrunden till vårdvalets införande, manifesterad som Lagen om vårdvalssystem 2008, är väl beskriven i bokens första del. Härefter ger sig författaren i kast med den tuffa utmaningen att redogöra för vårdvalets olika konsekvenser. En nulägesbeskrivning och en framåtblick avslutar boken.

Kapitlen är lättlästa och har ett bra driv med riklig användning av cliffhangers vilket gör boken svår att lägga ifrån sig. Samtidigt kan man nog behöva ta läspausor ibland för att sänka blodtrycket (eller för att skrika rakt ut i frustration). Researchen är imponerande med mer än 30 tättskrivna sidor referenser till intervjuer, myndighetsrapporter, lagtexter, tidningsartiklar, och därutöver anonyma källor. Fakta varvas med personliga berättelser och exempel, vilka väcker intresse och sympati samtidigt som bevisvärdet för enskilda anekdoter förstås är mycket lågt.

De flesta kan nog skriva under på de politiska målen med vårdvalsreformen – ökad makt för den enskilda invånaren i kontakt med sjukvården, ökad effektivitet, högre kvalitet och kortare köer. Däremot gick, och går fortfarande, meningarna isär kring om metoden var lämplig och ändamålsenlig vilket framgår väl i boken. Många perspektiv ges utrymme. De utvärderingar som gjorts pekar också i helt olika riktningar, till synes delvis beroende på ideologisk hemvist, men det finns också praktiska problem. Hur kan man till exempel utvärdera effekterna på tillgänglighet? Eller utbud? Att räkna fysiska besök respektive antal nyetableringar är vanligt, men avspeglar förstås på inget sätt förändring i nytta (eller ”värde” för att referera till Michael Porters teorier) vare sig för den enskilda patienten eller för befolkningen.

Författarens gedigna framställning medger ändå några slutsatser. Målet att öppna upp för privat företagande är uppnått. Ett större utbud av vårdgivare finns nu tillgängligt, om än främst i storstäderna, och inom vissa områden är värdköerna kortare än tidigare. Samtidigt har kostnadskontrollen minskat, liksom möjligheten för samhället att sträva efter jämlik vård efter behov. Inom den specialiserade vården har vårdvalet inneburit problem för utbildningen av nya specialister och en ”omvänd kompetensväxling”, där de mest erfarna läkarna kommit att ta hand om den enklaste sjukvården och tvärtom.

Det blir i boken tydligt att införandet av vårdval baserades på politisk övertygelse, inte konsekvensanalys. Det skedde snabbt och storskaligt och utan möjlighet till systematisk utvärdering. Så här ett par decennier senare är det svårt att tro att det inte var meningen. Vittnesmålet om hur den politiska retoriken medvetet förändrades för att dölja de inneboende värdekonflikterna med reformen, till exempel att ”det inte finns någon konflikt mellan valfrihet och behovsstyrning” och att ”behov och efterfrågan är samma sak”, är intressant och lite sorgligt. Friskrivandet av eget ansvar går som en röd tråd genom processen. ”Vi har ingenting att skämmas för” är ett av många talande citat.

Anna Gustafsson har gjort ett gediget arbete, den samlade bilden som tecknas i hennes bok övertygar sannolikt de flesta. Att det som skulle bli en befolkningens valfrihetsreform i praktiken givit ökade kostnader, mindre jämlik vård och paradoxalt minskad valfrihet för stora delar av befolkningen blir inte begripligt förrän man inser att kärnan i reformen inte alls är invånarens fria val utan företagarens fria etablering. Annorlunda uttryckt: vårdgivarens möjlighet att välja, och välja bort, vissa geografiska områden och patientgrupper. Samhällsplaneringen har därmed överlåtits på marknaden, vilket den på många sätt visat sig oförmögen att hantera. Den här insikten är kanske den enskilt viktigaste i boken.

Jäv saknas.

