

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2024 ÅRGÅNG 45



Prioritering
Njurar

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Prioriteringar kräver klokskap**
Panteha Hatefi
- 3 **Om detta måste vi tala**
Jens Halldin
- 4 **Manifest för en tidsenlig syn på läkares professionalism**
Henry Egidius
- 6 **Inte antingen eller utan både och**
Andreas Thörneby
- 8 **En kollegial uppmaning**
Ulf Måwe
- 9 **Prioriteringar i primärvård – vi kan leda vägen för sjukvården**
Oskar Lindfors och Minna Johansson
- 10 **Den publika hälsofloden – the true story**
Oskar Lindfors och Minna Johansson
- 12 **Tidig cancerupptäckt i primärvården – balansgången mellan nytta och risk**
Elinor Nemlander
- 14 **Skydda njurarna!**
Elisabeth Wolpert
- 18 **Ett autentiskt patientfall: Är det njursjukdom eller inte?**
Anna Hallert
- 20 **Om vi inte skyddar njurarna – njurersättande behandling**
Anders Fernström
- 22 **E-hälsa i behandling av högt blodtryck i primärvård**
Ulrika Andersson
- 26 **Hur ska vi tänka när vi möter patienter med långvariga trötthets-tillstånd? Kunskap från en artikel med en omprövande analys**
Jörgen Malmquist och Lars Englund
- 29 **Årets allmänläkare i Dalarna**
Filip Sundal
- 30 **Rapporter från Nordiska kongressen och Almedalen**
Magnus Isacson
- 33 **Stort fokus på hållbarhet på NCGP 2024**
Dåvid Ojalvo
- 36 **Lejonen visar vägen**
Anna Flod
- 44 **En allmänmedicinens nestor – Gustav Haglunds koffertar berättar**
Bengt Järhult
- 48 **– Det handlar om hur vi behandlar varandra Ett samtal med Agmall Sarwari**
Linda Ångeby
- 50 **Kongressen ur en metaforskarens perspektiv**
Marek Czajkowski
- 52 **Primärvård som nav i vården Begrepp och ord i planeringen av framtidens vård och omsorg**
Henry Egidius
- 55 **Sigvard Mölsta till minne**
Katarina Hedin, Malin André, Birgitta Hovelius, Helena Kornfält Isberg, Christer Norman och Mia Tyrstrup
- 56 **Allmänmedicin på Sri Lanka**
Celestina Wiberg
- 58 **Jag skulle aldrig gå en konsultationskurs!**
Malin Lagerberg
- 60 **Den farliga sjukvården – medicinkritik-symposium i Uppsala**
David Gyll
- 61 **Döden har ingen kalender**
Christer Petersson
- 62 **Psykatrihistoria för allmänläkare**
Björn Landström
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema: Prioritering ■ Tema: Njurar
■ Klinik & forskning ■ Blandat ■ Utbildning & Fortbildning ■ Recensioner



Omslagsbild AllmänMedicin nr 3-2024

Njursten manifesterar sig i smärta till skillnad från nedsatt njurfunktion som inte känns alls. I min kliniska vardag tycker jag inte nedsatt njurfunktion varit något stort problem.

Så jag tycker faktiskt pådraget kring njursvikt som den dolda folksjukdomen varit av en karaktär som fått mig att undra vem som ska tjäna pengar på det.



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

Prioriteringar kräver klokskap

Värderingar i samhället och prioriteringar i sjukvården påverkar liv och hälsa. Begränsade resurser kräver prioriteringar, aktiva beslut om rangordning från vad som är viktigast till vad som inte kan göras alls och sedan en medveten omfördelning av resurser med högre tillgång upp i hierarkin. Vi har i Sverige för snart tre decennier sedan beslutat att resursfördelning i offentligt finansierad sjukvård ska baseras på ett etiskt förhållningssätt, sammanfattat i den så kallade prioriteringsplattformen, där principer om människovärde, behov, solidaritet och kostnadseffektivitet ska vara styrande.

De ger uttryck för våra grundläggande värderingar. Vården ska vara jämlik, det vill säga alla ska ges lika villkor att uppnå god hälsa och för ett jämlikt hälsoutfall ska olika behov ges olika möjligheter till vård och behandling, där en del kan bli utan för att lämna företräde för de med större behov.

Men Riksrevisionen [1] och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [2] konstaterar att våra riktlinjer för prioriteringar har fått en relativt undanskymd roll i den statliga och regionala styrningen medan tillgänglighetssatsningar givits högre dignitet samt att våra beslutsfattare saknar adekvat underlag att kunna styra resurserna dit behoven är som störst - den behovsstyrda stadgeändringen i Hälso- och sjukvårdslagen är svår att spåra i verkligheten. Att införa God och nära vård med primärvården som nav i ett prioriteringsmässigt omoget sjukvårdssystem har därför lett till ofinansierade vårdöverskjutningar.



... våra beslutsfattare saknar adekvat underlag att kunna styra resurserna dit behoven är som störst ...

Trots att vårdcentralernas bågare sedan länge svämmat över, trycks det ständigt ut nya uppdrag. För att hantera detta ransonerar vi med våra begränsade resurser så att det ska räcka till fler, täcka delar av vårdbehoven. Vi höjer trösklar, skärper indikationer, sänker kompetenskrav, förskjuter insatser i tid och åtgärdar saker på distans med suboptimala beslutsunderlag. En känsla av frustration och otillräcklighet har cementerats när våra resurser inte används på ett ändamålsenligt sätt eller i samklang med våra etiska principer.

Motpolen är SKR:s Kunskapsstyrning som arbetar i dissonans med vårdvardagen, visioner med svag förankring. Svårapplicerbara riktlinjer med bristande vertikala och horisontella prioriteringar samt resursdrivande och kostnadshöjande ambitionshöjningar som tappat kontakten med vårdens kontext och

förutsättningar. Indikationer breddas och det jagas aktivt ett allt bredare patientunderlag, ännu friska medborgare ska omvändas till riskstämplade patienter. Vårdcentralerna ska ta ansvar för fler tillstånd, med lägre trösklar och högre ambitionsnivåer.



Modet och det sunda förnuftet blir allt viktigare.

Kraven och förväntningar blir större än vårdcentralernas förmåga och kapacitet, vilket ger oprioriterade undanträngningseffekter - inte bara av patienter med större vårdbehov men också av centrala delar i en utvecklande sjukvård såsom fortbildning samt tid för reflektion. Utan adekvat resurssättning förväntas systemfel kompenseras på lokal nivå, i varje individuell bedömning med svåra avvägningar som följd.

Tills prioriteringsprinciperna byggs in i sjukvårdens ryggrad behöver kunskapsstöden börja med att förenkla för vården att göra rätt, främst för de med störst vårdbehov - fokusera på de svårare tillstånden, lyfta insatser med mest patientnytta och vårdåtgärder med starkast evidens, så att vi kan använda våra begränsade resurser effektivt och klokt.

Vi behöver också nå samsyn kring vad som vi har resurser för att hantera inom sjukvårdens ramar. Vilken resursanvändning är rimlig i förhållande till åtgärdens nytta? Vad är alternativkostnaden, vad väljer vi bort? Vilka delar bör falla under egenfinansierad vård? Vilka mål nås med större kostnadseffektivitet via andra samhällsinsatser?

Modet och det sunda förnuftet blir allt viktigare. Kunskap behöver omsättas med klokskap och ett professionellt omdöme, kalibrering för att nå en balans mellan patientsäkerhet och hållbart arbetssätt. I mötet som vården sker i behöver vi också ha ödmjukhet för livet och vetenskapens begränsningar.

Panteha Hatefi
Kassör SFAM
panteha.hatefi@sfam.se



Referenser:

1. Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård, RiR 2004:9, https://www.riksrevisionen.se/download/18.78ae827d1605526e94b2d-de7/1518435507612/RiR_2004_9.pdf
2. Styra mot horisonten - Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar, Rapport 2020:7, <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-2020-7-Styra-mot-horisonten.pdf>

Om detta måste vi tala

Hans ögon är helt tomma. Han sitter som ett spöke mittemot mig. Den totala avsaknaden av hopp och lycka tar nästan andan ur mig. Jag har jobbat uppe mot 20 år i nordöstra Göteborg och jag har träffat hundratals patienter med olika krigstrauman. Men hans desperation, hans förtvivlan och sorg drabbar mig mer än något tidigare.



– Vi får inte låta normerna förflyttas inom det här området. Vi som hälso- och sjukvårdspersonal måste stå upp för vår rätt och våra kollegors rätt till skydd och säkerhet för att utföra sitt arbete. Om vi inte gör det riskerar vi att djupt mänskliga värden går förlorade.

Det är hösten 2023 och han har förlorat nära familjemedlemmar i Gaza. Det enda han har kvar är videofilmerna och fotona som han fått skickat till sig på de brända kropparna. Han vill att jag ska titta, kanske för att jag på något sätt ska kunna dela hans sorg. Eller hjälpa honom förstå det oförståbara.

Under tiden som har gått har bilderna på brända kroppar, bombade skolor och sjukhus blivit allt fler. För några veckor sedan kom rapporter om att en tio månaders pojke blivit förlamad av polio. Polio som inte funnits i Gaza tidigare, sprids nu på grund av den totala förödelsen.

I maj arrangerade Svenska Läkaresällskapet (SLS) tillsammans med Centrum för hälsokriser på Karolinska Institutet ett seminarium om attacker på hälso- och sjukvård i konflikter och krig. Fokus var på situationen i Sudan, Ukraina och i Gaza. Tobias Alfvén, SLS:s dåvarande ordförande, sammanfattade varför frågan är viktig, även för oss här i Sverige.

– Vi får inte låta normerna förflyttas inom det här området. Vi som hälso- och sjukvårdspersonal måste stå upp för vår rätt och våra kollegors rätt till skydd och säkerhet för att utföra sitt arbete. Om vi inte gör det riskerar vi att djupt mänskliga värden går förlorade.

Physicians for human rights presenterade i början på augusti en rapport [1] som visade att det sedan 7 oktober genomförts över 1 000 attacker på sjukvårdspersonal, patienter, sjukhus och annan sjukvårdsinfrastruktur i Palestina.

Globalt har det under samma tid skett ungefär 1 500 attacker enligt WHO:s övervakningssystem för attacker på sjuk- och

hälsovård [2]. Efter Israels attacker mot Palestina så följer Rysslands attacker mot Ukraina.

Detta är en svensk tidskrift för allmänmedicin. Är detta verkligen något vi ska skriva om? Av tusen olika skäl är just frågan om Palestina och Israel också extra känslig.

Mitt svar är i samma anda som Alfvéns citat – att detta måste vi tala och skriva om. Att höja våra röster när sjukvården angrips i Ukraina, i Sudan, i Gaza eller var än det sker, det är inte att ta ställning annat än för humanism och mänskliga rättigheter. På samma sätt blir tystnad faktiskt att lämna walk over, att riskera att, med Johan von Schreebs ord från samma seminarium, ”hamna i ett samhälle där vi inte vill vara”.

Jag kommer att göra det jag kan för att AllmänMedicin ska fortsätta vara en röst mot att förflytta normerna.

Med detta sagt, välkomna till AllmänMedicin nummer 3-2024. Detta numrets teman är Prioritering och Njurar. Skärningspunkten mellan dessa två teman sätter ljuset på en av de frågor som kommer att vara allt mer i fokus. Gränsen mellan medikalisering och att göra ”allt”. En gräns där vi säkerligen alla hamnar lite olika i vad vi tycker är rätt. Till detta kommer vi att återkomma.

Nästa nummer har teman om AI och om ungdomsmedicin. Deadline är 4 oktober. Alla bidrag, såväl kring våra teman, som om annat är välkomna.

God läsning.

Jens Halldin
Chefredaktör
chfredaktor@sfam.se



Referenser:

- <https://phr.org/news/1000-attacks-on-health-care-in-the-occupied-palestinian-territories-opt-devastate-health-system-demand-accountability-phr/>
- <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>

När du swisha behandlas dina uppgifter av Röda Korset. Läs hur på [rodakorset.se/personligintegritet](https://www.rodakorset.se/personligintegritet)

På plats och räddar liv i Gaza.

Svenska Röda Korset

Swisha din hjälp till 123 665 28 95



Manifest för en tidsenlig syn på läkares professionalism

Under andra hälften av 1900-talet kom man att få stora förhoppningar vid vetenskapernas förmåga att utforma ett rationellt samhälle. Idealstaten skulle förverkligas med ”social ingenjörskonst”. Vetenskaplighet skulle genomsyra hela samhället. Men universitet och forskningsinstitut skulle inte ensamma kunna klara av den uppgiften.

FoU – forskning och utveckling

Därför lanserades ett program som fick namnet Forskning och Utveckling, FoU, på engelska Research and Development, R&D, ofta med tillägget Dissemination, spridning av de nya kunskaperna och teknikerna.

Modellen var linjär enligt det rationalistiska sättet att tänka. Först forskning om fakta och samband, sedan produkt- och tjänsteutveckling och slutligen spridning och tillämpning i utbildning och verksamhet. Delvis och i vissa sammanhang kunde detta stämma.



Tvärtom insåg man att de flesta jobb kräver utveckling av tyst kunskap och tyst kunnande.

1960-talets humanistiska rörelse

På 1960- och 1970-talen kom en tillfällig motströmning, den humanistiska rörelsen. Man ville betrakta människan som en aktiv och kreativ varelse med lust och förmåga att ta ansvar för sina handlingar. I företagsvärlden kallades detta synsätt Teori Y, förankrat i den romantiska filosofin. Det motsatta synsättet kallades Teori X. Enligt detta är människan till sin natur passiv och i behov av påverkan utifrån för att agera, ett synsätt som var grundläggande i brittisk empirism och traditionell management, en filosofi som utgår från att allt som finns i individens psyke är inlärt.

Kompetensutveckling

Ett av dåtidens nyckelord var kompetens. Liksom man i den humanistiska psykologin såg personlighetsutveckling som ett självförverkligande, skulle förmågan att fungera på en post i samhällslivet eller arbetslivet vara ett resultat av individuell

kompetensutveckling. Man hade fokus på uppgifterna som skulle hanteras, inte på inlärd, teoretiska kunskaper om det som man sysslade med eller skulle kunna klara av att syssla med. Tvärtom insåg man att de flesta jobb kräver utveckling av tyst kunskap och tyst kunnande. Helt avgörande dolda förmågor som inte kan beskrivas i läroböcker eller instruktionspärmar.

Kompetensutveckling efter läkarexamen

I mitten av 1980-talet fick landshövding i Älvsborgs län, Göte Fridh, i uppdrag av regeringen att lägga ett förslag till den fortsatta utbildningen för läkare efter läkarexamen. För tiden efter AT föreslog han att utbildningen skulle bestå i en inskolning i livslångt självständigt lärande. Det skulle ske under utbildningens fem år med tillgång till handledare. Dessa fem år skulle dock inte kallas specialistutbildning utan specialiseringstjänstgöring, ST, en period av tilltagande skicklighet att fungera på något av medicinens olika områden, de så kallade specialiteterna. I tidens anda satte han rubriken ”Kompetensutveckling efter läkarexamen” på sitt betänkande (SOU 1987:53).

Målstyrningen gör entré

Men innan betänkandet var helt klart, kom en ny strömning i tiden, policyn med målstyrning. Det blev på nytt rationalisternas tänkesätt som tog över i tidsandan. Nu skulle man formulera ”klara och entydiga mål” för verksamheter och för alla typer av utbildning, från förskola till specialistutbildning.

Göte Fridh hade inte mycket annat val än att låta specialiteternas företrädare skriva ner var sin målkatalog för den egna specialiteten. Men han fick in en reservation. Målen skulle i hans förslag inte var styrande utan i enlighet med hans grundfilosofi en hjälp för ST-läkarna själva att planera sitt lärande under sin specialisering.

Målstyrningsfilosofin blev dock allt mer dominerande på alla samhällslivets områden. Socialstyrelsen fick därför regeringen att ändra inriktningen på läkares specialiseringstjänstgöring till att bli en reguljär målstyrd, kursbaserad och föreskriftsreglerad specialistutbildning.

Ordet ”specialiseringstjänstgöring” förvandlades till en inretsägande obegriplighet.

Personcentrering

Men en ny strömning av romantikens filosofi kom att dominera på 2010-talet. Den tog sig uttryck i ett antal statliga betänkanden om en kommande primärvårdsreform. Där var principerna om personcentrerad och sammanhållen vård ett centralt tema. Man tog också upp det som blivit allt vanligare



Illustration: Annika Andén

i produktutveckling i näringslivet, co-creation med kunderna, i hälso- och sjukvården en nära samverkan mellan personal och patienter i vård och behandling, ett "samskapande". Vi fick här en kombination av romantikens och empirismens filosofi. Det individuella betraktat som det sant verkliga, inte generaliseringar, medelvärden och frekvenser. Där finns också allt det som särskilt i AI-tider är det typiskt mänskliga: affekter, emotionellt färgade relationer, påhittighet baserad medmänsklig förståelse i kontakterna mellan läkare och patienter.

Vem har kontroll över vården?

Ett sådant program skulle dock, om det blev lagstiftat, kollidera med regeringens, myndigheternas och regionernas uppdrag att se till att vi har en över hela landet jämlik hälso- och sjukvård, med SKR:s "nationella system för kunskapsstyrning".

Om vård och behandling skulle utformas i samspel med patienterna, skulle personcentrering göra all myndighetskontroll till en chimär.

Primärvårdsreformen 2022 kom därför inte att medföra något radikalt nytt utom i föreskriften om att medborgarna ska ha möjlighet att lista sig hos en enskild läkare, något man visserligen kunnat göra tidigare, fast utan att det fanns angivet i hälso- och sjukvårdslagen.

Nutiden

Vi är nu inne halvvägs på 2020-talet. Det har blivit alltmer uppenbart att man hade fel i FoU-tänkandet då man betraktade professionellt kunnande som tillämpning av vetenskaplig forskning och efterföljande utvecklingsarbete.

I stället utgår man i allt förändringsarbete i företagen från nära samverkan mellan utvecklare och användare (DevOps,

developers and operators). Samverkan, medskapande, är en självklarhet, en nödvändighet, utifrån användarnas behov, förebilden till det som i svenska vårdbetänkanden på 2010-talet enligt internationellt mönster kom att kallas personcentrering.

Målstyrning är ett minne blott utom i svensk vård, skola och utbildning.

I stället för att uppnå Socialstyrelsens 69 mål för läkare som ska kunna ha listade patienter, gäller det nu för läkare att genom praktiskt arbete och i samråd med kollegor bli insatta i och väl förtrogna med professionens olika områden och uppgifter. Det är inte något som går att målstyra eller på annat sätt reglera. Utveckling av expertis är en spontan, organisk process.

Nyckelfrasen i nutiden är i stället "design för lärande". Man ordnar situationer som i ST och fortsatt lärande. Det ska ges tillfälle och möjligheter till lärande, precis som det var tänkt i Göte Fridhs förslag i betänkandet "Kompetensutveckling efter läkarexamen".

Precis som i de stora språkmodellerna växer det hos människor fram ett vetande och ett kunnande som gör dem kreativa på ett professionellt sätt. Människor och AI-modeller är inte gammaldags maskiner som bara kan göra det som de blivit konstruerade för. De är generativa, kan hantera även det oväntade och ovanliga, det komplexa och svårbegripliga – genom den expertis som tagit form i en spontan process, styrd i början och sedan självständigt nyskapande.



För tiden efter AT föreslog han att utbildningen skulle bestå i en inskolning i livslångt självständigt lärande.

Allmänmedicin som begrepp

Om man ser på allmänmedicinen som specialitet kan man konstatera att själva namnet har sin grund i att man i dåtidens anda på 1970- och 1980-talen ville föreställa sig den som en universitetsförankrad profession. Det var ett feltänkande, som vi ser saken nu. Vad allmänläkaren är specialiserad på är primärvård, inte på akademiskt allmänmedicinskt vetande. Det är uppgifterna och arbetsplatsen som definierar professionen, inte de delar av kunskapen och kunnandet som hämtas från medicinska discipliner.

Allmänläkare är som profession primärvårdsspecialister. De



kan lösa förekommande uppgifter och problem på vårdcentralerna utan att styras av de nio kunskapsmyndigheterna och SKR: nationella system för kunskapsstyrning. Deras kunskapsbas uppstår genom erfarenhet att ett oändligt antal möten med enskilda patienter och situationer. Det är den som ger en säker klinisk blick och kreativitet i förmågan att lösa problem i enskilda situationer (med användning av disciplinernas generaliserande kunskap).

Utbildningen till allmänläkare lyckas bäst, om den inriktas på att ST-läkarna får klart för sig att de inte kan bli professionella läkare genom att gå ett antal föreskrivna kurser och nå ett antal mer mindre välformulerade mål. Professionella blir de genom att – med tillgång till handledare – arbeta med patienter, genom att bli mer och mer insatta i de olika typer av krav som de ställs inför i det dagliga arbetet, genom att känna att de blir mer och mer förtrogna med bedömningar och behandlingar och samverkan med patienter i alla åldrar från olika delar av befolkningen.

Läkarens kunskap är delvis vetenskaplig men till en avgörande del personligt tillägnad och upplevd genom omfattande och fördjupad erfarenhet. Den kvävs om man försöker styra och målstyra den.

Det är läkarna själva som på bästa sätt kan ta tag i den innovation som plötsligt kommit att förändra allt vad gäller planering av vård och utbildning av personalen, generativ AI och ny syn på vad som gör en profession till sant professionell i sin dagliga gärning.

Därför bör nya former utvecklas för samverkan mellan myndigheterna och SKR å ena sidan och läkarna och deras organisationer å andra sidan, baserade på förtroende och inte på regleringar och föreskrifter.

Det är en nödvändighet i det nu uppkomna läget då AI ska integreras i vård och omsorg med bibehållande av våra grundläggande etiska och demokratiska värderingar.

Jäv saknas.



Henry Egidius
Utbildningskonsult med medicinsk pedagogik
som specialitet, Nacka
henry.egidius@gmail.com

Inte antingen eller utan både och

Sjukvård bedrivs i Sverige av både offentliga och privata vårdgivare, ett faktum som sedan länge förknippats med polariserad debatt. Argumenten för och emot de olika huvudmannaskapen är ofta idealiserande respektive misstänkliggörande, och till synes inlärd, mer baserade på cirkelresonemang och politisk hemvist än på självkritik. I verkligheten bidrar både offentlig och privat sektor med stora och unika värden samtidigt som båda dras med inbyggda svagheter och problem.

Sjukvård driven av offentlig sektor garanterar, i bästa fall, att ändliga gemensamma resurser fördelas transparent, rättvist, med möjlighet att nå alla, och med högst prioritet till dem med störst behov. Men offentlig sektor innebär, i sämsta fall, verksamheter som utan risk för nedläggning eller ansvarsutkrävande

kan existera för sin egen skull, som kan strunta i att optimera och effektivisera, och där överbyggnader och staber kan växa ohämmat på kärnverksamhetens bekostnad.

Sjukvårdsverksamheter inom privat sektor har, i bästa fall, ett gemensamt intresse med patienten att erbjuda

win-win-situationer samtidigt som de måste hålla sig till givna ekonomiska ramar för att inte gå i konkurs. De har anledning att ständigt effektivisera och förbättra sitt erbjudande i konkurrens med andra. Men privat sektor innebär, i sämsta fall, fördyringar och slöseri med ändliga resurser, omvänd behovsprioritering, och att samhället förlorar ansvaret för och kontrollen över samhällsviktiga funktioner.

Förenklat uttryckt agerar offentlig sektor främst enligt byråkratisk logik, medan privat sektor agerar enligt affärslogik. Ingen av dessa logiker är i sig av ondo, men båda kräver optimala förutsättningar för att komma till sin fulla rätt. Den byråkratiska logiken förutsätter lyhörd, självkritisk och ödmjuk, helst självutplånande, ledning och styrning. Affärslogiken, å sin sida, förutsätter en fungerande



Argumenten för och emot de olika huvudmannaskapen är ofta idealiserande respektive misstänkliggörande ...



Illustration: Annika Andén

marknad. Båda logikerna behöver vägas upp av professioners sakkunskap, etik och egenkontroll för att inte spåra ur.

Som bekant är ovanstående förutsättningar sällsynta idag.

Överbyggnader och staber tenderar i offentlig sektor bli stora, otypliga och självtillfredsställande. Det saknas mekanismer för att systematiskt göra sig av med olämpligt ledarskap vilket gör osund ledningskultur vanlig. Professionell logik ses i offentlig sektor oftare som hinder än som tillgång i det strategiska beslutsfat-

prioritera horisontellt, alltså med hänsyn till åtgärder utanför den egna verksamheten, inte heller att underlätta för andra aktörer. Det ingår inte i affärslogiken att bidra till systemeffektivitet och total resurshushållning.

Sjukvårdstransaktioner sker inte på ideala marknader utan på pseudomarknader där reglermekanismerna är satta ur spel. När konsumenten betalar själv råder ett direkt kundförhållande, men så är ju inte fallet vid skattefinansiering. När någon annan betalar får både konsument och säljare ett incitament att låta transaktionen innehålla mer än vad som är lämpligt. Den här mekanismen gäller oavsett huvudman, men i kombination med vinstintresse blir drivkraften för överkonsumtion särskilt stark. Även i de fall konsumenten betalar själv kan strävan efter kundnöjdhet, vilken är en förutsättning för sunt företagande, främja framväxt av tjänster som efterfrågas, till exempel labbpaket utan frågeställning, snarare än tjänster som fyller medicinska behov (eller som är evidensbaserade).

Affärslogik innebär att, oavsett nytta, göra det man kan få betalt för och undvika att göra det man inte får betalt för. Då sjukvård innehåller många moment som är olönsamma (eller svåra att över huvud taget sätta rätt pris på) leder logiken till att många viktiga uppgifter förutsätts utföras av "någon annan". Cream skimming, att ägna sig åt lätta/lönsamma nischer och undvika det svåra/mindre lönsamma, och rent seeking, att sträva efter ekonomisk förtjänst utan att tillföra egentligt värde,

uppstår när affärslogik tar överhanden. Inom Stockholms, tills nyligen i stort sett oreglerade, specialistvårdval, liksom i den rika floran av utomlänsersättningsbaserade digitala tjänster, finns många exempel på båda dessa fenomen.

Bekräftelsebias kan förklara den polariserade synen på antingen offentlig eller privat sektor som frälsningen (eller döden) för sjukvården. Men i verkligheten finns stora problem med såväl otyglad byråkratisk logik som otyglad affärslogik. Om avprofessionalisering, ineffektivitet, tungroddhet, osund ledningskultur och byråkrati är offentlig sektors största fallgropar så är efterfrågestyrning, fragmentering, överanvändning av medicinska resurser och oförmåga till systemansvar den privata sektorns motsvarighet.

Förhoppningsvis kommer vi i en nära framtid lämna den fruktlösa debatten om privat vs offentlig sektor bakom oss – vi behöver både och – och istället diskutera hur vi ska organisera oss för att ta tillvara alla sjukvårdsarbetarens inre drivkrafter. Kanske kommer det, åtminstone i primärvården, visa sig ske bäst genom småskaliga, medarbetarägda och medarbetarstyrda enheter, där professionell logik och etik blir mer naturligt tongivande. Men för att nå dit måste vi sluta betrakta skattefinansierad sjukvård som vilken riskkapitalintressant, konkurrensutsatt marknad som helst. Samhället behöver tydligare ramar och avgränsningar så att goda verksamheter gynnas och missbruk av invånarnas förtroende försvåras. Politiker, från höger till vänster, måste enas om att återta det obekväma ansvaret för hushållning med våra ändliga gemensamma resurser och samhällskontraktets upprätthållande.

Jäv saknas.



Andreas Thörneby
Allmänläkare, Närhälsan Kinna Vårdcentral,
Ledamot i styrelsen för SFAM
andreas.thorneby@sfam.se



Ingen av dessa logiker är i sig av ondo, men båda kräver optimala förutsättningar för att komma till sin fulla rätt.

tandet, och kliniskt verksamma medarbetare som besvärliga eller bakåtsträvare, eller både och. Externa konsulter och inspiratörer har lätt att sälja in sina koncept och pseudo- och nödlösningar på kvalitets- och kapacitetsproblem är legio.

Privata företag är ofta bra på att resurs- och flödesoptimera internt, men har ingen anledning (eller förmåga) att



En kollegial uppmaning

Stå upp för och genomför SFAM:s och DLF:s sjukvårdsreform!

Gör det i kollegial dialog utifrån din vardags praktiska verklighet. Gör det med dina patienter (1 100).

Gör det utifrån Henry Egidius ord [1, 2] i AllmänMedicin om

- Manifest för en tidsenlig syn på läkares professionalism
- Primärvården som nav i vården

Se som din uppgift att lära, verka och ta ansvar [5] utifrån din praktiska verklighet!

Lär av den dagliga praktiken.

Lär av, med och för varje patient.

Lär av, med och för de 1 100 du har ansvaret för.

Lär mer om det du lärt dig enligt ovan genom kollegial dialog.

Möjliga resultat

Ditt resultat tillsammans med flertalet kollegor skulle kunna leda till att en ny typ av vårdgaranti och att en ny styrning av hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas.

Förtydligande [3, 4]

På så sätt skulle allt kunnigare och skickligare allmänläkare alltmer kunna vinna allt större del av befolkningens tillit och förtroende. En sådan allmänläkare som är av patienten vald part att axla styrningen av patientens väg från hälsohot till bättre hälsa skulle kunna leda till

- en ny typ av vårdgaranti bortom enbart tidsmätning.
- en ny typ av styrning av hälso- och sjukvården utifrån patientens villkor.
- världens bästa primärvård

<https://sfam.se/wp-content/uploads/2022/04/PVreform.pdf>

Jäv saknas.

Ulf Måwe

Allmänläkare

Hedersmedlem i Svenska Läkaresällskapet

ulf@mawe.se



Referenser:

1. Manifest för en tidsenlig syn på läkares professionalism. Henry Egidius, AllmänMedicin, nr 3, 2024.
2. Primärvård som nav i vården, Henry Egidius, AllmänMedicin, nr 3, 2024.
3. Aktuellt läge när det gäller vårdgarantin: Anna Nergårdhs uppdrag att utreda en ny och stärkt vårdgaranti utifrån direktiv 2024:50 om "Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet". <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/06/anna-nergardh-utredar-ny-och-starkt-vardgaranti/>
4. Aktuellt läge när den gäller styrningen av vården: Regeringens kommit-

tédirektiv 2023:73. <https://www.regeringen.se/contentassets/ddd7ddb-f2b61441e8e2b3734635112ab/dir.-2023-73.pdf> med redovisning 2 juni 2025. Citat ut direktiven: "styrningen präglas av förtroende för kompetensen och förmågan hos professionen". Citat från Jean_Luc af Geijerstam opolitisk ordförande "direktiven ringar in väldigt tydligt vad dagens hälso- och sjukvård har för tydliga utmaningar, det här med jämlikhet, effektivitet och tillgänglighet". <https://www.life-time.se/vardkvalitet/politikerna-som-ska-utreda-statlig-vard/>

5. Citat om ansvar i vården från artikeln

<https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2002/24913.pdf>

Citat om ansvar i vården från artikeln: Med eftertanke och eget ansvar kan yrkesvillkoren förbättras

<https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2002/24913.pdf>



Den bästa läkaren är den kliniker som forskar i just den sjukdom som patienten lider av – en utmärkt blandning av vetenskap och beprövad erfarenhet. En sådan knytning är alldeles oundgänglig för en bra sjukvård i framtiden.

Olle Nilsson prof, ortopedkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala



Genom att ta tag i och integrera arbetsmiljö, organisation och vårdkvalitet tar vi tag i vår egen framtid. Frågan blir då snarast om vi har råd – för patienternas eller vår egen del – att låta bli.

Christina Halford avdelningsläkare, Centrum för miljörelaterad ohälsa och stress, Akademiska sjukhuset, Uppsala



Ta ansvaret – och bryt offerrollen!
I början av 1900-talet

var läkaryrket ett kall. I början av 2000-talet är läkaren ett offer.

Likhetererna mellan kall- och offerroll är stora. / ... / Det är viktigt att inse att det är jag själv som bär ansvaret för min arbetsmiljö. Det finns många som kan hjälpa mig, men ansvaret är mitt. Vi läkare skall inte följa vårdens utveckling – vi skall leda den! Då är allt möjligt!

Åke Åkesson verksamhetschef, infektionskliniken, Kalmar länssjukhus

Prioriteringar i primärvård - vi kan leda vägen för sjukvården

Allmänläkare är skickliga på att prioritera i vardagen. De flesta av oss ser det som självklart att de med allvarliga symtom bör prioriteras före de med milda symtom, de med hög risk för utveckling av allvarlig sjukdom före de med låg risk, röstsvaga individer före resursstarka. Kort sagt, de med stor nytta av hälso- och sjukvårdens insatser före de med liten (eller ingen nytta).

Hur kan det då komma sig att det i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet är så svårt att få tillgång till högkvalitativ vård för individer som faktiskt mår dåligt, speciellt de resurssvaga och de med långvariga besvär? Om vi nu är så skickliga på att prioritera i vardagen, hur kommer det sig att vi, och många med oss, ofta känner oss tvingade att prioritera patienter som sannolikt har liten nytta av vården och mer resursstarka grupper?

Kanske har det att göra med att vi inte fullt ut själva får välja vilka vi prioriterar? I en studie från 2023 redovisas att allmänläkare i USA hade behövt arbeta 27 timmar per dygn för att följa alla riktlinjer. Bara 1/3 av tiden går åt till personer som faktiskt har symtom på sjukdom men nästan 1/2 av tiden går åt till prevention [1]. Studiens resultat visar förstås på en absurditet, att enda sättet att klara en arbetsdag är att strunta i riktlinjerna. Men likväl påverkar de oss, när så kallade "kvalitetsparametrar" och resultatrapporter baseras på innehållet i riktlinjerna.

Detta pekar på att hälso- och sjukvården genomsyras av en oförmåga att prioritera. Detta gäller såväl grundforskning, vetenskapliga sammanställningar, riktlinjer, policydokument och uppföljning. Det som kallas "kvalitetsparametrar" och det "kvalitetsarbete" som vi förväntas använda dessa till är i många fall en kontrollapparat och har inte förutsättningar att leda till äkta kvalitetsförbättring [2]. Och eftersom verksamheterna måste klara kontrollen från de administrativa leden tvingas vi enskilda i viss mån att följa även uppenbart orimliga riktlinjer. Många andra faktorer, såsom risken att bli anmäld eller att det är obekvämt att avvika alltför mycket från hur andra gör, bidrar förstås också.

En studie av brittiska riktlinjer för livsstilsråd visade att alla läkare, oavsett specialitet, och fem gånger så många sjuksköterskor som det finns, skulle behöva ge livsstilsråd på all tillgänglig arbetstid, ifall alla riktlinjer om livsstilsprevention skulle följas [3]. Det vill säga ingen skulle ägna sig åt de patienter som faktiskt är sjuka. Bara 3% av dessa rekommendationer bedömdes vara baserade på god evidens för att de hjälper människor att ändra livsstil eller hade några positiva effekter alls [4].

Faktum är att hälso- och sjukvården inte är så bra på prevention. De viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa är inte vad som sker i hälso- och sjukvården, vad läkare gör för de enskilda patienterna, utan samhälleliga faktorer. Ett exempel från USA visar att screening för lungcancer kan spara 12 000 av de årliga 160 000 dödsfallen i lungcancer [5]. Samtidigt skulle

samhällsinsatser för att minska rökning kunna spara minst tiofalt så många liv årligen, till en betydligt lägre kostnad än screening [6].

Sammanfattningsvis är åtgärder för att behandla de som faktiskt är sjuka eller har besvär relativt effektiva. Medan screeningsinsatser* och preventiva åtgärder för populationer med låg risk är betydligt mindre effektiva och mycket resursslukande [7].

Som allmänläkare tycker vi att vi har ett ansvar att föra upp detta på agendan, för att styra de insatser som är bättre lämpade som samhällsinsatser, bort från hälso- och sjukvården. Vi har kompetensen och överblicken att få politiker, riktlinjeförfattare och andra beslutsfattare att förstå denna vårdparadox. Om vi får ägna oss åt att ta hand om de som faktiskt har störst nytta av våra insatser, så tyder allt på att det totalt sett finns vårdpersonal så att det räcker.

Jäv saknas.

Oskar Lindfors

Allmänläkare, Järpens Hälsocentral
oskarlindfors81@hotmail.com

Minna Johansson

Allmänläkare och docent i allmänmedicin,
Närhälsan Herrestad Vårdcentral, Göteborgs Universitet
och Global Center for Sustainable Healthcare
minna.johansson@vgregion.se

Referenser:

1. PORTER, Justin, et al. Revisiting the time needed to provide adult primary care. *Journal of general internal medicine*, 2023, 38.1: 147-155.
2. Bornemark J. Horisonten finns alltid kvar : om det bortglömda omdömet. Stockholm: Volante; 2020.
3. ALBARQOUNI, Loai, et al. Applying the time needed to treat to NICE guidelines on lifestyle interventions. *BMJ evidence-based medicine*, 2023, 28.5: 354-355.
4. Albarqouni L, Ringsten M, Montori V, Jørgensen KJ, Bulbeck H, Johansson M. Evaluation of evidence supporting NICE recommendations to change people's lifestyle in clinical practice: cross sectional survey. *BMJ Med*, 2022;1(1):e000130.
5. MA, Jiemin, et al. Annual number of lung cancer deaths potentially avertable by screening in the United States. *Cancer*, 2013, 119.7: 1381-1385.
6. HOLFORD, Theodore R., et al. Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964-2012. *Jama*, 2014, 311.2: 164-171.
7. KOROWNYK, Christina, et al. Competing demands and opportunities in primary care. *Canadian Family Physician*, 2017, 63.9: 664-668.

* med screeningsinsatser menas såväl officiellt påbjudna screeningprogram för sjukdomar, som riktlinjer och rekommendationer om att leta efter riskfaktorer och/eller sjukdomar eller använda medicinska tester i en oselektad population, gällande livsstilsfaktorer inte sällan gå som någon gång kommer i kontakt med vården.

Den publika hälsofloden

– the true story

Hälsofloden, the public health river, är en välkänd liknelse för att se på hälsans bestämningsfaktorer. Det är en stark berättelse om fiskaren som ser människor drunkna och desperat försöker rädda livet på dem, där lösningen är att undvika att de trillar i floden längre uppströms. Det verkar självklart att rikta uppmärksamheten uppströms. Man är nog lite korkad om man inte gör det?

Det är förstås sant att det på gruppnivå är så att faktorer längre uppströms, såsom livsstil, psykosociala förutsättningar eller kultur, är viktiga bestämningsfaktorer för hälsa. Det är också sant att den medicinska vetenskapen är ett av de fält med ansvar att hitta och peka på dessa bestämningsfaktorer. Men här är det medicinska fältet inte det enda fältet. Forskning inom sociologi, antropologi, humaniora, konstvetenskap, filosofi, psykologi med flera fält, är också viktiga för att identifiera bestämningsfaktorer och beskriva samband.

Att däremot i enlighet med liknelsen, applicera medicinvetenskapliga lösningar på dessa bestämningsfaktorer riskerar att leda fel och ge allvarliga konsekvenser. Liknelsen där vi uppströms kan hindra individer från att falla i är nämligen missvisande. Istället består själva floden av alla människor, där vissa visar sig bli sjuka när de kommer längre nedströms. Uppströms går det på individnivå tyvärr inte veta vilka. Syftet med den här artikeln är att bredda och fördjupa den argumentation som vi för i artikeln om prioriteringar på föregående på sidan 9.

Vi är trots allt ganska duktiga på att hantera de som redan har besvär. En kanadensisk studie visar att vi bara behöver behandla fem personer med akuta symtomgivande besvär, för att förbättra viktiga utfall för en person. För långvariga besvär är samma siffra sju personer som behöver behandlas [1].

Om vi flyttar oss uppströms stiger siffran snabbt. För kardiovaskulär prevention,

”

Även forskningsanslag behöver prioriteras och borde i ett välfungerande system inte baseras på att ett visst forskningsfält är hett just nu ...

är siffran cirka 40. För cancerscreening 1 000. Om vi tittar ännu längre uppströms, på livsstilsfaktorer eller sociokulturella faktorer så blir siffran oändlig. Ju högre upp i floden vi applicerar medicinvetenskapliga lösningar i form av interventioner på individnivå, desto mer resurser går åt. Ökningen är exponentiell [1].

Trots detta blomstrar forskning om sociala och kulturella interventioner på individnivå. Så kallad social prescribing är på modet och visar på hur hälso- och sjukvården står handfallen inför uppgiften att prioritera. Även forskningsanslag behöver prioriteras och borde i ett välfungerande system inte baseras på att ett visst forskningsfält är hett just nu, utan på vad som faktiskt har potential att förbättra för patienter.

Samtidigt måste det finnas en öppenhet inför kunskapsskapandets oförutsägbarhet. Vi tror dock inte att vikten av prioriteringar och oförutsägbarheten måste stå i motsats till varandra. Tvärtom, genom att öka prioriteringsarbetet, genom att föra intellektuella diskussioner om vad som faktiskt är viktigt, så kan chansen att ny betydelsefull kunskap blir till också öka.

Tillbaka till vårdgolvet. Eftersom resurserna är ändliga och vi låser fast en stor andel resurser uppströms genom individbaserade insatser, blir det uppenbart att vi som jobbar längre nedströms inte hinner med. För även insatser uppströms skulle minska antalet som behöver hjälp nedströms, så kommer det alltid finnas många som behöver hjälp med akuta eller långvariga besvär.



Illustration: Annika Andén

Det finns därför starka argument för att ändra prioriteringarna. Att förflytta hälso- och sjukvårdsresurser längre nedströms, där vi gör störst nytta. Och låta andra aktörer, med högre kompetens på arbetet uppströms, som gör det arbetet bättre och billigare genom populationsbaserade samhällsinsatser, göra det. Med till exempel social ingenjörskonst kan flythjälperiktade till allmänheten byggas. Och vi inom allmänmedicin måste kanske ta över taktpinnen för att de nödvändiga diskussionerna i förändrande riktning ska ske.

För i slutändan, vill vi i första hand att människor ska dansa, vistas i naturen, delta i kulturella arrangemang, ha sex, idrotta och motionera och äta gott och nyttigt för att minska risken för att utveckla sjukdom? Eller vill vi att de ska göra det för att det är njutning i sig självt [2]? Med insatser på samhällsnivå som gör att det finns förutsättningar att

leva fullt ut, oavsett vem du är, kan det också bli så att de som behöver hjälp nedströms känner sig mindre sjuka.

Jäv saknas.

Oskar Lindfors

Allmänläkare, Järens Hälsocentral
oskarlindfors81@hotmail.com



Minna Johansson

Allmänläkare och docent i allmänmedicin,
Närhälsan Herrestad Vårdcentral, Göteborgs Universitet
och Global Center for Sustainable Healthcare
minna.johansson@vgregion.se



Referenser:

1. KOROWNYK, Christina, et al. Competing demands and opportunities in primary care. *Canadian Family Physician*, 2017, 63.9: 664-668.
2. FUGELLI, Per. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient education and counseling*, 2006, 60.3: 267-271.

ANNONS

Tidig cancerupptäckt i primärvården

- balansgången mellan nytta och risk

Cancer är en av de främsta dödsorsakerna såväl globalt som i Sverige. Tidig upptäckt är i många fall avgörande för bättre behandlingsresultat och överlevnad. Primärvården, där cirka 85% av de patienter som får en cancerdiagnos startar sin utredning, spelar en central roll i den tidiga cancerdiagnostiken. Men att upptäcka cancer tidigt är inte utan utmaningar. Överdiagnostik och missade möjligheter till diagnos är två sidor av samma mynt som primärvården ständigt måste balansera. Jag har sedan 2017 arbetat med fortbildning, vårdutveckling och numera även forskning inom området parallellt med mitt kliniska arbete som allmänläkare på Liljeholmens Universitetsvårdcentral i Stockholm. Sedan årsskiftet delar jag tillsammans med min allmänläkarkollega Eliya Abedi uppdraget som nationell samordnare för tidig cancerupptäckt.

I denna artikel kommer jag belysa olika aspekter av just tidig upptäckt av cancer; screening kontra klinisk upptäckt, prioritering och betydelsen av evidensbaserad vård i primärvården.

Vården behöver prioritera signifikant cancer, men vad är det?