Andreas Thörneby

Allmänläkare, Närhälsan Kinna Vårdcentral
andreas.thorneby@sfam.se



FAS UT 2024: att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling • Claes Lundgren
• Förlag: Studentlitteratur AB • Utgiven: 2023-11-02 • Antal sidor: 519 • ISBN: 9789144137735



FAS UT 2024:

att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling

Vem, född på 1900-talet, kommer inte ihåg Tore Skogman och låten Jämtgubben [1] från 60-talet? Refrängen innehöll bland annat:

*Nu vill jag ha medicin, medicin, medicin meddetsamma
Jag vill bli bra så jag kan höra dragspelsmusiken*

Sjukdomen han ville bota var förkylning. Den kom i en tid då framtidstron var oändlig, Sten Broman hade inte uttalat sig om dragspelsfilter på radion, vi skulle få flygande bilar och inte minst – medicin mot allt!

Flygande bilar, kanske, kommer och nyligen har WHO lanserat polypiller för hjärt-kärlsjukdom. Har vi nu nått Nirvana?

Nej, tiden är delvis emot oss med miljöproblem, ännu mer skvalmusik och en ökad medikalisering av livet. Det är inte särskilt svårt att sätta in behandling med läkemedel, utvärdera och fortsätta eller byta läkemedelsbehandling men, som det verkar, oerhört mycket svårare att avsluta behandling. Det här gäller inte bara beroendeframkallande läkemedel utan många olika preparatgrupper – antidepressiva, analgetika, hormonpreparat med flera. Ibland är det patienten som motsätter sig utsättning, ibland är det förskrivaren.

Claes Lundgren har nu publicerat fjärde versionen av FAS UT, en bok om att utvärdera, ifrågasätta och varsamt avsluta läkemedelsbehandling. Han har skrivit den i samverkan med ett flertal läkemedelskommittéer. Tanken är nu att återkommande uppdatera boken med nyheter inom området.

Boken är didaktiskt väl uppbyggd med en kort och upplysande introduktion. Därefter följer genomgång av ett flertal preparatgrupper i egna kapitel.

Varje läkemedelsgrupp har en systematisk belysning avseende indikation, effekt, kontraindikation, varning, interaktion att se upp med, biverkningar, kognitiv påverkan, dosering, utvärdering, alternativ att fundera över, utsättning, aspekter i palliativ fas och övrigt.

Som synes, mycket att läsa för varje preparatgrupp men också mycket nyttigt, och samlad, information.

Han tar upp relevanta studier eller rekommendationer (till exempel från SBU) på ett lättillgängligt sätt för varje grupp, vilket redan i sig manar till eftertanke om nyttan. Interaktioner

är sammanfattade för varje grupps särart, så att en slipper slå i FASS för varje enskilt läkemedel. Jag uppskattar också speciellt avsnitten Alternativ att fundera över. Det är ofta en komprimering av helheten för ett symptom- eller sjukdomsområde, där läkemedelsbehandling kanske inte alltid är av godo eller det mest adekvata. Positivt är också den speciella belysningen av hänsyn som måste tas i den palliativa fasen.

Det här är ett utmärkt komplement till vårdcentralens bibliotek; att slå upp i vid behov, som inslag till interna diskussioner och som bidrag till handledning av såväl studerande, sjuksköterskor och ST-läkare.

Min enda önskan är att den skulle vara tillgänglig elektroniskt, och integrerad i journalsystemen.

Jäv saknas.

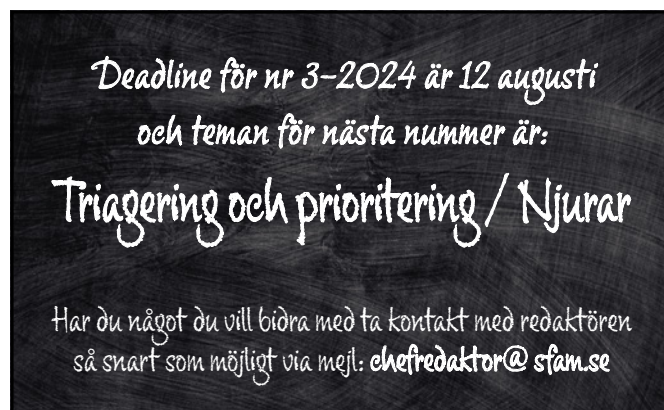
Anders Beckman

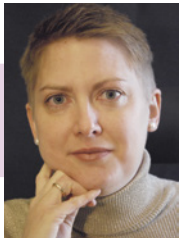
Allmänläkare, docent i allmänmedicin,
Region Skåne, Lunds Universitet
anders.beckman@med.lu.se



Referens:

1. https://youtu.be/WV2jJyuKZ60?si=s_TFL5L4rYL3c3mL





Makt och privilegier i psykoterapi • Malin Fors, legitimerad psykolog, specialist i klinisk psykologi och psykoanalytiker • Förlag: Studentlitteratur AB
• Utgiven: 2020-12-21 • Antal sidor: 245 • ISBN: 9789144138084



Makt och privilegier i psykoterapi

Det råder omotiverade skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Som människor påverkas vi av normer och fördomar, oavsett om vi vill eller inte. Fördomar försvinner inte helt bara genom utbildning och en påfrestande situation kan locka fram fördomar hos oss alla. Dålig moral projiceras ofta på minoritetsgrupper och social makt som exempelvis klass, kön, etnicitet, sexualitet, funktionsvariation och ålder påverkar interaktionen i möten mellan människor. Möten mellan sjukvårdspersonal och patienter utgör här inte något undantag. Malin Fors har skrivit en mycket lärorik och användbar bok som bjuder på teori och praktiska tips kring hur makt och privilegier påverkar oss i möten med olika patienter och hur vi kan arbeta för att öka vår normkritik och normmedvetenhet. Min enda kritik mot boken är dess titel som antyder att innehållet är förbehållet psykoterapi. Jag anser att boken är användbar för majoriteten av mellanmännsliga möten, men kommer använda mig av bokens benämning ”terapeut” där jag avser sjukvårdspersonal/behandlare.

Malin Fors presenterar ”relativa privilegiers matris”, som utgår ifrån fyra centrala möjligheter:

1. Likheter i privilegier
2. Privilegier i terapeutens favör
3. Privilegier i patientens favör
4. Likheter i icke-privilegier

Inget förhållande är att föredra, då alla kan förlöpa på mer eller mindre bra sätt. Slutsatsen är att vi behöver göra oss medvetna om vilka förhållanden som råder i varje unik situation och tidpunkt och hur detta påverkar oss.

Situationen när både terapeut och patient tillhör en minoritet antas ofta vara oproblematisk, men grundar sig på en felaktig uppfattning att alla som befinner sig utanför ”normen” är lika. Likaså beskrivs ofta likheter i privilegier som en situation då vi inte behöver adressera makt och privilegier. Men att läsa in att det inte finns någon maktskillnad och betrakta den andre som helt jämbördig avseende privilegier och makt gör oss också sårbara, exempelvis genom att vi blir blinda för en patients egentliga problematik.

Sammanfattningsvis går vi inte säkra någonstans utan måste i alla situationer upprätthålla en medvetenhet om relativa

skillnader i privilegier och om var vi har våra egna blinda fläckar. Boken innehåller även användbara tips hur vi kan bemöta rasism och annan diskriminering hos patienter, kollegor och hos oss själva.

Jag har haft stor nytta av boken, dock är läsningen inte enbart njutbar. För ju mer vi utforskar ämnet, desto fler, inte färre, brister upptäcker vi. Men viktiga insikter kommer ofta med ett obehag. Vägen mot en mer medveten version av mig själv kräver att jag vågar och står ut med att öppna till och kliva in i de minst smickrande tankerummen i mitt inre. Väger du?

”Även om vi arbetar för att förändra världen till det bättre, är denna idealiska destination långt borta. Under tiden måste vi göra vårt bästa för att reparera, revoltera och förlåta.”

Jäv saknas.



Jenny Berggren

Allmänläkare Capio vårdcentral Berga, Linköping
jenny.berggren@capio.se

90 ISVENSK
INSAMLINGS
KONTO | KONTROLL

HJÄLP MÄNNISKOR I NÖD

Bli månadsgivare på lakareutangranser.se


MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER



Silkesbadet • Agmall Sarwari • Förlag: Wahlström Widstrand
• Utgiven: 2024-02-02 • Antal sidor: 292 • ISBN: 9789146240013



Invandraren och allmänläkaren

S*ilkesbadet* är den 42-årige allmänläkaren Agmall Sarwaris debutroman. Den beskriver arbetssituationen för en distriktsläkare (Asad) och är ovanlig i den svenska skönlitteraturen, men desto vanligare allmänläkarkollegor emellan.