Inom cancerforskning talar man om "signifikant cancer" och syftar på cancer som har en hög sannolikhet att påverka patientens överlevnad och/eller livskvalitet negativt om den inte upptäcks och behandlas i tid. Målet med tidig upptäckt är att identifiera dessa fall av cancer innan sjukdomen har spridit sig eller blivit för avancerad för effektiv behandling. Här finns dock en risk för överdiagnostik – att upptäcka och behandla cancer som kanske aldrig skulle ha påverkat patientens hälsa om den lämnats obehandlad. Överdiagnostik är ett problem inom cancerdiagnostiken och leder till onödiga behandlingar, kostnader och undanträngning av annan nödvändig vård.

Samtidigt är missade eller fördröjda cancerdiagnoser ett betydande problem. I Sverige såväl som i de flesta andra länder är missad eller fördröjd cancerdiagnos den vanligaste orsaken till anmälningar inom primärvården. Situationen försvåras av hög arbetsbelastning, begränsade resurser och bristande kontinuitet. Även det faktum att vården är uppdelad i olika stuprör efter diagnoser medan våra patienter oftast har många sjukdomar, och söker med symtom och inte misstänkta diagnoser, bidrar till risken för vårdrelaterade fel.

Att hitta rätt balans och prioritering mellan att undvika överdiagnostik och att minska risken för missade eller fördröjda diagnoser är en utmaning som kräver noggrann bedömning och evidensbaserade riktlinjer, så att vi hittar just signifikant cancer. Evidensen ska dessutom gärna finnas för just den population där insatserna sedan ska tillämpas – det vill säga, evidens från en sekundärvårdspopulation kan inte nödvändigtvis användas i en primärvårdspopulation där sjukdomen är mer ovanlig och där

signalvärdet för olika symtom och tecken är helt annorlunda. Evidens kan heller inte nödvändigtvis direkt överföras mellan länder eller mellan landsbygd och storstad eftersom både patientpopulationen och vården kan se olika ut.

För att få en primärvård av hög kvalitet krävs mer forskning på primärvårdens patienter. Multicenterstudier behövs i högre omfattning och detta kräver ekonomiska resurser och organisatorisk struktur som till stor del saknas eller är svag i primärvården idag. Antalet seniora kliniska forskare bland allmänläkare är relativt lågt jämfört med alla andra större kliniska specialiteter. Detta försvårar möjligheterna att få forskningsmedel eftersom det finns en hög risk för professionell bias vid bedömningar om inte primärvårdsforskare finns med i antagningsprocesserna när större medel fördelas. Om bara sekundärvårds- och prekliniska forskare sitter i kommittéerna, är det då konstigt att framför allt sekundärvårds- och preklinisk forskning får anslagen?

Jag tycker mig dock se en långsam förändring, en vilja och en stor potential där många drivna primärvårdsforskare arbetar med att förändra detta. Ett fantastiskt exempel var när den nationella forskarskolan i allmänmedicin grundades i Sverige år 2009. Primärvården behöver få en mer framträdande roll i forskningssamhället och jag är övertygad om att vi behöver införa fler kombinerade tjänster för att möjliggöra mer verksamhetsnära och relevant forskning.

Screening och klinisk upptäckt

I Sverige talar man om tidig cancerupptäckt och det verkar ofta både inom forskarsamhället och i media finnas ett osynligt likhetstecken mellan screening och tidig upptäckt. Då kan man lätt glömma bort att majoriteten av de patienter som får en cancerdiagnos faktiskt inte upptäcks via screeningen utan via klinisk upptäckt, av en slump (accidentell upptäckt) men vanligtvis när de söker med symtom. Det gäller även cancerdiagnoser där vi har screeningprogram. Vårt sätt att redovisa cancerdata i Sverige tror jag ökar den här uppfattningen. Vi redovisar inte vägen till cancerdiagnos på något tydligt övergripande sätt i Sverige: hur många som upptäckts via screening, via kliniska symtom i primärvården eller som upptäckts via presentation på akuten. Det gör många andra länder.

Screeningprogram har visat sig vara effektiva för att minska cancerrelaterad mortalitet men screening innebär också risker, inklusive undanträngning, överdiagnostik och falska positiva resultat som kan leda till onödiga utredningar och behandlingar. Dessutom är det viktigt att komma ihåg att screeningprogram är mest effektiva i populationer med hög risk. En stor utmaning är att screeningdeltagandet ofta är lägre bland just de grupperna som har högst risk för cancer.

Klinisk upptäckt av cancer i primärvården innebär att vi

identifierar symptom och fynd som kan vara tecken på cancer och följer upp med ytterligare utredningar. Dessa patienter har ofta högre risk för cancer än de patienterna som deltar på screeningen eftersom patienterna redan har symptom. Samtidigt finns det inget symptom där cancer är den vanligaste orsaken, det är alltid vanligare att symptomen inte beror på cancer. Det finns mycket i forskningen som talar för att en kliniskt upptäckt cancer oftare är en signifikant cancer. Tidig klinisk upptäckt av cancer är i dag en oundgänglig del av cancerdiagnostiken som bör stärkas genom mer forskning i rätt population, utbildning av vårdpersonal och mer anpassade riktlinjer för att minska risken för missade diagnoser samtidigt som vi minskar risken för onödig utredning av patienter med mycket låg risk.

Allmänläkarna är en specialitet med stor vana att ta aktiva beslut om att avstå utredning, samt att avstå eller avsluta behandling när den bedöms skada patienten mer än nyttan den ger. Detta betyder inte nödvändigtvis att vi inte ska diagnostisera en cancer som inte kan botas. Numera finns ofta behandlingar även vid icke-botbar cancer som kan förlänga en människors liv under många år ibland flera decennier men även om det handlar om månader kan detta betyda oerhört mycket både för individen och för anhöriga.

Vi hittar vid klinisk utredning också många patienter med misstänkta premaligna fynd som behöver följas upp, till exempel polyper i gallgångar, sidogångscystor i pankreas eller lungnoduli. Dessa patienter har en hög risk för cancer, ibland till och med mycket hög risk, men utgör ofta en lågt prioriterad grupp där det helt saknas nationell samordning och ofta saknas större kliniska studier på hur ofta och på vilket sätt dessa individer bäst följs upp i öppenvården. Denna patientgrupp anser jag behöver prioriteras mer och få ett mer strukturerat omhändertagande.

Evidens och forskningsutmaningar

Evidensbaserad medicin är grundläggande för att förbättra vården, men forskningen inom primärvården är ofta begränsad av praktiska utmaningar. Mycket av den befintliga forskningen fokuserar på sjukhusbaserad vård där det är enklare att samla in data och genomföra stora, randomiserade studier trots att mycket av vården flyttat ut till oss i primärvården.

För att förbättra cancerdiagnostiken i primärvården behövs fler studier som undersöker diagnostiska processer och utfall. Men att genomföra sådana studier är utmanande på flera sätt. Det krävs stora patientgrupper och lång uppföljningstid för att visa effekter på mortalitet. En allmänläkare med 2000 listade patienter förväntas ha 5–8 patienter som insjuknar med cancer varje år. Ungefär lika många som förväntas insjukna med diabetes. Men cancer är inte en sjukdom utan flera och varje enskild cancerdiagnos är ovanlig för en allmänläkare på vårdcentral. Om vi då ska genomföra studier där insatser ska visa effekt på femårsöverlevnad eller ännu svårare absolut överlevnad skulle vi behöva inkludera väldigt många vårdcentraler och driva studierna under mycket lång tid. Dessutom måste primärvårdens personal balansera forskningsbehoven med den pressade dagliga kliniska verksamheten, vilket kan vara krävande.

Därför genomförs fall-kontroll studier och man väljer att titta på stadium vid diagnos i stället för överlevnad vilket ofta

i forskningen blir en proxy eller pseudomått för överlevnad. Vi vet att överlevnaden i tidiga stadier är bättre än i sena stadier. Men att mäta pseudomått är inte detsamma som att faktiskt mäta absoluta mått. Ett klassiskt exempel är en kohortstudie med lågdos DT-screening bland kvinnor i Taiwan som visade en mer än sexfaldig ökning av tidig cancer från 2004 till 2013 men ingen minskning av sena stadier av cancer under samma period, absoluta dödligheten förblev stabil trots att 5-årsöverlevnaden fördubblades [1]. Detta tyder på att många av de upptäckta cancerfallen kanske inte var kliniskt relevanta, utan en form av överdiagnostik.

Slutsats

Balansen mellan nytta och risk i cancerdiagnostiken i primärvården är en komplex fråga. Vi måste sträva efter att minimera överdiagnostik samtidigt som vi undviker att missa potentiellt livshotande cancerfall. Screening och klinisk upptäckt har båda sina fördelar och risker, och det är viktigt att primärvården har tillgång till uppdaterad evidens och riktlinjer för att fatta informerade beslut. Mina kloka kollegor lyfte frågan ”Var är den optimala balansen för att utreda cancer” i nummer 2-2024 av AllmänMedicin [2], vilken är en jätte viktig fråga.

I Storbritannien ställdes frågan både i forskningskretsar, på beslutfattarnivå men även till befolkningen i form av enkätundersökningar. Svaret där blev vid tre procent risk. Storbritannien har nu infört fast-track-referrals (deras motsvarighet till standardiserade vårdförlopp) vid tre procent cancer risk i primärvården. Låga siffror kan man tycka, men risken för cancer vid för oss ganska alarmerande symptom är faktiskt väldigt låg i en primärvårdsbefolkning. Risken för cancer vid postmenopausal blödning till exempel är fem procent.

Jag säger inte att tre procent är den optimala tröskeln men jag tror vi behöver lyfta frågan även i Sverige. Ska vi dessutom ta hjälp av olika AI-tekniker som machine learning för att väga samman många riskfaktorer behöver vi ha en uppfattning om vid vilka gränsvärden dessa hjälpmedel ska uppmärksamma oss på en förhöjd cancer risk.

Jäv saknas.



Elinor Nemlander

Allmänläkare, Liljeholmens Vårdcentral, doktorand, Karolinska Institutet, nationell samordnare tidig upptäckt av cancer
elinor.nemlander@regionstockholm.se

Referenser:

1. Gao W et al. Association of computed tomographic screening promotion with lung cancer overdiagnosis among Asian women. *JAMA Intern Med.* 2022;182(3):283–290.
2. Pétursson H et al. Tidig diagnostik – populärt begrepp med faror och fallgropar. *AllmänMedicin* 2024(2), <https://allmanmedicin.sfam.se/shared/article/tidig-diagnostik-populart-begrepp-med-faror-och-fallgropar/bmKqraZo>

Skydda njurarna!

Det uppdaterade nationella vårdprogrammet, för njursjukdomar, godkändes juni 2024 [1]. Den viktigaste nyheten är utökad indikation för SGLT2-hämmare, vid kronisk njursjukdom (Chronic Kidney Disease, förkortat CKD). Den största delen av riktlinjerna är emellertid oförändrade. Många av primärvårdens patienter erbjuds i dagsläget dock inte rekommenderad utredning och behandling av CKD. Därför presenteras här en sammanfattning av det aktuella vårdprogrammet.

Del 1: UTREDNING OCH DIAGNOSTIK

Diagnos ökar möjligheten för korrekt behandling

Diagnosgraden av CKD är låg. På vissa vårdcentraler har bara 5% av patienterna med CKD fått diagnos. Om patienten inte får diagnos får patienten inte heller korrekt information och behandling. För diabetes mellitus skulle vi aldrig acceptera en diagnosgrad om 5–10% och prevalensen av CKD är högre än för diabetes mellitus typ 2. Bägge dessa folksjukdomar ökar risken för hjärtinfarkt, för lidande och för tidig död.

Diagnoskriterierna för CKD är enkla

Estimated glomerulär filtration rate (eGFR) och U-Albumin/Kreatinin (U-Alb/Krea) är de parametrar vi grundar diagnosen CKD på. Två stycken eGFR <60 ml/min/1,73 m², med 3 månader emellan, betyder diagnos CKD. Likaså är två stycken U-Alb/Krea >3 mg/mmol i morgonurin, med 3 månader emellan, diagnos CKD – även om njurfiltrationen är god. De fem stadierna av CKD finner ni i tabell 1.

CKD3 är vanligt på vårdcentralen och spänner över olika funktionsnivåer. CKD3 med eGFR 58 ml/min/1,73 m² innebär inte några symtom för patienten men diagnosen blir en markör för sjukvården att behandla förebyggande. Diagnosen informerar också patienten om att njurarna är skörare och hen bör ta

CKD-stadium	GFR ml/min/1,73 m ²	Kronisk njursjukdom med >3 månaders duration
1	≥ 90	Diagnos CKD stadium 1–2 förutsätter samtidig förekomst av annat tecken på njurskada, till exempel albuminuri >3 månader, biopsiverifierad njursjukdom eller polycystisk njursjukdom
2	60–89	Diagnos CKD stadium 1–2 förutsätter samtidig förekomst av annat tecken på njurskada, till exempel albuminuri >3 månader, biopsiverifierad njursjukdom eller polycystisk njursjukdom
3a	45–59	Njursjukdom med mildt till måttligt nedsatt njurfunktion
3b	30–44	Njursjukdom med måttligt nedsatt njurfunktion
4	15–29	Njursjukdom med kraftigt nedsatt njurfunktion
5	<15	Njursvikt eller dialys

Tabell 1: Stadiindelning av kronisk njursjukdom.

levnadsvaneråden på mera allvar. I kontrast till det är CKD3 med eGFR 31 ml/min/1,73 m² svår njursjukdom där patienten redan kan ha fått symtom av sin njursjukdom såsom metabola rubbningar och/eller uremiska symtom. Albuminuri försämrar prognosen, vid varje eGFR.



Om patienten inte får diagnos får patienten inte heller korrekt information och behandling.

Hur fångar vi upp CKD?

Det är primärvårdens roll att upptäcka tidig njursjukdom. I många fall kan vi själva utreda, finna orsaken, behandla och sätta stopp för försämring. Viktigt är att screena alla riskpatienter en gång per år. Riskpatienterna för CKD

är patienter med hypertoni, diabetes mellitus, ischemisk hjärtsjukdom och hjärtsvikt. **Screeningen är enkel och innebär kontroll av blodtryck, eGFR Krea samt U-Alb/Krea en gång per år, vid patientens årskontroll och receptförnyelse.** Detta är särskilt viktigt för de yngre patienterna med hypertoni och/eller diabetes mellitus typ 2 som behöver ha fungerande njurar i många år till. Det är tråkigt om patienterna redan vid 50 års ålder har fått ett eGFR under 60 ml/min/1,73 m², på grund av underbehandlad hypertoni eller underbehandlad diabetes mellitus typ 2. Dessa två folksjukdomar beräknas ligga bakom mer än 50% av svår CKD. Ytterligare screening: eGFR Krea + urinsticka bör läggas till vid provtagning av patienter med trötthet/sjukdomskänsla när provtagning av till exempel Hb och TSH utförs.

Basal utredning syftar till att finna orsaken till njurfunktionsnedsättningen

Basal utredning utförs vid njurfunktionsnedsättning eller kronisk albuminuri. Om eGFR <60 ml/min/1,73 m² eller eGFR <80 ml/min/1,73 m² (det sena-

re värdet om patienten är under 55 år skall basal utredning utföras. Vanligen upptäcker man ett sänkt eGFR Krea vid en årskontroll eller vid en utredning av trötthet/sjukdomskänsla. Man skall då ta anamnes, status och labb som letar efter vanliga orsaker till CKD: hypertoni, diabetes mellitus och urinretention. Enkla prover för inflammatorisk njursjukdom inkluderas: CRP + urinsticka. Sänkt eGFR + mikroalbuminuri + mikrohematuri indikerar inflammatorisk njursjukdom. Om denna första utredning inte ger någon förklaring till sänkning av eGFR så fortsätter utredningen med ultraljud njurar (för att leta avflödes hinder såsom stenar eller tumörer) samt med myelomprover. Det är inte sällsynt att MGUS upptäcks vid utredning av en större sänkning av eGFR Krea, hos äldre patienter. För patienter med hypertoni, diabetes eller hjärtsjukdom gör jag ofta basal utredning stegvis. Det vanligaste på vårdcentralen är att ett måttligt sänkt eGFR Krea beror på dåligt reglerat blodtryck, dåligt reglerat blodsocker eller kraftig urinretention som ger hydronefros (hos män med BPH). Därför är det smart att undersöka dessa enkla parametrar tidigt (blodtryck, fP-glukos, HbA1c och residu-alurin) redan vid eGFR sänkning under det senaste året om 5 ml/min/1,73 m². På så vis förhindrar man att patienter förlorar njurfunktion. Har man funnit ett sänkt eGFR behöver det följas upp inom ett par veckor med eGFR Krea och eGFR Cystatin C (om detta aldrig gjorts tidigare) för att bestämma ett medel eGFR som anses nära det sanna GFR. Det är viktigt att göra denna uppföljning/andra provtagningar för att undersöka om eGFR fortsätter att sjunka.

Basal utredning ska startas även om eGFR är åldersadekvat men U-Alb/Krea är förhöjt >3 mg/mmol i morgonurin. Ultraljud njurar behöver då inte utföras. Detta låga värde U-Alb/Krea >3 i morgonurin gäller för utredningsstart om patienten i övrigt är frisk. Om patienten har hypertoni, diabetes mellitus, hjärtsjukdom eller CKD kan man börja med att försöka eliminera en låg nivå av proteinläckage, till exempel U-Alb/Krea 5 mg/mmol i morgonurin, genom att sänka blodsocker till målnivå och blodtryck till <130/80 samt höja RAAS-blockad till maximalt tolerabel dos. U-Alb/Krea be-

Ålder	<55 år		55–75 år		>75 år	
U-albumin/kreatinin (g/mol)	<30	>30	<30	>30	<70	>70
GFR>60 mL/min/1,73 m ²	remiss om patologiska fynd i basal utredning*	remiss		remiss		
GFR 45–59 mL/min/1,73 m ²	remiss	remiss		remiss		remiss
GFR 30–44 mL/min/1,73 m ²	remiss	remiss	remiss	remiss		remiss
GFR 15–29 mL/min/1,73 m ²	remiss	remiss	remiss	remiss	remiss	remiss
GFR <15 mL/min/1,73 m ²	remiss	remiss	remiss	remiss	remiss	remiss

Tabell 2: Riktlinjer för remiss till specialist i medicinska njursjukdomar. *Gör basal utredning på patienter <55 år vid fynd talande för njursjukdom eller om GFR <80 mL/min/1,73 m².

höver då följas upp efter ett par månader för att se om det har normaliserats till <3 mg/mmol.



I många fall kan vi själva utreda, finna orsaken, behandla och sätta stopp för försämring.

Några, av alla basala utredningar, leder till remiss till njurmedicin. Remisskriterierna finns i en tabell som styrs av ålder, eGFR och U-Alb/Krea. De stora dragen är: remittera alltid om patienten förlorar eGFR snabbt, om patienten når CKD4, om basal utredning ej ger ett svar på varför njurskada föreligger, vid misstänkt inflammatorisk njursjukdom, vid makroalbuminuri och vid uremiska symtom. Ju yngre patienten är desto tidigare i förloppet skall patienten remitteras, se tabell 2.

DEL 2: **LEVNADSVANOR SAMT PERSPEKTIV PÅ FÖRSÄMRING AV NJURFUNKTION**

Fysisk aktivitet, normalkost och specialkost

Den vanligaste riskfaktorn för CKD är hypertoni. Därför är det viktigt, både för riskpatienten som inte har CKD och för CKD patienten: att röra mycket på sig,

försöka nå normalvikt, ha lågt intag av alkohol och lågt intag av salt. Njursjukdomen gör att blodtrycket blir mer svårreglerat. Rökstopp är essentiellt för de små kärlnystan som är glomeruli.

Vad gäller kost skall CKD-patienter äta samma kost som andra: rekommenderat är Medelhavskost eller kost enligt Nordiska näringsrekommendationer. Men om patientens njurfunktion ligger vid CKD4 (eGFR <30 ml/min/1,73 m²) och patienten får uremiska symtom (klåda, trötthet, diarré, frusenhet) eller stigande urea bör patienten få komma till dietist. En primärvårdssdietist ger patienten rekommendation på en normalkost med 0,8 gram protein/kg kroppsvikt. Om det inte räcker för symtomlindring och förbättrat urea så skall patienten remitteras till njurmottagningen för proteinreducerad kost.

Njurarna skall hålla hela livet

Varför är det så viktigt att hindra njurfunktionsnedsättning? Njurarna har ju stor överkapacitet? Man kan ju donera en hel njure? Det vi ser är att om njurarna börjar få skador är de känsligare för nya skador. Den normala åldersrelaterade förlusten av eGFR är 0,5–1 ml/min/1,73 m² per år, from 50 års ålder – troligen på grund av långsam arterioskleros i glomeruli. Men om vi har 90 ml/min/1,73 m² när vi är unga och minst 80 ml/min/1,73 m² när vi är 55 år betyder det med normalt åldrande att vi har 65 ml/min/1,73 m² när vi är 70 år och 45 ml/min/1,73 m² när vi är 90 år. Vid dessa nivåer har patienten inte symtom av sin njursjukdom, men patienten skall få CKD-diagnos och förebyggande läkemedel och levnadsvanoråd. Vid lägre njurfil-

tration, eGFR kring 35 ml/min/1,73 m², kan CKD-symtom debutera. Först är det uremiska symtom som trötthet, diarré, klåda och illabefinnande. När eGFR går under 25 ml/min/1,73 m² uppträder ofta renal anemi och patienten behöver järninfusioner och erythropetintillskott. Vid eGFR <15 ml/min/1,73 m² närmar sig patienten situationen att inte klara sig med sina njurar och skall bedömas på njurmedicinsk klinik, för behov av dialys eller transplantation. Bägge dessa två alternativ innebär sämre livskvalitet för patienten och stora kostnader för samhället.

DEL 3: LÄKEMEDELSBEHANDLING VID CKD

Lågt blodtryck skyddar njurarna

Om en patient har fått diagnos CKD så är målbloodtrycket <130/80 för alla åldrar. För att förebygga CKD hos riskpatienter är det viktigt att målbloodtrycket nås vid hypertoni, diabetes mellitus och hjärtsjukdom – dessa diagnoser ökar risken kraftigt för CKD. Yngre patienter har lägre målvärden för blodtryck och HbA1c.

Lågt blodsocker skyddar njurarna

Det är viktigt att nå det åldersadekvata målvärdet för HbA1c. Förstahandspreparat vid diabetes mellitus typ 2 är metformin. SGLT2-hämmare rekommenderas sättas in därefter vid diabetes mellitus typ 2, på grund av de bevisade positiva effekterna för njurar och hjärta. Även GLP-1-analoger rekommenderas tidigt, till exempel vid fetma och hjärtsjukdom. Insulin har blivit ett fjärdehandspreparat, för den unga och njurfriska diabetes typ 2-patienten. Om patientens njurfunktion blivit så dålig att vare sig metformin, SGLT2-hämmare eller GLP1-analog är lämpliga – då blir insulin ett förstahandspreparat.

RAAS-blockad skyddar njurarna

RAAS-blockad bevarar njurfunktionen bättre än andra blodtryckssänkande läkemedel. RAAS-blockad har en effekt, separerad från blodtryckssänkningen, som minskar albuminuri – möjligen genom minskat intraglomerulärt tryck. Om njurskada inträder, till exempel albuminuri, skall i första hand RAAS-blockad titreras upp försiktigt, till maximal tolera-



Foto: Adobe Stock

bel dos. Jag brukar titrera upp Candesartan 8 mg, 1 tablett per månad och göra kreakontroll 1–2 gånger under den 3–4 månadersperioden. Kreakontroll skall göras 7–10 dagar efter höjningen därför att man vill kontrollera att höjningen inte driver patienten in i njursvikt. Jag brukar ge patienten en skriftlig instruktion när hen skall höja läkemedlet och när hen skall gå till labb för att lämna prov samt att mäta blodtrycket innan varje höjning så patienten inte hamnar för lågt i blodtryck. Krehöjning om 30% accepteras, vid höjning av RAAS-blockad. Vid sköra njurar med lågt eGFR eller högt U-Alb/Krea – höj med mindre dossteg.

Statin minskar hjärtinfarkttrisen vid CKD

Statiner minskar risken för hjärtinfarkt och kardiovaskulär död, hos patienter över 50 år med eGFR <60 ml/

min/1,73 m² [2]. Riskminskningen beror troligen på att CKD är ett tidigt tecken på generell arterioskleros, till exempel hos en patient med hypertoni och/eller diabetes mellitus typ 2. Man kan låta LDL-nivån styra statindosen och behandla patienten enligt risktabeller där lägre eGFR och högre U-Alb/Krea ökar risken för kardiovaskulär sjukdom.

Andra vanliga preparat vid CKD

CKD patienter kan behöva upp till sex läkemedelsklasser av hypertoni-läkemedel, för att hålla nere blodtrycket. CKD4 patienterna kräver ytterligare läkemedel vid behov: Natriumbikarbonat mot metabol acidosis, Resonium mot hyperkalemi, Divisun eller aktivt D-vitamin alfakalcidol mot D-vitaminbrist, sekundär hyperparathyreodism och hypokalcemi [1].

Njurskyddande nyheter: SGLT2-hämmare har i flera studier visats skydda mot



Några, av alla basala utredningar, leder till remiss till njurmedicin.

allvarlig förlust av njurfunktion, mot terminal njursvikt och mot död i renal och kardiovaskulär orsak. De kliniska studierna DAPA-CKD och EMPA-KIDNEY [3, 4] har förstärkt den tidigare bilden av nyttan med SGLT2-hämmare, vid diabetes mellitus typ 2. Studierna har också utökat indikationerna, till patienter med CKD som inte har diabetes.

Riktlinjerna för behandling med SGLT2-hämmare vid CKD har uppdaterats:

SGLT2-hämmare **rekommenderas** läggas till behandlingen, som skydd mot progress av CKD, för patienter som redan behandlas med maximalt tolerabel dos RAAS-blockad och har nått målblodtrycket <130/80 om:

- Patienten har diabetes mellitus typ 2 med någon form av CKD, det vill säga eGFR <60 ml/min/1,73 m² och/eller U-Alb/Krea >3 mg/mmol
- U-Alb/Krea >30 mg/mmol, detta gäller patienter både med och utan diabetes mellitus typ 2 (men ej patienter med diabetes mellitus typ 1)

Till nedanstående patienter ska tillägg med SGLT2-hämmare **övervägas**:

- Vid eGFR 20–45 ml/min/1,73 m², för patienter utan diabetes
- Denna svagare skrivning ”övervägas” beror på att patientgruppen är stor och heterogen. Om din patient har eGFR <45



Det vi ser är att om njurarna börjar få skador är de känsligare för nya skador.

ml/min/1,73 m², och inte har diabetes, och du bedömer att patientens förväntade livslängd är längre än njurarnas förväntade livslängd – då bör den patienten troligen få SGLT2-hämmare eftersom SGLT2-hämmare visats minska progress-takten av CKD och visats minska risken för dialysberoende. Du kan rådfråga er njurkliniker i dessa fall. Njurarnas förväntade livslängd är tiden tills dess patienten beräknas nå eGFR <15 ml/min/1,73 m², med den försämringstakt som patienten haft under de senaste åren.

Biverkan är ovanlig men farlig

Risken med SGLT2-behandlingen skall beaktas. Normoglykem ketoacidosis är en farlig men ovanlig biverkan. Man bedömer att risken är större vid uttorkning och infektion. Blodketoner kan mätas på vårdcentralens närlabb. Observera att till kognitivt nedsatta patienter är det svårare att nå fram med instruktioner om att utsätta SGLT2-hämmare vid uttorkningsrisk, speciellt om patienten använder apodos.

Riktlinjerna är en hjälp för både patienten och sjukvården

Vårdprogrammet i njursjukdomar är omfattande. De första stegen är de viktigaste.

- Reagera på försämrat eGFR eller försämrat U-Alb/Krea.
- Följ upp försämringar och se till att det tas om hand av primärvården, eller enligt remisskriterierna av njurmedicinsk klinik.
- Undersök och behandla blodtryck och blodsocker till målnivå.
- En basal utredning klarlägger CKD-nivå samt i de flesta fall vad njursjukdomen beror på. Det blir då lättare att ta ställning till indikation för njurskyddande läkemedel, förmedla evidensbaserade råd till patienten och bedöma om remiss till njurmedicinsk klinik skall skickas.

- eGFR skall ligga stabilt och minska maximalt 1 ml/min/1,73 m² per år. U-Alb/Krea skall ligga <3 mg/mmol. Avvikelse från dessa värden är en signal att njurarna inte mår bra, i primärvården beror det ofta på underbehandlad hypertoni eller diabetes.

Vårdprogrammet är välskrivet och innehåller viktig information, det kan användas som diskussionsunderlag till exempel för läkarmöten. Längst bak i vårdprogrammet finns en lathund för att underlätta arbetet och jag hoppas att ni känner som gruppen ST-läkare jag föreläste för, ”Vi känner oss taggade att ta tag i patienternas njurar!”

Jäv saknas.



Elisabeth Wolpert

Allmänläkare, Med dr,
Vårdcentralen Ekenberg, Nyköping
elisabeth.wolpert@gmail.com

Nationellt vårdprogram för
kronisk njursjukdom

I vårdprogrammet finns en lathund, för att underlätta vårt arbete.

Referenser:

1. Nationellt vårdprogram i njursjukdomar, 2024, <https://vardpersonal.1177.se/globalassets/nkk/nationell/media/dokument/kunskapsstod/vardprogram/nationellt-vardprogram-for-kronisk-njursjukdom.pdf>
2. Statins can help reduce risk of death in people with chronic kidney disease who do not need dialysis, Cochrane data base, 2023.
3. Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease, New England Journal of Medicine, 2020.
4. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease, New England Journal of Medicine, 2022.

Ett autentiskt patientfall:

Är det njursjukdom eller inte?

En 68-årig man hade 2019 satts in på amlodipin på hypertoniindikation efter ett större kirurgiskt ingrepp. Kirurgkliniken hade därefter utremitterat till husläkarmottagningen för sedvanlig uppföljning. Kompletterande candesartan samt även rosuvastatin på grund av hyperlipidemi sattes in vid efterföljande årskontroller.

Hösten 2023 kom patienten till läkare 1 på husläkarmottagningen för årskontroll avseende hypertoni och lipidrubbing. Han stod då på amlodipin 10 mg, candesartan 8 mg samt rosuvastatin 20 mg. Kroppsligt status utföll normalt bortsett från blodtryck 144/70 mm Hg, Hb 157. LDL 1,5. Kreatinin 96, eGFR 63. f-glc 4,8. Normalt NTproBNP. Inför detta läkarbesök kontrollerades för första gången en U-Albumin/Kreatinin (U-Alb/Krea), som visade 25,7 g/mol (referensvärde <3,0). Urinprovet var analyserat på morgonurin, men möjligen hade vattenkastningen föregåtts av tyngre fysisk aktivitet dagen innan. Dysuri negrades.

En utredning avseende proteinläckaget initierades direkt mot bakgrund av att patienten själv var utredningsintresserad och påläst. Serumelfores visade inte någon inflammatorisk reaktion och heller ingen M-komponent. Urinelfores visade oselektiv glomerulär proteinuri, men ingen M-komponent. Ett verifierande urinprov med albumin/krea-kvot samt en urinsticka



Här fanns således misstanke på njursjukdom stadium två baserat på lätt nedsatt njurfunktion i kombination med lågradig proteinuri ...

beställdes. Patienten genomgick även en dygnsmätning av blodtrycket för att klarlägga om subreglerad hypertoni var orsak till proteinläckaget.

Patienten kom på ett återbesök till läkare 2 (undertecknad) efter ett par veckor. Ambulatorisk blodtrycksmätning var utförd med normala värden sett till dygn, dag och natt. Ny U-Alb/Krea: 24,4 g/mol. Urinsticka: 2+ röda, 2+ protein. Kreatinin 91, eGFR 66. PSA låg under nationella gränsvärdet. Med sig i handen hade patienten en utprintad graf som tydligt visade att hans eGFR sakta sjunkit under de senaste åtta åren. Det tidigaste kända värdet var från 2015, då hade patienten eGFR på 95 mL/min/1,73 m². 2019 låg eGFR på 75 och nu 2023 eGFR på 63. Lateral anamnes gav för handen att patienten inte hade någon tidigare njursjukdom. Han hade inte något omfattande bruk av NSAID, någon historisk njurskada, relevant LUTS-problematik, ärftlighet för njursjukdom eller förekomst av makroskopisk hematuri.

Här fanns således misstanke på njursjukdom (CKD) stadium två baserat på lätt nedsatt njurfunktion (eGFR 60–89) i kombination med lågradig proteinuri på två stycken analyserade U-Alb/Krea. Men dels hade den första analysen möjligen föregåtts av fysisk aktivitet, vilket kan öka fysiologiska proteinläckaget i urinen. Dels hade de för CKD-diagnos stipulerade tre månaderna av persisterande albuminuri inte förflutit. Diagnos CKD2 kunde därmed formellt ännu inte ställas, samtidigt som det kunde förutsättas att patientens albuminuri inte var nytillkommen.

Så vad var då orsaken till denna förmodade CKD2? Misstanke på prerenal orsak förelåg inte. Det fanns heller ingen anamnestic misstanke på postrenalt hinder. Således gick tankarna till att det rörde sig om renal orsak till njursjukdom. 2+ erythrocyter på urinsticka väckte misstanke på kronisk glomerulonefrit. Hypertoni och lipidrubbing ledde tankarna till nefroskleros. Emellertid var patienten verifierat normotensiv på dygnsmätning, det vill säga det kunde inte förklara proteinläckaget. Diabetes eller myelom förelåg inte. Candesartan ökades till 16 mg av nefroprotektiva skäl och amlodipin minskades

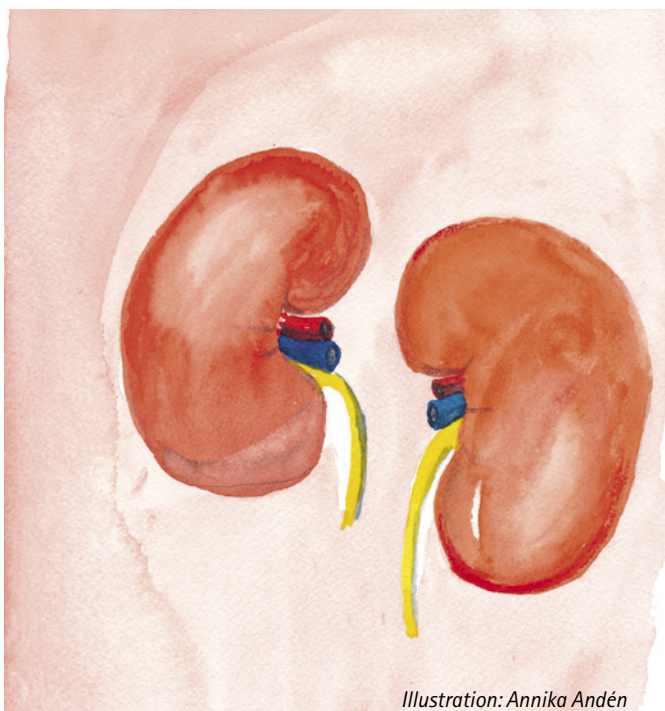


Illustration: Annika Andén

parallellt till 5 mg för att inte riskera hypotension. Efterföljande eGFR planerades två veckor senare. Ny U-Alb/Krea samt ny urinsticka planerades efter ett par månader. Vid telefonkontakt någon vecka senare uttryckte patienten dock oro för snabbt sjunkande eGFR och långsam utredningstakt.

Ultraljud njurar beställdes och utfördes sex veckor efter den inledande årskontrollen. Det visade njurar som storleksmässigt låg inom normalvariation; vänster njure 10,6 cm och höger njure 12,3 cm. Anatomi och ekogenicitet var ua. Dopplerkurvor talade emot njurartärstenos. Ny provtagning visade kreatinin 105, eGFR 57. Ny U-Alb/Krea 20,8 g/mol. Ny urinsticka: 2+ röda, 2+ protein. Distanskonsultation med njurmedicinare fördes. Mot bakgrund av samtidig mikroskopisk hematuri kallade man patienten till njurmedicinska mottagningen för nya prover och vaskulitutredning. Man flaggade för att patienten sannolikt inte skulle komma att bli föremål för njurbiopsi. Patienten erbjuds insättning av SGLT2-hämmare och ökning av candesartan via undertecknad, men han ville hellre invänta den njurmedicinska bedömningen.



Mot bakgrund av samtidig mikroskopisk hematuri kallade man patienten till njurmedicinska mottagningen för nya prover och vaskulitutredning.

På njurmedicinska kliniken konfirmerade man diagnos CKD2. Dapagliflozin insattes och man beställde en njurbiopsi för att kunna ställa diagnos. Vaskulitprover utföll normalt. Biopsi från vänster njure visade IgA-nefrit. Det sågs även lätta kärlförändringar som vid hypertoni/ateroskleros. U-Alb/Krea fortsatte ligga på 26 g/mol. Metabola rubbningar eller uremiska symtom förelåg inte.

Candesartan är numera ökat till 24 mg. Hans albuminuri har förvisso inte minskats av candesartan och dapagliflozin, men denna behandling har kardiovaskulära fördelar. Cortisonbehandling mot IgA-nefrit har övervägts, men inte insatts. Patienten fortsätter sina kontroller på njurmedicinsk klinik. Många patienter med IgA-nefrit behöver dialys eller njurtransplantation efter ett antal år.

Diskussion

Sammanfattningsvis kan man konstatera att som vanligt har patienten oftast rätt. För diagnosen CKD krävs att patienten under minst tre månader uppvisar **antingen** nedsatt njurfunktion uttryckt som eGFR <60 ml/min/1,73 m² **eller** minst en markör för njurskada med implikationer för hälsan såsom persisterande hyperalbuminuri, patologiskt urinsediment, patologisk anatomi, patologisk njurhistologi eller genomgången njurtransplantation.

Patientens kreatininvärden låg under flera år stabilt med eGFR stadigvarande över 60. Det var U-Alb/Krea-analysen som uppmärksammade såväl läkare som patient på att något inte var som det skulle. Grafen med sjunkande eGFR över tid illustrerade väl hur njurfunktionen successivt försämrades över tid. Utebliven analys av U-Alb/Krea försenade sammantaget upptäckten av hans njursjukdom.

Dygnsmätning av blodtrycket verifierade att det inte var subreglerad hypertoni som orsakade albuminläckaget. Men kombinationen av hypertoni och lipidrubbing är en vanlig orsak till nedsatt njurfunktion och kunde förklara ett sjunkande eGFR. Urinsticka visade dock mikroskopisk hematuri vid upprepade kontroller, vilket ledde tankarna till kronisk glomerulonefrit, som i sin tur teoretiskt kan vara primära orsaken till patientens hypertoni. IgA-nefrit är den vanligaste orsaken till kronisk glomerulonefrit hos vuxna. En vanlig urinsticka har sammantaget en central plats i utredning av njursjukdom och proteinuri.

Ultraljud av njurar är en del i utredning av sjunkande eGFR. Samtidigt finns det ett stort antal äldre patienter i primärvården med definitionsmässigt mild CKD, men utan samtidig albuminuri. Ofta kan det betraktas som normalt åldrande. Även måttlig CKD är vanligt förekommande bland äldre, speciellt vid samtidig kardiovaskulär sjukdom och diabetes.

MGUS- och myelomutredningen gjordes i detta fall ovanligt tidigt i utredningen. Överlag gick utredningen påfallande fort när patientens lågradiga albuminuri väl uppdagades, något som kan tillskrivas patientens personliga engagemang i utredningen. Ett regionalt gränssnitt om vårdnivå utgjorde ett värdefullt beslutsstöd [1].

SGLT2-hämmare bromsar progress i njursjukdom och minskar njurrelaterad och kardiovaskulär dödlighet. I Sverige har SGLT2-hämmare indikation vid CKD3. I detta fall befann sig patienten CKD2, men U-Alb/Krea >23 mg/mmol, vilket var ett inklusionskriterium i såväl DAPA CKD- som Empa-Kidney-studien. Det fanns således prognostiska skäl att sätta in patienten på SGLT2-hämmare.

Jäv: författaren deltagit i advisory board för Astra Zeneca och Bayer



Anna Hallert
Allmänläkare, Särna vårdcentral
anna_hallert@hotmail.com

Referens:

- <https://vardgivare.skane.se/contentassets/418db304250641a0bc2cacf-6876b8a0f/kronisk-njursjukdom---tidig-upptackt-och-behandling-version-2022-09-23-sodrasjukvardsregionen.se.pdf>

Detaljer i patientfallet är ändrade av anonymitetsskäl. Patienten har tagit del av fallet och samtycker till denna publicering.

Om vi inte skyddar njurarna – njurersättande behandling

Den årliga mortaliteten för patienter med dialysbehandling, som för 30 år sedan var 30%, har minskat till 18,4%, trots ökad medelålder vid dialysstart. Detta kan tyda på att behandlingen i flera avseenden har förbättrats, även om mortaliteten fortsatt är förfärande hög. Antalet patienter i dialys i Sverige, uppgår för närvarande till drygt 4 000. Antalet njurtransplanterade uppgår till knappt 11 000 och den årliga mortaliteten för njurtransplanterade är drygt 3%.

Man måste då hålla i minnet att komorbiditeten ofta är högre i dialyspopulationen, eftersom patienter med till exempel svår kardiovaskulär sjuklighet, demens eller cancersjukdom oftast inte kan transplanteras. Den totala mortaliteten för patienter i all njurersättande behandling har sjunkit från 13,8% år 1991 till 9,6% år 2022. Denna förbättring beror framför allt på förbättrad överlevnad i den dialysbehandlade gruppen.

Tittar man mer globalt på problemet med kronisk njursjukdom (CKD) så ser



Summa summarum, den enda rimliga slutsatsen är att vi måste arbeta mer proaktivt för att förhindra komplikationer ...

det verkligen inte ljust ut, om vi inte sätter in förebyggande/riktade/bromsande åtgärder i mycket större utsträckning (och tidigare). Lyckas vi inte med det så kommer CKD att segla upp från 10:e plats till 5:e plats på listan över vanligaste dödsorsaker redan år 2040, alltså om bara lite mer än 15 år. Kostnaden för vård vid kronisk njursjukdom mäts inte bara i mänskligt lidande, utan även i gigantiska utgifter – med en årlig kostnad bara i Europa på ungefär 1 500 miljarder kronor (cirka 2 000 SEK/invånare i Europa, räknat på 745 miljoner invånare).

En dialyspatient befinner sig fortfarande i CKD-stadium 5 trots dialysbehandling då dialys aldrig helt kan kompensera för förlusten av njurfunktion i de nativa njurarna.

Den bästa njurersättande behandlingen är naturligtvis njurtransplantation. Patienten får då i det närmaste normala labbvärden, ökad livskvalitet och känner sig oftast frisk.

Har patienten en make/maka, släkting eller god vän så görs en utredning av både givare och tänkbar mottagare, så att njurtransplantation kan utföras innan behov av dialys uppstår. eGFR vid transplantation med njure från levande givare kan vara mellan 5 ml/min/m² och upp emot 15 ml/min/m².

Saknas levande donator behöver man planera för dialysbehandling vilket görs

vid eGFR ca 10–15 ml/min/m². Information om de olika dialysformerna, peritonealdialys (PD) och hemodialys (HD), ges och patienten gör ett val tillsammans med ansvarig läkare. Patienter och anhöriga erbjuds även ofta att delta i njurinformativsträffar och inriktningen är att stimulera patienten att ta så mycket ansvar för sin egen behandling som möjligt, dvs dialys i hemmet med peritonealdialys eller hemhemodialys (HHD). Om detta inte är möjligt återstår hemodialys på en dialysmottagning.

Hemodialys innebär att patientens överskottsvätska tas bort och slaggprodukter, salter och vätejoner regleras genom att blodet pumpas genom ett dialysfilter med hjälp av en dialysmonitor. Patienterna behandlas vanligtvis fyra timmar tre gånger per vecka med bloddialys. Vid PD används bukhinnan som filter och behandlingen utförs vanligen av patienten i sitt eget hem. Även vid denna dialysform kan vätskebalans upprätthållas, liksom avlägsnande av salter etcetera.

Summa summarum, den enda rimliga slutsatsen är att vi måste arbeta mer proaktivt för att förhindra komplikationer till, och progress av, kronisk njursjukdom. Ofta gäller här att ”ju tidigare desto bättre”.