Romanen handlar till större delen om pappan Baba och hans familj som lämnar Afghanistan när Asad är liten. Pappan finner sig aldrig riktigt tillfreds i Sverige och längtar till att odla mullbärsträd i sitt hemland. Berättelsen om familjen i Sverige känns dokumentär och nyanserad. Öppen rasism hos svenskar är ovanligt, men tillhörigheten infinner sig inte. En stor förlovningsfest för Asad och hans svenska Sara gestaltas fint och ger författaren tillfälle att berätta om hur många invandrarbarn ”drivit genom det svenska utbildningssystemet bärande på föräldrarnas förlorade öden; många hade valt att bli läkare, tandläkare, farmaceuter, jurister ...”

Asads uppväxt ger en annan tillhörighet än pappan Baba till det nya landet och han utvecklar en vilja att hjälpa människor. Han lyckas utbilda sig till läkare. Under de första två tredjedelarna av boken är interiörerna från den svenska vården få, det handlar huvudsakligen om familjens väg in i det svenska samhället.

Vi förstår dock tidigt att Asad hamnat på en vårdcentral där läkarna slutar och där den relativt oerfarne läkaren snabbt blir medicinskt ansvarig medan chefen sitter i möten för att expandera verksamheten.

Asad arbetar i en sjukvård där privatiseringar blir legio och där medicinskt komplicerade, eller bara besvärliga patienter, sorteras bort i ett system som prioriterar en åkomma i taget. Asad väljer att flytta från den större staden till Borås och en offentlig vårdcentral. Arbetssituationen blir tilltagande pressad när kollegorna slutar och verksamhetschefen ändå pressar på: ”Förresten tar ni för få patienter, jag minskar årskontrollerna till tjuugo minuters läkarbesök istället”. Asads idealism pressas allt hårdare.

Det finns en parallellitet mellan faderns tilltagande vantrivsel och så småningom återvändande till hemlandet och sonens tilltagande trötthet och desperation. Det är liksom två utopier som krockar för fadern och sonen. Det Sverige som inte gav Baba det han trodde och den dröm Adas hade att som allmänläkare hjälpa människor.

Berättelsen växlar mellan dokumentärt lunkande och plötsliga utbrott, bådadera hantverksmässigt goda, men skulle kanske behöva en mer bärande gestaltsidé som jag ser att författaren är mäktig.

Sarwari beskriver ett mindre antal patientmöten på ett insiktsfullt och medicinskt intressant sätt som jag kan känna igen. Där är berättelsen trovärdig och angelägen. Mycket fint skriver han om ”språkets pensel inte fick fram nyanserna” hos patienter som inte hade svenska som förstaspråk. Doktorn har då två val; bagatellisera och

kalla symtomen kulturellt betingade eller beställa en extra undersökning för att inte missa något allvarligt.

Den mycket berättigade kritiken mot fragmentiseringen av vården är lite slängigt beskriven och blir mer av debattinlägg som bryter illusionen av hur Asad har det som läkare.

Den del av boken som handlar om allmänläkarjobbet beskriver till slut en tillvaro som distriktsläkare som i längden är omöjlig. Trovärdigheten i den tillvaron är förvisso en verklighet för många allmänläkare men inte en nödvändighet. Jag hoppas Sarwari återkommer i ämnet.

Jäv saknas.

Björn Landström
Allmänläkare, Närhälsan Tidans vårdcentral,
Skövde, Skaraborgsinstitutet för
forskning inom hälso- och sjukvård
bjorn.landstrom@skaraborgsinstitutet.se





Det mörka rummet – om migränens historia och jakten på lindring

- Celia Svedhem • Förlag: Natur & Kultur • Utgiven: 2023-09-08
- Antal sidor: 173 • ISBN: 9789127182455



Det mörka rummet:

om migränens historia och jakten på lindring

Vad är smärta? Vi har nästan alla upplevt någon form av (benign) smärta, nästan hälften av befolkningen säger sig ha återkommande eller långvarig smärta, vanligast hos äldre och kvinnor.