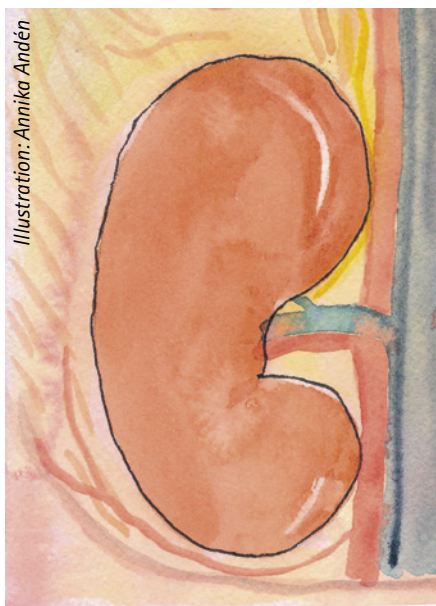
Jäv: Arvoderade uppdrag åt Bayer och Astra Zeneca.



Anders Fernström
Överläkare, docent, Njurmedicinska kliniken, Linköpings Universitetssjukhus

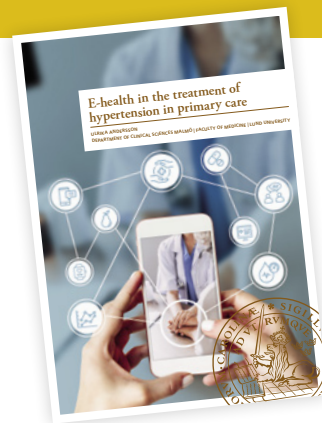
Källor:

Bland annat SNR (Svenskt NjurRegister), EKHA (European Kidney Health Alliance), Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom, Fidelity-studien, Läkartidningen. 2021;118:21096



Annons

E-hälsa i behandling av högt blodtryck i primärvård



I Sverige har mer än varannan person över 65 år högt blodtryck och i primärvården träffar vi flera gånger om dagen patienter med hypertoni. Det kan kännas enkelt att hantera en blodtryckskontroll på vårdcentralen – justera medicindosen eller prata om livsstil utifrån ett värde mätt på mottagningen. Dock är resultatet av våra insatser nedslående, mindre än hälften av patienterna med behandling mot hypertoni har ett blodtryck som är välkontrollerat (<140/90 mmHg) [1].



Dock är resultatet av våra insatser nedslående, mindre än hälften av patienterna med behandling mot hypertoni har ett blodtryck som är välkontrollerat ...

Förklaringen till detta är mångfacetterad. Medvetenheten kring högt blodtryck är låg i befolkningen, och även hos de som har diagnos och behandling är kunskapen kring tillståndet ofta bristfällig. Det kan bidra till att följsamheten till behandlingen är låg, vilket också kan bero på att högt blodtryck inte är förknippat med tydliga symtom som motiverar till fortsatt behandling. Läkemedelsbehandling kan vara behäftad med biverkningar som gör att behandlingen upplevs värre än tillståndet i sig.

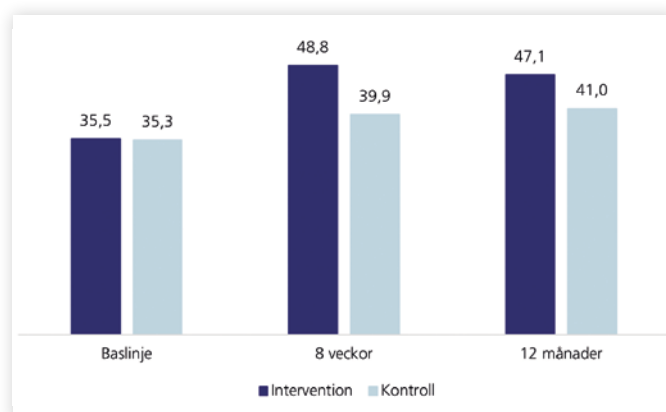
En annan förklaring är det som på engelska kallas för ”physician inertia”, att förskrivande läkare inte intensifierar behandlingen när det är indicerat [2]. Hypertonivården behöver förbättras på flera sätt, och exempel från andra länder, till exempel Kanada, visar att det går att göra [1]. Vårdens resurser är som bekant begränsade, och med en växande äldre befolkning och med det en ökad prevalens av kroniska tillstånd såsom hypertoni, krävs det att nya, mer effektiva arbetssätt införs för att kunna hantera alla patienter med högt blodtryck i primärvården. Patienterna behöver bli mer delaktiga i sin vård och verktyg för att möjliggöra detta fordras. Digitala hjälpmedel rekommenderas i internationella riktlinjer för hypertoni [3] och kan vara viktiga verktyg, men behöver utvärderas vetenskapligt innan de införs i klinisk verksamhet.

Mot bakgrund av detta startades studien *PERson-centred-*

ness in Hypertension management using Information Technology (PERHIT), med syfte att öka andelen personer som uppnådde målblodtryck (<140/90 mmHg), med hjälp av e-hälsa som verktyg i personcentrerad primärvård. Projektet föregicks av en mindre studie som genomfördes vid Göteborgs och Linköpings universitet 2012–2015. I studien utvecklades ett digitalt interaktivt system för att stödja patienters egen hantering av högt blodtryck och testades av 50 patienter med hypertoni [4, 5]. Resultaten var lovande, efter åtta veckors användning av systemet var deltagarnas blodtryck i snitt 7/5 mmHg lägre än vid starten [6].

Utifrån intervjuer med deltagarna drog forskargruppen slutsatsen att interventionen kunde användas som stöd i personcentrerad vård [7]. PERHIT byggde vidare på dessa resultat och testade samma intervention i en större randomiserad kontrollerad multicenterstudie. Totalt inkluderades 949 patienter med högt blodtryck från 31 vårdcentraler i Region Skåne, Västra Götaland, Region Jönköping och Region Östergötland mellan 2018 och 2020.

Interventionen i PERHIT bestod av hembloodtrycksmätning och rapportering avseende blodtryck samt relaterade livsstilsfaktorer i ett digitalt verktyg. Patienterna rekryterades av sjuksköterskor eller läkare på de vårdcentraler som ingick i studien. Vuxna patienter med hypertoni-diagnos och läkemedelsbehandling kunde inkluderas, oavsett blodtrycksnivå. Deltagarna randomiserades efter inklusionen till interventions- eller kontrollgrupp, ungefär lika många i vardera gruppen på varje vårdcentral. Blodtryck, puls, vikt och längd mättes, blodprover (kreatinin, cystatin C, HbA1c och kolesterol) inhämtades och enkäter besvarades.



Andel (%) av deltagare med blodtryck <140/90 mmHg.

Deltagarna i interventionsgruppen fick en blodtrycksmätare med sig hem och installerade ett program, CQ (utvecklat av företaget eSanté), på sin mobiltelefon. De uppmanades att starta programmet varje kväll under åtta veckor, och i det svaret på frågor som berörde faktorer relevanta för hypertoni gällande den gångna dagen. Frågorna gällde medicinintag, fysisk aktivitet, välmående och symtom och svaren angavs på en skala i fem steg. Exempelvis var en fråga "Upplevt stress idag?", och svaren graderades från "väldigt mycket" till "inte alls". För frågan gällande medicinintag fanns tre alternativ; "ja", "nej" och "delvis". Efter frågorna besvarats mätte deltagarna sitt blodtryck och puls och rapporterade värdena i programmet.



Patienterna behöver bli mer delaktiga i sin vård och verktyg för att möjliggöra detta fordras.

Under interventionsperioden kunde deltagarna logga in på en säker webbsida och se sina rapporterade värden i form av grafer, för att på så sätt kunna relatera blodtrycksnivån till övriga faktorer. Efter åtta veckor kom samtliga deltagare tillbaka till sin vårdcentral för ett uppföljande besök. Deltagarna i interventionsgruppen fick då tillfälle att prata med sin sjuksköterska eller läkare, och det uppmuntrades till att graferna användas som diskussionsunderlag. De följdes också upp efter ett år. I kontrollgruppen bedrevs vården som vanligt, utöver de mätningar som ingick i studien.

Nedan redovisas resultaten från avhandlingen *E-health in the treatment of hypertension in primary care* där fyra delstudier med material från studien PERHIT ingick. Huvudsyftet med avhandlingen var att utvärdera om behandlingen av högt blodtryck i primärvården kunde förbättras genom att stödja patienterna i deras egen hantering av tillståndet, genom användning ett digitalt verktyg som stöd för personcentrerad vård.

Avhandlingen försvarades den 3 maj 2024 vid Lunds universitet av undertecknad. Arbetet med avhandlingen har framför allt skett vid Centrum för primärvårdsforskning i Malmö men genom Nationella forskarskolan i allmänmedicin gavs också tillfälle till forskningsvistelse utomlands. Under 2022 spenderade jag två månader vid The George Institute for Global Health i Sydney, Australien, där jag deltog i deras doktorandutbildning samt arbetade med eget material under förstklassig handledning.

Delstudie I

När digitala verktyg används av patienter som stöd i behandling kan relationen mellan patient och professionell förändras. Ett nyckelbegrepp inom personcentrerad vård är partnerskap mellan patient och professionell. Det innebär en ömsesidig förståelse och respekt för varandras kunskaper, där patienten

innehar kunskapen kring sin upplevelse av tillståndet och den professionella besitter den medicinska kunskapen.

Vi genomförde fokusgruppintervjuer med 22 patienter och 15 sjuksköterskor och läkare som deltagit i PERHIT [8]. Patienterna hade vid intervju tillfället genomfört den åtta veckor långa interventionen och haft ett uppföljande samtal med sin sjuksköterska eller läkare. Syftet med studien var att undersöka om partnerskapet mellan patient och den professionella, samt deras roller, påverkades av interventionen. Materialet från intervjuerna analyserades med tematisk analys och resulterade i tre huvudteman: "Använda teknologin som hjälpmedel för egen hantering och behandling av blodtryck", "Patienten som aktiv och ansvarstagande partner" och "Den professionella som konsult".

Patienterna beskrev att de med hjälp av hembloodtrycksmätning och det digitala verktyget fick mer insikt kring sitt tillstånd, och upplevde sig själva som mer aktiva och ansvarstagande i sin behandling. Läkarna och sjuksköterskorna beskrev att samtalen med patienterna om hypertoni skiljde sig från vanliga konsultationer om hypertoni, med mer fokus på livsstil och på vad som var viktigt för den enskilda patienten. Alla upplevde dock inte att interventionen tillförde något, en del professionella upplevde att det var för tidskrävande och utnyttjade inte systemet så som det var tänkt.

Delstudie II

I den andra delstudien beskrevs huvudresultatet av interventionen [9]. Vid baslinjen hade 35% av patienter ett kontrollerat blodtryck i både interventions- och kontrollgruppen. Efter åtta veckor sågs en förbättring i interventionsgruppen till 49%, vilket var signifikant högre än i kontrollgruppen (40%, $p=0,006$). Vid uppföljningen efter ett år hade 47% av deltagarna i interventionsgruppen kontrollerat blodtryck, jämfört med 41% i kontrollgruppen ($p=0,07$).



Huvudsyftet med avhandlingen var att utvärdera om behandlingen av högt blodtryck i primärvården kunde förbättras genom att stödja patienterna i deras egen hantering av tillståndet, genom användning ett digitalt verktyg som stöd för personcentrerad vård.

Antalet läkemedel ökade i både interventions- och kontrollgruppen under studietiden, dock sågs ingen skillnad mellan grupperna avseende antal förskrivna läkemedel mot hypertoni. Således var det inte en ökad förskrivning av läkemedel i interventionsgruppen som stod för det positiva resultatet, utan

sannolikt berodde det på ökad följsamhet till behandling, både läkemedel och livsstilsrelaterad sådan.

Delstudie III

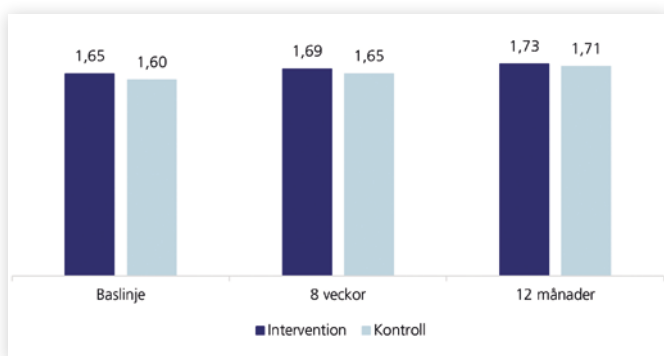
Då deltagarna i interventionsgruppen mätte sitt blodtryck dagligen under åtta veckor gavs det tillfälle att studera blodtrycksvariabilitet och relaterade faktorer [10]. Blodtrycksvariabilitet är ett forskningsområde utan klinisk implikation i nuläget, dock kan det i framtiden bli ett mål för behandling då studier har visat att en ökad blodtrycksvariabilitet är en riskmarkör för hjärtkärlsjukdom, oavsett hur hög blodtrycksnivån är i genomsnitt.

Det finns ingen konsensus kring hur blodtrycksvariabilitet ska definieras, det kan mätas med olika tidsintervall och olika mått. I vår studie använde vi variationskoefficienten för systoliskt hembloodtryck som mått på variabilitet. Låg blodtrycksvariabilitet var signifikant associerat med låg alkoholkonsumtion och behandling med kalciumantagonister. Behandling med kalciumantagonister har kopplats till lägre blodtrycksvariabilitet i observationsstudier och har föreslagits som företrägen behandling vid hög blodtrycksvariabilitet.

Dock finns det inga större randomiserade studier genomförda där detta har undersökts varför kunskapsläget idag är för svagt för kliniska rekommendationer [11]. Hög blodtrycksvariabilitet var associerat med högt blodtryck och puls, hög ålder, samt rökning. Deltagarna med hög blodtrycksvariabilitet rapporterade något mer yrsel och hjärtklappning än övriga. Vi undersökte också om blodtrycksvariabilitet var associerat med organskador, och såg en signifikant association mellan blodtrycksvariabilitet och pulstryck som mått på artärstelhet respektive estimerad glomerulär filtrationshastighet som mått på njurskada.

Delstudie IV

I den fjärde delstudien undersökte vi om det fanns signifikanta associationer mellan deltagarnas uppmätta hembloodtryck och deras rapporter kring medicinintag, fysisk aktivitet, välmående och symtom [12]. För analysen användes linjär blandad modell, en statistisk metod som är lämplig vid upprepade mätningar för samma objekt, till exempel upprepade blodtrycksmätningar från samma individ. De variabler som vi ville studera och deltagarnas svar på frågor, inkluderades i samma modell, en för systoliskt och en för diastoliskt blodtryck.



Genomsnittligt antal antihypertensiva läkemedel.



Illustration: Annika Andén

Vi såg signifikanta associationer mellan samma dags blodtrycksvärde och medicinintag, välmående, stress, rastlöshet, fysisk aktivitet och huvudvärk. Den starkaste associationen var mellan blodtryck och medicinintag, där att ha tagit sin medicin helt enligt ordination var associerat till 5 mmHg lägre blodtryck än att inte ha tagit sin medicin alls. Hög stress eller lågt välmående var associerat till 4 mmHg högre blodtryck än ingen stress eller högt välmående.

Vi gjorde separata analyser för män och kvinnor och såg att resultaten skilde sig åt till viss del, bland annat var associationen mellan fysisk aktivitet och blodtrycksnivå signifikant för män men inte för kvinnor. Det sågs inga signifikanta associationer mellan blodtryck och trötthet, yrsel, hjärtklappning eller sömn.

Slutsatser och klinisk betydelse

Användandet av det digitala verktyget som en del i ett mer personcentrerat arbetssätt ledde till att signifikant fler patienter uppnådde målbloodtryck efter avslutad intervention, dock vet vi inte om effekten håller i sig över tid efter avslutad användande. Erfarenheterna från de tilltänkta användarna, patienterna och de professionella, är nödvändiga att överväga innan implementering. I våra fokusgruppsintervjuer fann vi att de flesta patienter och professionella var positiva till att använda systemet. Patienterna beskrev att de fick mer insikter och motivation till livsstilsförändringar, samt att de blev mer aktiva i sin vård. Verktygen kunde bidra till att samarbetet och kommunikationen mellan patient och professionsföreträdare blev mer jämnt och kunde på så sätt påverka partnerskap och roller i hypertoni-behandling. Det blev också tydligt att det fanns olika åsikter om insatsen och några av de professionella föredrog traditionell vård framför att använda ett digitalt verktyg som detta.

Sambandet mellan blodtrycksvariabilitet och organskador har beskrivits i tidigare publikationer, och i vår studie såg vi

en association mellan blodtrycksvariabilitet och organskador för patienter med behandling mot hypertoni. I framtiden kan ökad blodtrycksvariabilitet bli ett mål för behandling för att minska utvecklingen av kardiovaskulär sjukdom, dock finns det fortfarande alltför många obesvarade frågor för att rekommendationer kring behandling ska kunna utformas.



Det blev också tydligt att det fanns olika åsikter om insatsen och några av de professionella föredrog traditionell vård framför att använda ett digitalt verktyg som detta.

Resultaten från den fjärde delstudien kan vara av betydelse för vårdpersonal som är intresserade av att motivera patienter till behandlingsföljksamhet. Inte oväntat representerade följksamhet till ordinerad medicinerings det starkaste sambandet med samma dags blodtryck. Välbefinnande, stress och rastlöshet var också starkt förknippade med blodtrycksnivåer, vilket kan förtjäna uppmärksamhet i behandlingen av högt blodtryck.

Det digitala verktyget som användes i denna intervention kan nyttjas som ett verktyg i personcentrerad vård för att förbättra behandlingen av hypertoni. Dock bör det påpekas att trots den positiva responserna från patienterna i studien, så hade fortfarande mer än hälften av deltagarna ett blodtryck som var över målvärdet efter interventionen.

Ytterligare insatser krävs för att behandlingen av hypertoni i primärvården ska förbättras. Framtida interventioner bör även rikta in sig på att förskrivningen av antihypertensiva läkemedel ska ökas när det är motiverat, och fasta kombinationer kan vara ett bra alternativ för att underlätta följksamhet.

Jäv saknas.

Ulrika Andersson

Allmänläkare, med dr,
Vårdcentralen Löddeköpinge, Centrum för
Primärvårdsforskning, Institutionen för kliniska
vetenskaper Malmö, Lunds universitet
ulrika.andersson.4418@med.lu.se



- Referenser:** (fullständig referenslista finns i e-tidningens läsläge)
- Andersson U, Bengtsson U, Ranerup A, Midlöv P, Kjellgren K. Patients and Professionals as Partners in Hypertension Care: Qualitative Substudy of a Randomized Controlled Trial Using an Interactive Web-Based System Via Mobile Phone. *J Med Internet Res.* 2021;23(6):e26143. <https://www.jmir.org/2021/6/e26143>
 - Andersson U, Nilsson PM, Kjellgren K, Hoffmann M, Wennersten A, Midlöv P. PERson-centredness in Hypertension management using Information Technology: a randomized controlled trial in primary care. *J Hypertens.* 2023;41(2):246-253.
 - Andersson U, Nilsson PM, Kjellgren K, Harris K, Chalmers J, Ekholm M, et al. Variability in home blood pressure and its association with renal function and pulse pressure in patients with treated hypertension in primary care. *J Hum Hypertens.* 2023;38(3):212-220. <https://www.nature.com/articles/s41371-023-00874-2>
 - Andersson U, Nilsson PM, Kjellgren K, Ekholm M, Midlöv P. Associations between daily home blood pressure measurements and self-reports of lifestyle and symptoms in primary care: the PERHIT study. *Scand J Prim Health Care.* Published online March 26, 2024;1-9. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2024.2332745>

Länk till avhandlingen: <https://portal.research.lu.se/sv/publications/e-health-in-the-treatment-of-hypertension-in-primary-care>

UTBILDA DIG I KOMPETENSVÄRDERING!

Kurs i kompetensvärdering i allmänmedicin 13–15 januari 2025 på Stjärnholms slott utanför Nyköping.

Anmälan senast 12 december 2024.

Du hittar anmälningsblankett och mer information om kursen på SFAM:s hemsida www.sfam.se via kalendarier eller sidorna om Mitt-i-ST och specialistexamen.

Kursen, ett tredagars internat, ger träning i att värdera allmänmedicinsk kompetens, särskilt under och i slutet av ST. Den bygger på aktivt deltagande, och stor del av tiden ägnas åt arbete i små grupper med praktiska

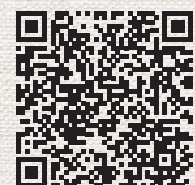
övningar. Samtliga moment i Mitt-i-ST och specialistexamen går igenom. Stor del av tiden ägnas åt bedömning av konsultationer samt träning att ge återföring. Videoinspelade konsultationer används som underlag.

Kursen är grundkurs för den som vill bli värderare för Mitt-i-ST och examinator för specialistexamen i allmänmedicin. Har man gått kursen tidigare, för mer än 3–5 år sedan, kan man med fördel gå den igen om man vill fortsätta utvecklas som värderare/examinator. Den utgör också en bra fördjupningskurs för handledare, studierekto-

rer och andra specialister i allmänmedicin med intresse för utbildning.

Kostnad preliminärt 19 000 kr inklusive internat måndag–onsdag 13–15 januari 2025.

Info och anmälan via QR-koden. ➔



Kontaktpersoner:

Robert Svartholm
(polarull.svartholm@telia.com)

Hur ska vi tänka när vi möter patienter med långvariga trötthetstillstånd?

Kunskap från en artikel med en omprövande analys

Alla allmänläkare har mött patienter med långvarig trötthet där den normala utredningen med grundlig anamnes, psykiatrisk screening och provtagning inte ger oss någon hjälp i diagnostik eller behandling. Begreppet ME eller CFS (chronic fatigue syndrome, kroniskt trötthetssyndrom) kan då dyka upp bland sådant vi funderar på.

Vi är väl alltid medvetna om att en diagnos som innebär en dålig prognos och behandlingspessimism kan ha negativa effekter på patientens hälsa och i det avseendet finns förskräckande exempel. 2018 hittades en hel familj död i en villa i Bjärred, och motivet tycks ha varit att familjens två döttrar båda fått diagnosen ME [1]. Vi kunde även läsa i pressen om en kvinna som sökte och fick hjälp med assisterat suicid i Schweiz baserat på just denna diagnos [2].



Det understryks att det inte handlar om inbillning, utan snarare om att en förnimmelse som redan fanns förstärks eller att symtom som man kanske alltid haft, tillskrivs en orsak som inte nödvändigtvis stämmer ...

Orden som skadar

I Läkartidningen fanns nyligen en recension från psykiatrikollegan Johan Bengtsson, av en bok som diskuterar begreppet nocebo [3]. Det summeras som ”uppkomsten av en skadlig händelse som härrör från att man medvetet eller omedvetet förväntat sig den” och pekar på våra egna sinnens förmåga att orsaka lidande. Det understryks att det inte handlar om inbillning, utan snarare om att en förnimmelse som redan fanns förstärks eller att symtom som man kanske alltid haft, tillskrivs en orsak som inte nödvändigtvis stämmer, exempelvis genom en lättvindigt eller felaktigt ställd diagnos.

I Norge är diagnosen ME mycket vanligare än i Sverige. I Norge har sjukfrånvaro på grund av trötthet/utmattning ökat med nästan 70% de senaste 15 åren. Man har sett detta som en ”epidemi av trötthet och samtidigt en ME-epidemi”.

Även många unga människor får diagnosen. På några få år har antalet norska patienter med ME ökat femfaldigt, samtidigt som siffrorna i Sverige och Danmark ligger mycket lägre [4]. Skillnader i förekomst av en diagnos mellan i övrigt likartade länder pekar på att det rör sig om det som ibland kallats en kultursjukdom.

I Norge finns dock även hoppgivande hemsidan Recovery Norway [5] där ett stort antal personer med trovärdiga berättelser vittnar om hur de blev friska från ME och liknande långvariga tillstånd med förväntat dålig prognos.

Från Stockholm kommer vittnesmål från kollegor i allmänläkares Facebookgrupper. De har fått patienter utremitterade från de två nu stängda specialiserade ME-mottagningarna där. Kollegorna har ställt sig tveksamma till att bara fortsätta med den sedan flera år pågående sjukskrivningen och till att ge sådan intravenös behandling som inte har vetenskapligt stöd. Samtidigt har de varit famlande i vad de ska göra och devisen att ”åtminstone låta bli att skada när man inte kan hjälpa” har inte känts tillräcklig.

Hoppingivande artikel

I december 2023 publicerades en artikel i vår egen vetenskapliga tidskrift Scandinavian Journal of Primary Health Care som kan vara till ledning till hur man som allmänläkare ska förhålla sig till diagnosen ME/CFS (6). Titeln är: *Chronic fatigue syndromes: real illnesses that people can recover from*. Alltså *Kroniska trötthetssyndrom: verkliga sjukdomar som man kan tillfriskna från*. Hela texten är fritt tillgänglig på nätet. Vi vill till hjälp för de kollegor som inte hinner med att läsa SJPHC ge en sammanfattning av artikeln.

Artikelförfattarna är 51 till antalet. Flertalet är läkare, några är psykologer eller terapeuter. Det stora flertalet av dem är verksamma i Norge, men det finns också medverkande från Sverige, Finland, Danmark, England och Nederländerna. Författarnamnen är listade alfabetiskt vilket medfört att Vegard Bruun Bratholm Wyller anges sist.

Förutom författarnamnen anges att artikeln kommer från *The Oslo Chronic Fatigue Consortium*. Ledare för denna samarbetsorganisation är just professor Wyller. Forskargruppen är välkänd för sina insatser för att skapa insikter om hur det omstridda och dunkla sjukdomstillståndet ME/CFS ska kunna förstås och behandlas.

Författarna använder genomgående termen ”chronic fatigue syndromes”, alltså i pluralis. De analyserar långvariga trötthetstillstånd som en grupp. De accepterar inte den brett spridda uppfattningen att kroniska trötthetstillstånd, inklusive postcovid, kan vara obotliga, det vill säga livslånga. De ser



Illustration: Annika Andén

dessa tillstånd som hjärnans svar på några av många biologiska, psykologiska och sociala faktorer. De finner ingen grund för att identifiera någon specifik sjukdomsprocess (till exempel ME/CFS).

Som möjlig orsak anges en ihållande aktivering av neurobiologiska reaktioner på stress. Som en anledning till att trötthet med flera symtom blir långvariga framhålls att de sjuka anser sig hotade av försämring om de försöker att aktivera sig fysiskt eller psykiskt. De är påverkade av påståenden om att de måste vara i ständig vila och måste avstå från sociala kontakter och andra stimuli från omvärlden. Författarna framhåller att de sjuka måste få hjälp att tänka på ett annat sätt så att de gradvis kan återta normala aktiviteter. I hjälp- och behandlingsåtgärderna bör ingå att de sjuka får möta personer som har tillfrisknat från långvarigt trötthetssyndrom.

Olika specialdiagnoser som ME/CFS, postcovid med flera har diskutabel, opålitlig (på engelska. questionable) giltighet och pålitlighet. När det gäller CFS citerar författarna en WHO-text från 2022 som stöd för den kritiska uppfattningen.

Andra perspektiv behövs

Det är ett välkänt förhållande att det efter 40 år av forskning om ME/CFS inte har framkommit resultat som visar skada på kroppsvävnader eller som utgör en biomarkör, det vill säga ett analysresultat (till exempel biokemiskt, immunologiskt) som är specifikt för sjukdomen, alltså gör det möjligt att hos en sjuk person fastställa att han/hon har just ME/CFS.

Därför, skriver författarna, är det dags att tillämpa andra

Jörgen Malmquist var i ett 20-tal år internmedicinare och hematolog vid universitetssjukhuset i Malmö. Efter några år vid läkemedelsindustri övergick han till arbete som uppdrags-skrivent, författare och förlagsredaktör, bl.a. vid Nationalencyklopedin. Han har förutom ordböcker givit ut *Diagnoser som diskuteras* (2016) och *Trött hela livet. Sjukdomen ME* (2020). Diskussionen fortsätter på hans blogg: diagnosdiskussion.wordpress.com

perspektiv som inkluderar psykologiska och sociala faktorer tillsammans med biologiska. Ett sådant synsätt tillämpas sedan länge när det gäller långvarig smärta – en upplevelse som liksom långvarig trötthet uppstår i hjärnan. Viktiga faktorer är negativa förväntningar som uppstår och förstärks genom att skrämmande påståenden från omvärlden ger inlärning och betingning (rigid tankelänk).

Omvärlden består förstås primärt av alla personliga kontakter: anhöriga, vänner och arbetskamrater. Men i dag dominerar information (korrekt eller vilseledande) från massmedier, särskilt internet. Specialfall är sådan information, oftast ensidigt negativ och skrämmande, som läggs ut av patientföreningar.

Byt ut "kroniskt" mot "långvarigt"

En kommentar om ordet kronisk kan behövas i detta sammanhang. Det grekiska *chronos* betyder tid. Det används i alla europeiska språk där man vill ange att något har med tidmätning, eller den fortlöpande tiden, att göra. Adjektivet kronisk syftar i regel på att något "tar tid", alltså är långvarigt. Inom medicinen betyder termen "kronisk" just att en sjukdom är långvarig. Tyvärr har betydelsen i Sverige och många andra länder kommit att förskjutas så att den uppfattas att stå för "livslång" och "obotlig". Den tankeschablonen är skadlig. En person som får den fiktiva diagnosen kroniskt trötthetssyndrom får uppfattningen att hon aldrig kan tillfriskna, en ogrundad uppfattning som sprids på nätet, inte minst av ME/CFS-organisationer.



Samtidigt har de varit famlande i vad de ska göra och de visen att "åtminstone låta bli att skada när man inte kan hjälpa" har inte känts tillräcklig.

Inom sjukvården bör ordet "kronisk" med få undantag undvikas. Ett vägledande exempel är "kronisk smärta", en term som specialister sedan länge har ersatt med "långvarig smärta".

Alltså: det ska heta *långvarig trötthet*, *långvarigt trötthetstillstånd* eller *långvarigt trötthetssyndrom*. Tidsgränsen för långvarighet sätts av olika experter vid tre eller sex månader.

För allmänläkaren innebär det som sägs i artikeln att vi ska vara försiktiga med diagnosen ME/CFS och att vi nu kan hänvisa till en stor grupp kollegor och forskare när vi kan säga:

1. Det finns inte skäl att särskilja ME/CFS från annan långvarig trötthet.
2. Vi behöver möta dessa patienter med ett brett synsätt som tar med aspekter av biologiska, psykologiska och sociala faktorer.
3. Patienterna behöver få hjälp att tänka på ett annat sätt än att

all ansträngning är farlig, så att de gradvis kan återta normala aktiviteter. ”Stay active!”

4. I avsaknad av möjligheten att möta personer som har tillfrisknat från långvarigt trötthetsyndrom kan en hänvisning till patientberättelserna på Recovery Norway ge nytt hopp.
5. I den allmänmedicinska konsultationen behöver vi möta eventuella tankar som patienten kan ha om negativ prognos.

Jäv saknas.



Jörgen Malmquist
Pensionerad specialist
i internmedicin, Höllviken



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

Referenser:

1. <https://www.mabra.com/medicin/me-lakaren-om-de-tragiska-dodsfallen-det-ar-sa-onodigt/6648303>
2. <https://www.expressen.se/nyheter/sjuk-svenska-valde-att-avsluta-sitt-liv-utomlands/>
3. <https://lakartidningen.se/aktuellt/recensioner/2024/06/noceboeffekten-nar-orden-kan-skada/>
4. <https://livelandmark.no/me-epidemin-pa-vag-till-sverige/>
5. <https://www.recoverynorway.org/>
6. Oslo Chronic Fatigue Consortium; Alme TN, Andreasson A, Asprusten

TT, Bakken AK, Beadsworth MB, Boye B, Brodal PA, Brodwall EM, Brurberg KG, Bugge I, Chalder T, Due R, Eriksen HR, Fink PK, Flottorp SA, Fors EA, Jensen BF, Fundingsrud HP, Garner P, Havdal LB, Helgeland H, Jacobsen HB, Johnson GE, Jonsjö M, Knoop H, Landmark L, Launes G, Lekander M, Linnros H, Lindsäter E, Liira H, Linnestad L, Loge JH, Lyby PS, Malik S, Malt UF, Moe T, Norlin AK, Pedersen M, Pignatiello SE, Rask CU, Reme SE, Roksund G, Sainio M, Sharpe M, Thorkildsen RE, van Roy B, Vandvik PO, Vogt H, Wyller HB, Wyller VBB. Chronic fatigue syndromes: real illnesses that people can recover from. *Scand J Prim Health Care*. 2023 Dec;41(4):372-376.

90 SVENSK INSÄMLINGS KONTROLL

GÖR EN LIVSVIKTIG INSATS

Bli månadsgivare på lakareutangranser.se

MEDECINS SANS FRONTIERES LÄKARE UTAN GRÄNSER

Årets allmänläkare i Dalarna

Utmärkelsen Årets allmänläkare delas sedan 2014 i Dalarna ut av Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Distriktsläkarföreningen (DLF) till personer som gjort insatser med positiv betydelse för länets allmänläkare, eller som genom sitt agerande och renommé stärker bilden av primärvården och distriktsläkare i Dalarna.

Årets pristagare blev Björn Strindberg Lennhed på minnesmottagningen i Falun med följande motivering:

Björn Strindberg Lennhed är mån om en välfungerande demensvård i primärvården, och visar samtidigt förståelse för dess begränsningar. Han står för välfungerande samarbete och delar på ett pedagogiskt, trevligt och ödmjukt sätt med sig av sina kunskaper. Detta ses tydligt vid konsultationer och vid regelbundna demensronder. Hans arbete är ett föredöme för hur samarbete mellan primärvård och sekundärvård kan se ut när det fungerar som bäst. Vi ser fram emot fortsatt arbete tillsammans, för våra patienter med demenssjukdom.



Fr.v.:
Filip Sundal,
ordförande
SFAM Da-
larna, Björn
Strindberg
Lennhed,
överläkare
vid Kliniken
för Geriatrik
och Reha-
bilerings-
medicin,
Falu Lasarett
och Nazia
Bergman,
kassör DLF
Dalarna.

Stort tack för det du gör Björn och som skrivet i motiveringen så hoppas vi på fortsatt fint samarbete med dig och våra kollegor på sjukhusen!

Filip Sundal
Ordförande SFAM Dalarna

SFAM:s torsdagsmöten Program hösten 2024

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) i samarbete med Svenska Läkaresällskapet (SLS) bjuder in till digitala föreläsningar sista torsdagen i månaden kl. 15.00–16.00, med möjlighet till fördjupning och nationell kollegial dialog kl. 16.00–17.00.



- 31 okt** **Svårläkta sår** Patienter med svårläkta sår är oftast sköra och har risk för infektioner och andra komplikationer. Tidig diagnos och korrekt handläggning är framför allt avgörande för kvaliteten på patientens vård, men ger också effektivitetsvinster för vårdcentralen. I detta möte träffar vi Rut Öien som är specialist i allmänmedicin, docent vid Lunds universitet och ordförande i den nationella arbetsgruppen som tagit fram vårdförloppet för svårläkta sår (**Vårdförlopp och vårdprogram svårläkta sår | Kunskapsstyrning vård | SKR (kunskapsstyrningvard.se)**). Vi bjuder in Distriktsköterskeföreningen till detta möte.
- 28 nov** **När läkaren gör fel** Ett begånget fel påverkar oss som individer, och hur vi hanterar situationer med misstag varierar stort mellan arbetsplatser och också inom arbetsplatsen. Hur kan vi hantera misstag på bästa sätt och på så sätt skapa lärande och mer säkra arbetsplatser? Medverkande: Jenny Berggren, specialist i allmänmedicin, medlem i SFAM:s råd för kvalitet och patientsäkerhet, ledamot i SFAM:s styrelse samt Rita Fernholm, specialist i allmänmedicin, medicine doktor och medlem i SFAM:s råd för kvalitet och patientsäkerhet.



SFAM:S TORSDAGSMÖTEN

SFAM:s torsdagsmöten är ett forum för utbyte av kunskap och erfarenheter som bidrar till allmänläkarnas professionella utveckling. Sista torsdagen i månaden kl. 15.00–16.00 bjuder vi in till digitala föreläsningar, med möjlighet till fördjupning och en nationell kollegial dialog kl. 16.00–17.00. Var med och ta del av aktuell kunskap och hur kunniga och drivande allmänläkare kan förändra hälso- och sjukvården i riktning mot en stark allmänmedicin med utgångspunkt i en fast patient-allmänläkarrelation.

PROGRAM OCH ANMÄLAN: www.sfamstorsdagsmoten.se

Rapporter från

Nordiska kongressen och Almedalen

Här kommer en rapport från SFAM:s ordförande Magnus Isacson från Nordiska kongressen i Åbo samt Almedalen och SFAM:s medverkan där. Från den nordiska kongressen har vi även en rapport från Dávid Ojalvo (sid 33), som var på kongressen på ett stipendium som SFAM Gotland fick när de anordnade ST-dagarna 2022.

Det har varit en hektiskt vår med många olika engagemang för mig som ordförande vilket är trevligt. Två av de främsta åtagandena har varit NCGP, alltså den nordiska kongressen, som i år gick av stapeln i Åbo 11–14 juni och Almedalen 25–28 juni.

Den nordiska kongressen arrangeras vartannat år enligt ett roterande schema och i år hade alltså turen kommit till Finland och Åbo. Nästa gång NCGP går av stapeln blir i Jönköping, 27–30 maj 2026. Hoppas vi ses då. Men åter till Åbo.

Min vistelse började med att jag skulle berätta om svensk primärvård för finska beslutsfattare någonstans på Åbo sjukhus men det blev lite förvirrat då jag hade fått fel adress. Jag försökte ringa ett par olika kontaktpersoner men inget svar så jag satte mig på en bänk mitt på sjukhusområdet och väntade. Fem minuter innan jag skulle börja föreläsa ringde de mig och ett par minuter senare blev jag uppmött.

Min erfarenhet är att det ganska ofta blir lite sådana här oklara situationer som ordförande när man ska vara med på olika evenemang. Tidigare stressade jag upp mig en del över detta men inte lika mycket numer utan jag brukar tänka att det löser sig och att inget farligt kan hända. Sen berättade jag i alla fall lite om svensk sjukvård och primärvård vilket jag tror var uppskattat.

Finland har en hel del liknande problem som vi i Sverige med få allmänläkare, dåliga möjligheter att ta personligt ansvar, stora vårdcentraler (eller hälsovårdscentraler) och uppgiftsväxling

som har lett till minskad effektivitet. Den punkt där vi skiljer oss tydligt åt är att Finland har en väl utbyggd företagshälsovård där den arbetande befolkningen ofta har bra möjligheter att få hjälp med arbetsrelaterade åkommor men även har lite av en gräddfil till vanlig allmänmedicinsk vård. Det förstnämnda tycker jag låter positivt då vi på vårdcentraler i Sverige har lite för mycket arbetsrelaterade besvär som bör lösas på arbetsplatsen. Dock ställer jag mig väldigt tveksam till den mer allmänmedicinska delen av finsk företagshälsovård eftersom denna uppdelning knappast är förenlig med vård efter behov.

Senare samma dag var det invigning och mingel och på onsdagen satte själva kongressen igång på riktigt. Huvudtemat var Core values of Family Medicine eller Allmänmedicinska grundpelare som vi översatt det till på svenska. Detta koncept började i Norge med ett dokument som NFA (motsvarande SFAM) tog fram 2001 och som de döpte till sju teser. Dokumentet har sedermera antagits av alla de nordiska länderna inom NFGP och i varje nordiskt land för sig. Den svenska versionen publicerades 2020 och är översatt av Carl Edvard Rudebeck. Det dokumentet finns på vår hemsida för den som är intresserad av att läsa mer.

I alla fall så kretsade kongressen kring detta och det var åtta keynote speakers. Sju stycken som hade en föreläsning om respektive Core value och så fick jag äran att avsluta kongressen genom att summera allt ihop. Det kändes väldigt ärofyllt och avslutningen på mitt tal var mitt ode ”Störst av allt är allmänmedicinen” fast översatt till engelska.

Men det var inte bara jag från Sverige som höll ett Keynote speech utan det gjorde även Minna Johansson på ett föredömligt sätt och fick rungande applåder. Och Hálfván Pétursson likaså. Vi betraktar honom som svenska även om han själv betraktar sig som islänning.



Magnus Isacson håller avslutningsföreläsning



Minna Johansson föreläser om Core value 3 – We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.



Magnus deltar i seminarium om AI.

Att åka på en internationell kongress likt denna borde vara ett obligatorium under ST och minst vart femte år som färdig specialist. Det är så givande att få lyssna på nya allmänmedicinska rön och att få ta del av alla olika allmänmedicinska perspektiv. Och att bara få diskutera med alla kloka kolleger som finns runt om i Norden (och i världen). Det ger perspektiv, idéer och arbetslust.

Almedalen

Senare i juni var det så dags för mig och Åke Åkesson som representerar för SFAM att åka till Almedalen. Att åka dit är något jag är lite ambivalent till. Å ena sidan har Almedalen ett rykte om sig att bara handla om rosévin och fest. Å andra sidan är det en väldigt viktig plats för att träffa och påverka beslutsfattare men även för att få en känsla för hur diskussionen går kring primärvården, sjukvården, digitalisering med mera, och för att lyssna. Vi har tagit beslut inom styrelsen att det

trots allt är något prioriterat och viktigt och vi vill därför vara där och påverka.

Mitt schema var ganska fullspäckat med deltagande i åtta seminarier, två runda bord-samtal, tre personliga möten, tre mingel och en del annat. Alltså hårt arbete från morgon till kväll. Det handlade om allt från tidig upptäckt av gynekologisk cancer och lungcancerscreening till God och nära vård och allmänläkarbemannning till AI och digital triage.

Sedan hade vi även vårt eget seminarium där Åke var moderator och jag paneldeltagare. Titeln var "Startskottet går för en nationell kapplöpning mot 1 allmänläkare per 1 100 invånare". Med oss i panelen hade vi en rad kloka personer, nämligen Emmy Ahlstedt, regionråd i Region Kalmar (C), Sara Banegas, chefläkare Praktikertjänst, Jonas Lindberg, oppositionsregionråd i Region Stockholm (V) och Nicklas Sandström, oppositionsregionråd i Region Västerbotten.

Det blev en bra dialog där vi lyfte fram de olika utmaningarna



Deltagare i Runda bord-samtal om gynekologisk cancer.



Deltagarna från SFAM:s eget seminarium.



Deltagare i seminarium om God och nära vård.

som finns i större och mindre regioner med olika geografiska förutsättningar och diskuterade de privata vårdgivarnas roll. Sen konstaterade vi att bara det faktum att man tar fram en handlingsplan och ett datum för när man ska ha full allmänläkarbemanning kan bli en självuppfyllande profetia. Alla var i alla fall överens om vart vi är på väg och hur otroligt viktigt detta är. Och det var inte bara det vanliga substanslösa tugget utan åtminstone i denna panel upplevde jag att man verkligen vill och kommer att göra allt som står i ens makt för att nå fram.

Vem som skulle hinna först till 1/1 100 var det lite olika bud om. Jag tippade på Gotland eftersom de har fördelen av att vara en liten region där man kan kraftsamla och jobba gemensamt på ett annat sätt än vad en större region kan, även om

mindre regioner med sämre geografiskt läge såklart även har sina nackdelar. Och så har man på Gotland visat en vilja att faktiskt jobba med detta och är en av få regioner som har tagit fram en handlingsplan.

Men det var inte bara vårt eget seminarium som handlade om primärvården och allmänläkarbristen. Det var glädjande nog många samtal och seminarier som handlade om detta. Sen inser jag i alla diskussioner jag har att många som inte är insatt i primärvården och problematiken tror att allt löser sig om vi bara listar på alla kroniker. Då försöker jag vänligt fråga vad vi ska göra med alla andra som blir över och varför de inte förtjänar en fast läkare? Varför ska vi satsa på något ineffektivt för den del av befolkningen som inte har en kronisk sjukdom? Det är ju inte så att dessa inte kommer behöva vård och när de behöver det skall såklart de också veta vem de ska vända sig till i första hand.

Jag provoceras också av alla dessa människor som säger att vi måste tänka nytt och att fast läkare är förlegat när detta koncept just är att tänka nytt eftersom vi vet att det är otroligt effektivt och att det är något som vi aldrig på allvar har försökt i Sverige. Men för många kvalificerar sig inte fastläkarkonceptet som "nytt" eftersom det inte primärt handlar om digitalisering, AI och "kompetensväxling".