Även om smärta i stort är en gemensam erfarenhet är smärta något väldigt individuellt, svår att mäta och jämföra. Inte bara smärtan i sig med alla sina lokaliteter, modaliteter och intensiteter, utan kanske framför allt vad som skulle kunna betecknas som metaupplevelser. Med det menar jag den oro, ångest och ibland existentiella påverkan som smärta och rädsla för smärta kan ha. Men också den eufori som kan infinna sig när smärtan plötsligt försvinner.

Migrän är en vanlig orsak till smärta, runt 15% av befolkningen lider av migrän. Vanligast i arbetsför ålder och ungefär dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män (förutom specialvarianten Horton som är vanligast hos män). Det är alltså vanligare än diabetes mellitus (cirka 5%) och enligt WHO är migrän den tredje vanligaste orsaken till funktionsbortfall i världen. Trots att det är en vanlig, kronisk sjukdom som kan ge stort lidande för individen och produktions- och inkomstbortfall, vittnar patienter om svårigheter att få adekvat hjälp i sjukvården.

I den växelvis personliga och populärvetenskapliga *Det mörka rummet*, får vi följa Celia Svedhems resa med migrän. Det

är intensiv smärta, inhiberat liv och svårigheter att få hjälp i sjukvården. Hennes berättelse illustrerar väl det helvete som migrän kan ge och hur rädslan för smärtan blir som salt i såret. I Celias fall reglerar migränen livet så mycket att hon säger upp sig från arbetet som psykolog och börja arbeta med distanskonsultationer, allt för att kunna styra livet utifrån sina smärtanfall. Läsaren får också följa hennes väg i sjukvården, hur hon trots allvarliga, handikappande besvär har svårt att få hjälp.

Det är en drabbande berättelse som ger insikter och förståelse för den som inte själv har upplevt svår migrän. Här finns inget lyckligt slut, men väl en lindring som ger ett bättre liv. Boken stämmer också till eftertanke om hur vi i sjukvården bättre kan möta patienter med svår migrän.

Jäv saknas.

Anders Beckman
Allmänläkare, docent i allmänmedicin,
Region Skåne, Lunds Universitet
anders.beckman@med.lu.se



När du swishar behandlas dina uppgifter av Röda Korset. Läs hur på rodakorset.se/personligintegritet

90 ISVENSK
INSAMLINGS
KONTO KONTROLL

Hjälp drabbade av konflikten i Palestina och Israel.



Swisha 123 665 28 95



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@regionstockholm.se

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

Julia Gitcho
julia.gitcho-norrstrom@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

Anna Tomczyk
anna.Tomczyk@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 500 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

Ansvärg utgivare
 Ingvar Krakau
 Akademiskt primärvårdscentrum, Sthlm
 ingvar.krakau@ki.se

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



🌸 Kalendarium



2024

Juni
NCGP 2024
 11-14.6, Åbo, Finland

September
29th WONCA
Europe Conference
 25-28.9, Dublin, Irland

Oktober
NAKKA-dagen
 3.10, Stockholm

ST-dagarna
 9-11.10, Nyköping

November
20:e Nationella Kvalitetsdagen
för Primärvården
 21.11, Stockholm

2025

Mars
Svenska psykiatrikongressen
 12-14.3, Göteborg

Nationell Balintkonferens
 Månadsskiftet mars/april, Lund

Maj
Svensk Allmänmedicinsk
Kongress 2025
 7-9.5, Stockholm

European General Practice
Research Network (EGPRN)
 15-17.5, Göteborg

September
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

Utgivningsplan för 2024

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
3	12.8	2.9	7.10	Triagering och prioritering / Njurar
4	4.10	4.11	9.12	AI / Ungdomsmedicin

SFAM:s kansli

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

Isabelle Körner Johnsson
 isabelle.korner.johnsson@sfam.se

Heléne Sward
 helene.sward@sfam.se,
 Tel: 070-522 52 21

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

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Följ SFAM på



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.