Men summa summarum hade Åke och jag bra dagar i Al-medalen och vi diskuterade och debatterade fast läkare så till den milda grad att det sprutade kontinuitet ur öronen på oss. Och alltid är det någon som lyssnar och tar till sig.

Jäv saknas.



Åke Åkesson och Magnus Isacson.

Magnus Isacson
Ordförande SFAM
magnus.isacson@sfam.se



NCGP 2024:

Stort fokus på hållbarhet

Allmänmedicinens sju kärnvärden stod i fokus med sju föreläsningar. Det var intressant och lärorikt att lyssna på reflektioner och diskussioner. Anna Stavdal uppmärksammade publiken på fragmentering inom vården, digitalisering och vårdkonsumtion, vilket innebar risker för överdiagnostik och överbehandling. Det var speciellt intressant att höra om könsskillnader och hur kvinnliga läkare kan uppfattas enligt Judith Hall, professor i psykologi. Stavdal citerade Hall: ”Det högverbala, patientcenterade beteendet hos kvinnliga läkare betraktas inte som ett tecken på klinisk kompetens, som det är för manliga läkare, utan ses snarare som förväntat kvinnligt beteende.”



Anna Stavdal.

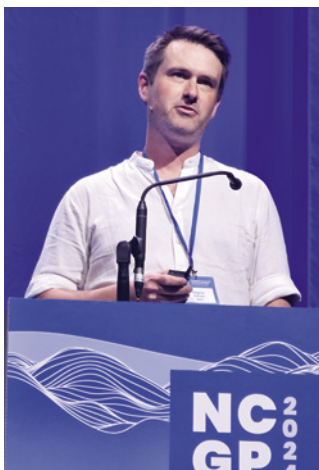
I sin presentation noterade Hálfván Pétursson att medicinska problem som inte skulle göra skada identifieras allt oftare. Sjukdomar marknadsfördes enligt Pétursson och riktlinjer borde ta hänsyn till vårdens resurser och hur rekommendationer skulle kunna tillämpas.

Minna Johansson var inne på samma linje och påminde om vikten av att prioritera patienter och erbjuda vård till dem som har störst behov. Det är inte hållbart eller realistiskt att tillämpa varje riktlinje i praktiken.

Utredningen av statlig vård i Danmark slutfördes några dagar före kongressen och Mogens Vestergaard, som medverkade som läkare i denna utredning, presenterade resultatet. Utredarna

kom fram till att hållbarhet spelade en nyckelroll inom hälso- och sjukvården. Han betonade att primärvården behöver mer resurser och en tydlig uppdragsbeskrivning för allmänläkare.

Magnus Isacson resonerade kring allmänläkares roll och samhällets uppfattning av primärvården. ”Förändring är möjlig”, enligt honom, och hans mål är att fortsätta uppmuntra kollegor att skriva, diskutera och kommunicera med politiker för att kunna utveckla professionen.



Magnus Isacson.

Workshops och seminarier: från ett stort utbud

Antalet läkare som arbetar som konsultläkare har ökat de senaste åren i Storbritannien och Norden. Det saknas dock studier som undersöker detta arbetssätts egenskaper. Att ha flexibilitet i arbetslivet, att kunna styra över arbetstider och möjlighet till deltidarbete väcker intresse för allmänmedicin bland yngre läkare.

Catharine Abrahamsen har utvecklat ett KBT-verktyg för att kunna arbeta med patienter med bestående fysiska symtom utan medicinsk förklaring. Hennes studie indikerar att detta verktyg kan ha en plats i klinisk praxis.

En ny riktlinje för handläggning av ryggsmärta är nästan färdigskriven i Danmark. Att bedöma patienten utifrån en biopsykosocial modell och genomföra en noggrann fysisk undersökning har en väsentlig roll.

Fyra faktorer väcker misstanke om cancer inom allmänmedicinsk praxis: medicinska kunskaper, interpersonell medvetenhet, oro för cancer och magkänsla. Allmänläkare kan ta mer plats i palliativ vård. Oddsens att dö på ett sjukhus är nio gånger högre om allmänläkare inte är delaktig.

I korthet: utifrån de senaste forskningarna:

- När äldre individer med kroniska sjukdomar drabbas av kronisk smärta är det värdefullt att screena för depression.
- Fyra av fem patienter med större olyckor skrivs ut med opioider. Allmänläkare kan följa upp patienten på ett strukturerat sätt för att fasa ut opioider.
- Blåsljud i hjärtat kan höras hos bara 35 procent av patienter med en signifikant hjärtklaffsjukdom. Beställning av ekokardiografi på grund av blåsljud kan i ett tidigare skede identifiera aortastenosen hos män över 70 år.
- Följsamhet till behandling med antikoagulation bland patienter med förmaksflimmer är 78% enligt en dansk studie.
- Troponin kan användas inom primärvården för att snabbt avsluta akut hjärtinfarkt hos patienter med ospecifik bröstsmärta.
- KOL-exacerbationer hos patienter med KOL Gold A kan öka risken för kardiovaskulär mortalitet.
- Enligt en norsk studie önskar 67 procent av kvinnor information om klimakteriet från sin allmänläkare.
- Sjuksköterskor kan följa upp behandling mot överaktiv urinblåsa och fatta beslut om att sätta ut läkemedel i Danmark.
- Det upplevs som tabu att diskutera förändringar i penis och patienter söker vård endast om det är absolut nödvändigt.

Jäv saknas.

Dávid Ojalvo

Allmänläkare, Segeltorps Vårdcentral, Stockholm
davidojalvo@gmail.com



Annons

Annons

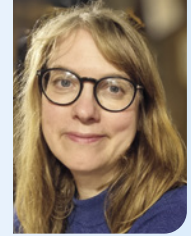


Med mod och exklusiv kunskap om våra patienter och deras sjukdomar, kan vi allmänläkare driva vården mot ett fungerande håll. Vi är inte ensamma, jag vågar påstå att patienterna vill ha en fast, kunnig läkare som har en riklig arbetsbörda.

Ett halvt sekel av pionjärer föregår oss. Allmänläkare som vid sidan av sitt kliniska arbete lyft blicken och åstadkommit en förbättring. Sedan 1999 har SFAM:s styrelse delat ut utmärkelsen "Årets lejon".

Jag blev nyfiken på lejonerna, hur de får kraft och mod, hur de ser på allmänmedicinen och om de har några

råd till oss andra. Därför frågade jag alla lejon som jag lyckades spåra upp, om de kunde vara med på en intervju. Att tala med dem var bland det roligaste jag gjort. Här är ett utdrag ur samtalen.



Anna Flod
Allmänläkare, Gnesta vårdcentral,
chefredaktör för SFAM:s torsdagsmöten

Lejonerna visar vägen

Jenny Berggren, Årets lejon 2024



Jenny är specialist i allmänmedicin i Linköping. Hon sitter i styrelsen för SFAM och är aktiv i SFAM-Q. I sitt upptagningsområde har hon initierat medborgardialoger med utlandsfödda kvinnor och arbetet med Likarätt. Hon har föreläst nationellt om diabetes och religiös fasta. I sitt arbete med att lyfta fram vad allmänmedicin är och kan åstadkomma,

skriver hon insändare och texter i tidningar och sociala medier (#tillsammansförallmänmedicin).

Ur nomineringen: "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."

Om kraft och mod: Fokus på det meningsfulla och viktiga har gett mig glädje och ork att arbeta för förändring, och stå ut med saker som jag inte kan förändra. Kraft får jag från familj, patienter och kollegor, samt att handleda och föreläsa för studenter och utbildningsläkare. I möten med patienter ser jag hur helhetssyn och kontinuitet kan göra stor skillnad. Kollegial dialog är oslagbart och inom SFAM hittar jag enormt mycket inspiration, lärdomar och stöd från engagerade kollegor landet över.

Jag känner mig inte modig, som ett modigt lejon ofta beskrivs. Jag upplever ofta tvivel och osäkerhet på hur en idé, föreläsning eller text kommer att tas emot. Men jag är sällan i en situation där jag har mycket att riskera. Ofta består min rädsla i att uppfattas som fånig, ointressant eller inte tillräckligt bra. Då brukar jag fråga mig vad jag vill uppnå med min idé, kan målet vara värt detta tvivel och obehag? Tvivel och osäkerhet är jobbigt och tar kraft, men det hjälper mig också. Jag tänker ett varv till, justerar och kanske ber någon utomstående om

synpunkter. Ofta blir resultatet bättre. Alla idéer är ju inte heller meningen att fullfölja, vilket jag kan inse efter att ha granskat en idé mer kritiskt.

Om allmänmedicinen: Bristande kunskap om vår specialist/allmänmedicin bland befolkning och beslutsfattare ligger till en del bakom att primärvården har behandlats styvmoderligt. Jag är övertygad att det går att ändra på - genom att allmänläkarna kliver fram, tar plats och ger allmänmedicinen en röst.

Råd till kollegor: Stå vid ratten i ditt eget liv. Gör aktiva val och påverka det som är viktigt för dig. Våga tro på dina idéer och att du kan göra skillnad. Hitta sammanhang där du får stöd, inspiration och konstruktiv feedback. Se tvivel och osäkerhet som något som hör till och kan vara till nytta, när du utmanar din bekvämlighetszon.

Ulf Måwe, Årets lejon 2005



Ulf Måwe har i 50 år varit central i bygget av en stark allmänmedicin genom grundandet av examen, studierektorskap, chefsläkarskap, målbeskrivning för ST i allmänmedicin, med mera, och är fortsatt central, i kompetensvärderingsarbetet inte minst. Han har en unik förmåga att med lätt och glatt handlag entusiasmera och leda andra så att resultat uppnås.

Om kraft och mod: När jag nyutexaminerad kom till Mjölkkuddens vårdcentral kände jag mig lurad då arbetet inte gav mig förutsättningar att göra ett bra jobb. Men jag fick kraft i det, och startade arbetet för att förbättra allmänmedicinen, först lokalt och sedan nationellt.

Om allmänmedicinen: Det har gått trögt, redan 1976 talades det på Norrbottens initiativ om "en på 1 500". Nu ser det hoppfullt ut igen med Socialstyrelsens rekommendationer om en på 1 100. Det viktigaste just nu är att se till att allmänläkaren



behåller ansvar för helheten och är beredd att ta det moraliska ansvar som krävs för vården av våra patienter.

Råd till kollegor: Att i dialog tillsammans med sina kollegor stå upp i den egna organisationen för hållbara arbetsätt, och ingjuta mod i varandra, på samma sätt som vi gör med våra patienter. Allmänläkarna har aldrig varit så önskade som nu, nu gäller det att inte tappa bort den här möjligheten.

Jonas Sjögren, Årets lejon 2017 med Charlotte Hedberg



Jonas verkade i Västerås och var initiativtagare till Sveriges första privatdrivna husläkarmottagning med landstingsavtal. Han är tidigare ordförande i SFAM, kompetensvärderare och med i Rådet för hållbar diagnostik. Han har myntat begreppen "Nätläkare" och "Riskbruk" och fick lejonutmärkelsen för projektet Riskbruk av alkohol.

Om kraft och mod: Jag får kraft av att vara kompetensvärderare och lärare i konsultationskonst, av mångårig praktik med fast patientlista men även internationella kontakter. Det roligaste jag gjort var när vi arrangerade SFAM-kongressen 2014, med internationella gäster som Roger Neighbour och Trisha Greenhalgh, med underhållning av Loreen och Cirkus Cirkör.

Om allmänmedicinen: Endast 30 procent av befolkningen har upplevt fördelarna med fast läkare och en lika liten del av allmänläkarna har erfarenhet av att vara det. Kompetens och utbildning måste också vara på en hög nivå. Lokalföreningarna, där dialog och kraftsamling sker, är viktiga.

Råd till kollegor: Var olydig. Bli examinador. Gå med i lokala SFAM, det är svårt att kämpa ensam. Tag ansvar för kvalitet och arbetsmiljö genom att öppna en egen gruppraktik.

Cecilia Ryding, Årets lejon 2006 med Conny Svensson



Cecilia Ryding hade, med en distriktssköterska, ansvar för primär medicinsk bedömning av familjer inom ett område i Stockholms innerstad i 27 år. Parallellt med det kliniska har hon arbetat med att införa FQ-grupper nationellt, utbildat i evidensbaserad medicin och skrivit en avhandling om kroppskännedom hos allmänläkare. Nu är hon aktiv i kompetensvärderingsrådet och gör regelbundet Mitt-i-ST-värderingar.

Om allmänmedicinen: Att vara familjeläkare för en befolkning kräver områdesansvar, att vara primär sjukvårdskontakt och ta hand om allt från BVC till hemsjukvård. Läkaren bör vara nära för sina patienter. Triagering utgör ett hinder och kan påverka berättelsen i den ursprungliga anamnesen. Makt över tidboken är viktigt.

Råd till kollegor: För att upprätthålla kunskaper är det bra att kritiskt kunna granska vetenskapliga artiklar. Det är viktigt att utbyta kunskap och erfarenhet med en trygg grupp kollegor.

Råd till kollegor: För att upprätthålla kunskaper är det bra att kritiskt kunna granska vetenskapliga artiklar. Det är viktigt att utbyta kunskap och erfarenhet med en trygg grupp kollegor.

- 1999 Anna-Karin Furhoff, Mogens Hey, Göran Sjönell
- 2000 Lars-Olof Hensjö, Britt-Gerd Malmberg
- 2001 Sven Engström, Ylva Johansson, Carl-Edvard Rudebeck
- 2002 Anders Hernborg
- 2003 Jan Håkansson, Anna Källkvist
- 2004 Anders Håkansson, Brith-Marie Jacobaeus
- 2005 Ulf Måwe
- 2006 Cecilia Ryding, Conny Svensson
- 2007 Gösta Eliasson, Meta Wiborgh
- 2008 Anders Lundqvist
- 2009 Monica Lindh, Karin Lindhagen
- 2010 Sven Engström, Kjell Lindström
- 2012 Saskia Bengtsson, Margareta Troein Töllborn
- 2013 Bertil Hagström
- 2014 Gösta Eliasson
- 2015 Sonja Modin
- 2016 Malin André, Cecilia Björkelund
- 2017 Charlotte Hedberg, Jonas Sjögren
- 2018 Christer Petersson
- 2019 Eva de Fine Licht, Ingrid Eckerman
- 2021 Åke Åkesson
- 2022 Sanna Althini
- 2023 Minna Johansson
- 2024 Jenny Berggren

Åke Åkesson, Årets Lejon 2021



Människor mår bra av att hjälpa andra människor, och när vi kan göra det på ett skickligt sätt blir vi rentav lyckliga, menar Åke. Han var infektionsläkare, blev barnläkare och var chef på infektionskliniken på Karolinska sjukhuset och Stockholm Rehab. Det fanns dock en vilja att få ihop helheten för patienten ända sedan 90-talet då han

fick höra att det inte gick att förstå allmänmedicinen utan att vara allmänläkare. Utmaningen gnagde i bakhuvudet och 52 år gammal blev han ST i allmänmedicin. Som grundare av Borgholmsmodellen har han fastställt standarden för vad allmänmedicin, i harmoni med övrig vård, kan vara när professionen får styra.

Om kraft och mod: Jag brinner för att se när sjukvård fungerar. När människor får ha sin läkare får de ett bättre liv. Det är en bekräftelse att Socialstyrelsen har kommit med rekommendationer som liknar de i Borgholm.

Om allmänmedicinen: Allmänläkare har för lite makt. Vi har till och med släppt makten över vår arbetsdag. Allmänläkaren ska ha ett ledarskap i alla nivåer som inbegriper diagnostik och behandling.

Råd till kollegor: Ta tillbaka makten över medicinska arbetsätt och arbetsdagen. Det gäller för läkare att dra framåt för att förbättra arbetsätt, det är ingen mening att bara vara mot förslag. Bryt negativa tankegångar, vi läser att 30% vill byta yrke, vilket innebär att 70% INTE vill det.



Ingrid Eckerman, Årets lejon 2019



Ingrid är känd som AllmänMedicins tidigare chefredaktör, tidigare ordförande för Läkare för Miljön samt grundare av nätverket "Stoppa utvisningarna till Afghanistan!". När hon startade vårdcentralen i Ektorp (Nacka) 1980 övertog hon provinsialläkare Folke Murvalls journalarkiv – arkivkort i tre lådor. Hon utvecklade senare en metod för dokumentation av levnadsvanor. Nu är hon pensionär, och engagerad i flykting- och miljöfrågor.

Om kraft och mod: Varför ska man bara finna sig? I stället för att deppa blir jag gärna arg, och då gör jag något.

Om allmänmedicinen: Skapa "gröna öar" i stället för att alla har det halvdåligt. På sikt stärker det de andra vårdcentralerna. Seniora kollegor är en resurs som bör utnyttjas bättre för handledning.

Råd till kollegor: Om verksamhetens alla yrkesgrupper resonerar sig fram till ett gemensamt syfte och mål, blir det lättare att jobba mot det målet. Läkarna måste ta tiden att delta i diskussioner, skaffa inflytande och påverka små och stora beslut.

Kjell Lindström, Årets lejon 2010 med Sven Engström



Kjell var verksam i Jönköping och var chef på vårdcentralen i Habo, han arbetade kliniskt fram till pandemin kom, då var han 74 år. Han har varit med att utveckla flera kvalitetsförbättringsverktyg och arbetar nu i klinisk revision av vårdcentraler.

Om kraft och mod: Jag har drivits av att förbättra för patienterna och förbättra allmänmedicinens anseende.

Om allmänmedicinen idag: Allmänmedicinen ansågs tillhöra vårdens B-lag, men nu lyfts den fram som lösningen på många problem. Om vi ska klara det behöver vi ha god patientkontinuitet och ett rimligt uppdrag. För att förbättra verksamheten behöver man kunna mäta hur det är. Kvalitetsindikatorer har tyvärr kommit att användas av styrande för kontroll, i stället för de används av verksamheten för att stimulera och förbättra.

Råd till kollegor: För att ge god allmänmedicin till patienten måste du lära dig om människan du försöker hjälpa, enda sättet är genom kontinuitet. Läkarna måste själva ta initiativ till kontinuitet, ingen annan bryr sig. En lösning är ett liknande system som i Norge.

Anna-Karin Furhoff, Årets lejon 1999



Anna-Karin blev distriktsläkare 1976 efter 10 år som invärtesmedicinare på Serafimerlasaret. Hon saknade det kollegiala samarbetet och fick, när allmänmedicinen blev en egen specialitet 1981, förmånen att arbeta nationellt med målbeskrivning för ST och handledarutbildning, samtidigt som hon arbetade kliniskt. Hon var vetenskaplig sekreterare i SFAM.

Om kraft och mod: Det har inte varit en kamp, jag har haft roligt. Det kliniska arbetet och det kollegiala nationella arbetet befruktade varandra.

Om allmänmedicinen: Det finns alltid en del arbete som klinikern utför och som inte går att mäta, därför finns en diskrepans mellan de som arbetar och de som styr. Pressar man för mycket luft ur systemet riskerar kollegial dialog att komma i kläm.

Om råd till kollegor: Allmänläkare kan vara ett ensamt yrke, värna den kollegiala dialogen, där sker mycket av fortbildningen. Den är också ett skydd för dig och dina kollegor mot att hamna snett i tankarna.

Göran Sjönell, Årets lejon 1999



Göran Sjönell har varit ordförande i SFAM och i WONCA samt chef över FAMMI, Familjemedicinska Institutet. Han har återgått till klinisk tjänst efter att ha provat på pensionärlivet några år. Han startade, och är ordförande för, AT-stiftelsen som i år höll sin 26:e "AT-stämma".

Om kraft och mod: Det är stor inspiration och väldigt stimulerande att arbeta halvtid som allmänläkare i Upplands Väsby. Och det ger snarast ett rus att sitta i stiftelsen för AT-stämman och årligen möta de unga kollegornas vilja och energi.

Om allmänmedicinen: Det finns en enorm kraft i relationen mellan patienten och läkaren, som dessvärre andra profiterar på. Dessutom splittras vi allmänläkare sinsemellan av olika politiska ståndpunkter. Det känns ändå som att det händer bra saker just nu, mycket beroende på en fantastiskt bra ordförande, Magnus Isacsson, som förstår att uttrycka sig väl i debatten.

Råd till kollegor: Stanna kvar, flytta inte. En avgörande faktor är att äga sin lista, och gör man det som entreprenör ökar incitamentet att stanna. Kollegor under utbildning ska ha en egen mindre lista från början. Till sist tycker jag att årsavgiften till SFAM ska öka ordentligt så att vi får en stark organisation, som Royal College of General Practitioners i Storbritannien.

Sven Engström, Årets lejon 2001 och 2010



Sven säger att han blev en "mät-nisse" när kollegorna på Ryds vårdcentral sökte i journaldata och upptäckte att de inte gjorde som de själva trodde att de gjorde, samt hur lätt och roligt det var att sedan förbättra sig. Han har samlat evidens för både nyttan av primärvård och personlig kontinuitet, och varit med och författat flertalet nationella rapporter och skrivelser. Som aktiv i SFAM-Q startade han primärvårdens nationella kvalitetsdag. Han har debatterat om att betygsättning av, och betalning för, vårdens kvalitet på osäkra grunder ger dåligt rykte åt det viktiga mätandet i förbättringsarbetet.

Om kraft och mod: Det känns roligt och viktigt att samla evidens för personlig kontinuitet! Vi skriver just nu en review-artikel om personlig patient-läkarkontinuitet.



Om allmänmedicin: Vi har ett primärvårdssystem som motverkar kontinuitet. Men personlig kontinuitet, som jag har haft förmånen att få uppleva, är fantastiskt och effektivt – man behöver inte som med nya patienter varje gång visa att man vill dem väl. Vi behöver ett stabilt system som motverkar ej evidensbaserade påhitt, såsom ersättning till vårdcentralen för fler digitala besök (VGR).

Råd till kollegor: Vi måste våga bli entreprenörer, som i Danmark och Norge. Listan bör vara doktors och inte tillhöra stora vårdbolag.

Monica Lindh, Årets lejon 2009 med Karin Lindhagen



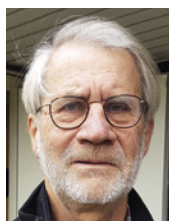
Monica har verkat i Dalarna, Gästrikland samt i Sydafrika där hon arbetade både kliniskt och med läkarutbildning på alla nivåer. Hon har varit studierektor för AT/ST i Gästrikland och svensk representant i EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine). Hon är nu kompetensvärderare.

Om kraft och mod: Arbetet är det bästa man kan ha, med bredd och kontinuitet, och man kan fylla en viktig roll för individen och samhället. Läkare bör ta ställning om något inte är rätt i samhället, jag har alltid engagerat mig i ideologiska frågor.

Om allmänmedicin: Jag gillar inte det här med hyrläkare och kringflackande. Det blir ingen kontinuitet eller samarbete. Primärvården blir mer lik sjukhusvården. Jag skulle vilja att man hade direktkontakt med patienterna med telefontid, som för.

Råd till kollegor: Fortsätt kämpa och använd kontinuitet. Ta kontroll över tidboken. Jag rekommenderar att läsa Ian McWhinneys *Nine Principles of Family Medicine* (Textbook of Family Medicine).

Conny Svensson, Årets lejon 2006 med Cecilia Ryding



Conny arbetade som allmänläkare 35 år på Boo vårdcentral, var engagerad i arbete med fortbildning och kompetensvärdering och har varit lokal primärvårdschef i Nacka. Han är nu kompetensvärderare och lärare i konsultationsteknik.

Om kraft och mod: Att ha en bra läkargrupp! Man måste också ha lite läk(ar)kamrater att "berätta den slarviga historien" för, för att kunna orka med att fortsätta.

Om allmänmedicin: Vi måste utnyttja det vi är duktigast på, att vara personlig läkare med kontinuitet. Att bemöta det diffusa och stå ut med att inte veta vad det är, att med kontinuiteten att få reda på vad det är och att hjälpa dem på vägen. Vi behöver sköta både det enkla och det svåra. Att dela upp och triagera stämmer dåligt med allmänmedicin. Vi är illa ute i Sverige med bristen på kontinuitet, det kan bli farligt för patienten.

Råd till kollegor: Se till att kunna din basmedicin, en god konsultationsteknik och var noga med att undersöka korrekt.

Då (och endast då) kan arbetet ge möjlighet till en kreativitet för de patienter som du inte vet hur du ska göra med. Sådana patienter har alla allmänläkare.

Carl Edvard Rudebeck, Årets Lejon 2001 med Ylva Johansson och Sven Engström



Ingen förmår gestalta essensen i vårt yrke som Carl Edvard Rudebeck i sina texter. Han tänkte bli invärtesmedicinare, men blev allmänmedicinare och senare professor i allmänmedicin. Pensionerad från det kliniska arbetet är han alltjämt engagerad i kompetensvärdering och utbildning.

Om kraft och mod: Jag har tidigt fått en intuition om att det här är viktigt att driva, jag har inte riktigt haft något val. Patienterna som personer har gjort arbetet roligt och gripande och det är där min uppgift och mitt ansvar ligger, sedan har jag efterhand kommit på formuleringar som jag velat utveckla. Det är inte magiskt eller filosofiskt, för mig är det oerhört konkret att allmänläkaren ska förstå sitt arbete bättre.

Om allmänmedicin: Det är viktigt att stå upp för hela kompetensen även när intresset för allmänmedicin är litet i organisationen. Språkligt är det ju en paradox att vara specialist på det generella, men sjukdomskompetens i förening med relationskompetens utgör grunden för vår specialitet.

Råd till kollegor: Ta ansvar för relationen i organisationen. Men ett bra möte, är bra, oberoende hur omvärlden ser ut. Man kan göra ett bra jobb även i organisationer som inte är perfekta.

Christer Petersson, Årets lejon 2018



Christer har varit allmänläkare i Växjö under lång tid och är kanske främst bekant som författare och skribent, med hundratals artiklar med tyngdpunkt på allmänmedicinsk kunskap och sjukvårdsdebatt, men även ett 30-tal vetenskapliga artiklar och flera böcker ("Allmänmedicinens vardag", "Kunskap och läkekonst" del i antologin "Sjuk doktor").

Han var initiativtagare till Allmänmedicinsk kunskapscentrum (AMK), Kronoberg, och var med att etablera området "Hälsa, humaniora och medicin" med Linnéuniversitetet.

Om kraft och mod: Det roar mig att skriva och delta i debatt. Jag har varit djupt inspirerad av att ta del av och ge synpunkter på sjukvårdens roll i samhället och dess förhållande till existentiella frågor. Att följa patienter och deras familjer över tiden har varit en stor glädje, som inte alltid har varit ogrumlad.

Om allmänmedicin: Det är bättre nu. När jag var ny var Sverige något av ett "allmänmedicinskt u-land". Det är en grundförutsättning för allmänmedicinens framtid att hålla fast vid den personliga dimensionen.

Råd till kollegor: Det är bra att ibland luta sig tillbaka och följa med patienten för att få till meningsfulla möten. Överdriven aktivism kan straffa sig. Det är utvecklande att läsa litteratur av allmänmedicinare, såsom Peter Dorward "The Human Kind" och John Berger "A fortunate man".



Margareta Troein, Årets lejon 2012 med Saskia Bengtsson



Margareta är professor emerita i allmänmedicin, ordförande i kompetensvärderingsrådet och har varit ordförande i Svenska Läkaresällskapet. Hon gjorde AT i Luleå på Mjölkuddens vårdcentral. Handledaren Ulf Måwe nominerade henne till SYLF:s representant i ämnesexpertgruppen för allmänmedicin vilket ledde till plats i utredningen om specialiseringstjänstgöringar, som sen kom fram till att införa handledning och förlängd klinisk tjänstgöring på vårdcentral.

Om kraft och mod: Allmänmedicinens uppdrag handlar i grunden om relationer. I mitt arbete med utbildning på universitetet och i sjukvården har jag haft fokus på att lära läkarstudenter om relationer, bemötande, kontinuitetens och personcentreringens roll för både diagnostik och patientens tillfrisknande.

Om allmänmedicin: Allmänläkare har överblicken och stöd av vetenskap, utbildning och etik för att hjälpa patienten. Vi är professionella och i detta ligger även att arbeta för ett högre syfte än sin lön.

Råd till kollegor: Hitta stöttande kollegor som delar dina värderingar, så att ni kan hitta sätt att arbeta som ni tycker är anständigt utan att bli offer för organisationen. Tvinga fram gröna öar så att folk orkar arbeta kvar.

Anders Lundqvist, Årets Lejon 2008



Anders blev färdig specialist 1991, studierektor 1992 och var med när ST infördes. Han var studierektor i 20 år. Parallellt var han vårdcentralchef och med i sjösättningen av SFAM:s fortbildningsprogram och har varit ordförande i Fortbildningsrådet och chefredaktör för AllmänMedicin. Han är lärare för kompetensvärderare och med i SFAM:s

styrelse.

Om kraft och mod: En viktig ledstjärna har varit att skapa allmänmedicinsk identitet och att kollegorna förstår att engagera sig i sin egen professionella utveckling, samt insikt att allmänmedicin behövs som balans till biomedicinskt fokus i vården, det humanistiska kommer annars i skymundan. Jag har blivit sporrad av att allmänmedicin har blivit ifrågasatt.

Om allmänmedicin: Det viktigaste är bemanningsfrågan. Tyvärr finns pseudolösningar i verksamheterna för att lösa resursproblem, men jag tror att det också handlar om makt. Det finns motkrafter mot läkarstyrd verksamhet.

Råd till kollegor: Engagera dig i ditt yrkeslånga lärande genom kollegial dialog och värna om reflektionstid! Det är etiskt förpliktande att vi tar initiativet och att arbetsgivaren ger oss förutsättningar.

Malin André, Årets Lejon 2016



Malin beskriver sig som en ”vanlig allmänläkare” som alltid tyckt att det kliniska jobbet varit roligt. Vid sidan om det har hon forskat om infektioner och läkares beslutsfattande i handläggningen av dessa, samt om vårdsamordning vid depression. Hon har blivit känd för sitt arbete med Primärvårdskvalitet och är docent på Uppsala universitet.

Om kraft och mod: En bra allmänmedicinsk verksamhet gynnar såväl patienten som hela sjukvården, det finns evidens för det. Jag är med och författar en artikel om den personliga kontinuiteten till allmänläkaren och dess effekter på det totala sjukvårdsutnyttjandet. Vi måste också ha kvantitativa mått på det vi gör, jag arbetar med att ta fram data om sjukdomarna som vi handlägger i primärvården.

Om allmänmedicin: Våra sjukhuskollegor har starkare resurser och tar mer plats i kunskapsstyrningen än allmänläkarna. Allmänläkarkåren är inte lika respekterad i Sverige som i andra länder, kanske en kvarleva från efterkrigstiden då vi byggde sjukhus för att lösa hälsoproblemen.

Om råd till kollegor: Jag har vid sidan av det kliniska arbetet haft andra uppdrag som att vara chef, forska eller arbeta med kvalitetsarbete. Det blir ett komplement.

Susanna Althini, Årets lejon 2022



Susanna Althini, disputerad molekylärbio-log, ville hjälpa människor mer konkret och blev specialist i allmänmedicin. Redan under ST arbetade hon för att förbättra det allmänmedicinska personcentrerade arbetet genom professionell utveckling, och såg till att läkarna fick en dags utvecklingstid i veckan. Nu arbetar hon med utveckling, kvalitet,

fortbildning och samordning i Region Gotland. Hon är ledamot i SLS nämnd, har deltagit i flera projektgrupper och var med och startade torsdagsmötena och tog initiativet till ”Årets lejonföreläsning”.

Om kraft och mod: Jag engagerar mig för att Sveriges primärvård inte ska vara en urvattnad variant det vi egentligen vill erbjuda, nämligen jämlik tillgänglighet till relationskontinuitet till hög allmänmedicinsk generalistkompetens. Min ena dotter var 8 år när hon citerade mig ”primärvård, primärvård, primärvård – så här kan det inte vara”. Att i stället tänka – ”allmänmedicin – så här ska det vara!” har gett mig större kraft att bidra till utveckling i allmänmedicinsk riktning

Om allmänmedicin: Endast om vi får ordning på fasta kontakter, att allmänläkaren med sitt team känner sina patienter och patienten känner sin läkare, får vi en fungerande infrastruktur för personcentrerat arbete. Omställningen till nära vård behöver handla tydligare om det.

Råd till kollegor: Stanna upp, tänk själv och tillsammans med dina kollegor; hur hjälper vi *egentligen* vår patient till ett bättre mående. Engagera dig och ta ansvar för riktningen, backa upp kollegor som vill allmänmedicin.



Charlotte Hedberg, Årets lejon 2006 med Jonas Sjögreen



Charlotte och Jonas arbetade fram ett koncept för patientcentrerad intervention med projektet "Riskbruk av alkohol". Idag arbetar hon med utveckling av patientcentrering som kurslärare med ST, BT, KUL läkare och som senior adjunkt på KI:s läkarprogram, deltar i SFAM:s utbildningsråd samt initiativtagare till SFAM:s konsultationsnätverk

Om kraft och mod: Jag blev glad och styrkt av att SFAM med ett Lejon uppmärksammade mitt arbete med patientcentrering vilket bidragit till att jag skrivit om kunskapsområdet i olika sammanhang som Läkemedelsboken, Internetmedicin och i Läkartidningen.

Om allmänmedicinen: Medicinen lyfter sällan fram den kliniska praktikens komplexitet där läkarens uppdrag kräver god diagnostisk och pedagogisk förmåga i dialog med patienten. Sjukvårdspolitiker önskar enkla lösningar i stället för att satsa på den utbyggda allmänmedicinska specialistvård som krävs

för en dialog om känsliga socialmedicinska problem, trots att kopplingen mellan ohälsa och patientens psykosociala/existentiella situation är väl beskriven.

Om råd till kollegor: Vi måste värna det patientcentrerade arbetssättet, med läkar-patient-relation över tid – för att i dialog hitta gemensam förståelse och målsättning mot en kunnig och kompetent patient som kan hantera sina hälsoproblem.

Årets lejonföreläsning ...

... hålls numera på SFAM:s torsdagsmöte i början på hösten. I år talade Jenny Berggren under rubriken *Tillsammans för allmänmedicin*, inspelning kan ses på www.sfamstorsdagsmoten.se.

Se mer information om SFAM:s torsdagsmöte på sidan 29.

Annons

TOBIAS ÄNGLAR
bjuder in till...

Tobias Änglar
EST. 2023

TOBIASGALAN

Välgörenhetsgala för Tobiasregistret

2 Nov 2024 kl. 18-01
Winterviken, Aspudden

Allmänläkare bjuds in till en glamorös kväll med fördrink, tre-rättersmiddag och strålande underhållning för att uppmärksamma Tobiasregistret! 30% av patienterna som kan botas med friska blodstamceller aldrig en match, kom till denna magiska kväll så kan vi ändra på det tillsammans!

Vi ses på röda mattan!

Biljetter:
<https://billetto.selen/eltobiasgalan-2024-biljetter-1063474>



TOBIAS ÄNGLAR

Vi är 10 studenter på Karolinska Institutet som jobbar för att fler ska känna till Tobiasregistret inom vården - både studenter och medarbetare.



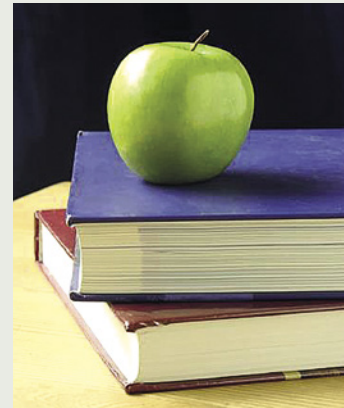


Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården firar 20 år!

Torsdagen den 21:a november 2024

Plats: Svenska Läkaresällskapet Stockholm

Arrangeras av: Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAMQ



Vi har glädjen att bjuda in till den 20:e Nationella kvalitetsdagen för primärvården – ett forum för medarbetare och chefer inom primärvård med intresse för utveckling och kvalitetsarbete! Årets kvalitetsdag har fokus på följande teman:

"Patientsäkerhet i vardagen – vanliga fallgropar och tips"

"Patientdelaktighet – patienten som medskapare i det egna mötet och i hälso- och sjukvårdens utveckling"

Kom och inspireras av föreläsningar och presentationer av förbättringsarbeten från svensk primärvård:

- **Lena Runius** (sjuksköterska och hedersdoktor vid MIUN),
– Brinner för samtalet med patienten och har utvecklat 1177 på telefon.
- **Rita Fernholm** (med dr, spec allmänmedicin, aktiv i SFAM-Q)
– Fördjupning kring Safety-netting (se postermall; www.delegia.com) och tips i den kliniska vardagen.
- **Eva Arvidsson** (med dr, spec allmänmedicin, aktiv SFAM-Q)
– Primärvårdskvalitet som en del i patientsäkerhetsarbetet.
- **Sven Engström** (med dr, spec allmänmedicin)
– Högre personlig kontinuitet mellan allmänläkare och patienter kan ge påtagliga minskningar av inläggningar och akutmottagningsbesök – en systematisk litteraturoversikt.
- **Anders Lundqvist** (spec allmänmedicin, facklig sekreterare SFAM)
– Allmänläkaren som specialist på osäkerhet.
- **Margaretha Danelius** (chefläkare Ramsay Santé/Capio)
– Erfarenheter från arbete med läkare utan gränser; "patientsäkerhet när resurserna är knappa".
- **Socialstyrelsen**
– Uppdatering kring nationell handlingsplan för patientsäkerhet, "agera för säker vård", inklusive exempel på lokala förbättringsarbeten.
- **Inka Helispää Rodriguez** (BISAM Norra Stockholms Psykiatri), **Janine Semius** (BISAM BUP Stockholm)
– Patienten – en del av teamet. Exempel och erfarenheter av arbete med patientdelaktighet inom psykiatri, samt kopplingar till samarbetet med primärvården.
- **Presentationer av förbättringsarbeten från primärvård i hela landet**
– att lära av, diskutera kring, och kanske ta med sig hem till egen verksamhet?

Anmälan senast 21:a oktober via SFAM-Qs hemsida ([länk via QR-koden](#)).

OBS; digitalt deltagande kommer att vara möjligt.

Vid frågor mejla cornelia.brusmark@regionjh.se för kontakt med SFAM-Q.



Anmäl dig här!

En allmänmedicinens nestor

- Gustav Haglunds koffertar berättar

När jag började döstäda hittade jag dem. Två bruna koffertar i tunt trä med hänslås, kanske tillverkade i Nicaragua. Då kom jag ihåg att min företrädare som primärvårdschef i Olofström, Gustav Haglund, på 90-talet kom körande upp de tre milen. Detta för att höra om jag kunde ta hand om hans samlade allmänmedicinska kvarlåtenskap.

Han hade erbjudit SFAM dokumentationen men det hade inte funnits plats på kontoret eller så förstod inte ledningen vilken skatt detta var. Nu har jag fått löfte av ordförande Magnus Isacson att deponera kistorna där de hör hemma, i föreningens hjärta på Klara Östra Kyrkogata 10 i Stockholm. Där kan nuvarande och kommande medlemmar från senhösten följa den moderna allmänmedicinens rottrådar ner i provinsialläkarväsendet, detta under Gustavs livslopp.

Korsade vägar

Hur korsades våra vägar? Jag hade i familjen hört om en ung doktor i Norrbottens Kalix. Han var så snäll mot min storebror, nu halvdöv 80-årig före detta kirurg. Han slapp läggas in på sjukhus för operation. Brodern fick traska den långa vägen i kylan för att på mottagningen få penicillin, eller om det var sulfä, mot sitt rinnande öra. Det var något enastående kring 1950 i denna fattiga del av Sverige. Jag själv var ju just född.

Längre är alltså inte perspektivet i modern medicin. Den vetenskapliga och tekniska utvecklingen ryms i Gustavs 50-åriga

läkargärning; från att ha varit med om den första antibiotikaförskrivningen till att se gentekniskt framställda läkemedel och kunskapsmassan ohejdat expandera. Detta från några få läroböcker som sammanfattade allt i medicinen till en oändlig kunskapsbank på Internet.



Gustav var latinstudent och han förenade humanism med medicin i en helhet långt innan det blev salongsfärdigt med humaniora i läkares tidskrifter och kurser i läkekonst bland studenter.

Jag hade också hört om denne doktor hur han var först i Kalix att skaffa sig en liten folkvagnsbubbla. I den satt han med min far och talade om de stora religiösa och filosofiska livsfrågorna. Gustav var latinstudent och han förenade humanism med medicin i en helhet långt innan det blev salongsfärdigt med humaniora i läkares tidskrifter och kurser i läkekonst bland studenter. Så flyttade familjen från Norrbotten. Nästan 30 år gick.

En dag fick jag som FV-läkare i allmänmedicin i Karlstad ett handskrivet brev i bläck. Det var med en sådan vacker handstil att endast en representant ur en tidigare generation, som verkligen tränat välskrivning, kunde ligga bakom. Det var en Gustav Haglund, som hade sett en artikel jag skrivit i Läkartidningen och som kom ihåg namnet från Kalix.

Han ville ha mig med till Olofström. Det var en ort som jag inte visste var den låg. Gustav, snart 60 år, skulle bryta ny mark och flytta till en bruksort som varit utan ordinarie läkare i 10 år. En första landstingsfinansierad FoU-enhet skulle starta. Där skulle han förverkliga de primärvårdsidéer han inte kunnat genomföra i Dalby, Sveriges första allmänmedicinska försöksstation, sedermera universitetsinstitution [1, 2]. Inte minst ville han skapa nya ramar för samarbetet med kommunen och bryta 70-talets institutionella, undermåliga äldrevård mot hemsjukvård.

Det enda han lovade mig i brevet var att få jobba hårt – och det löftet höll han. Jag hade på 30 sekunder bestämt mig för att jag ville ansluta till Gustavs Olofströmsprojekt. Några rader i sirligt bläck på ett papper kan bestämma resten av en ung människas liv. Jag var då 28 år. Jag brukar tänka på episoden när

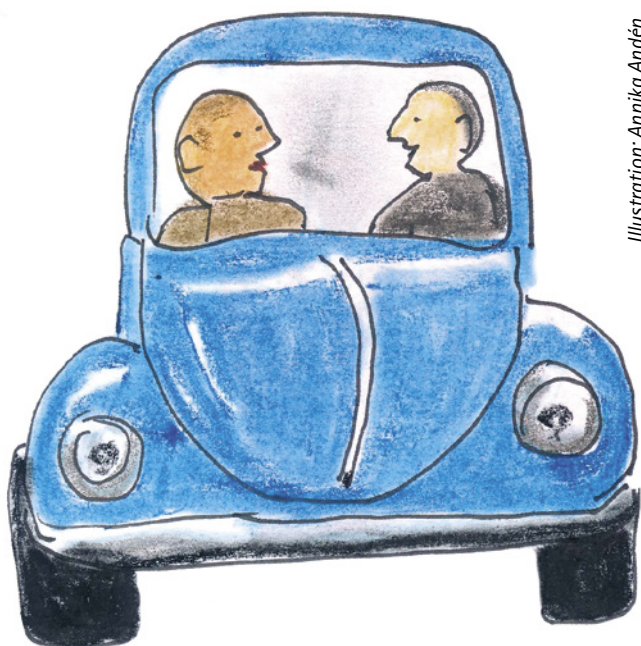


Illustration: Annika Andén

jag hör SKR prata om hur New Public Management utvecklar vården och när Läkarförbundet slår sönder läkarkollektivets sammanhållning med individuell lönesättning i tron att konkurrens och ekonomiska morötter är drivkraften i utvecklingen.

”

Gustavs entusiasm, tron på sin vision, är exempel på hur viktiga förändringar i svensk sjukvård kan åstadkommas utan pekuniära incitament.

Visioners kraft

Gustavs entusiasm, tron på sin vision, är exempel på hur viktiga förändringar i svensk sjukvård kan åstadkommas utan pekuniära incitament. Detta när brister i sociala förhållanden eller samhällsliv ska avhjälpas. Inte minst för unga medicinäres livsprojekt behöver idealitetens krafter lockas fram, såväl i offentliga stelbenta strukturer som i marknadens diktatur av det medicinska handlandet.

Det gäller att släppa loss dessa krafter, i första hand genom att få arbetsgivare att acceptera flexibilitet, fantasi och försöksverksamhet. Och att ledningen på kliniker och vårdcentraler ska ha läkare med sin medicinska kompetens som chefer.

Innehållet i de två kistor, exempel ges nedan, speglar Gustavs långa yrkesliv som provinsialläkare, förtroendevald på Läkarförbundet, allmänmedicinsk utvecklare, representant i otaliga utredningar och uppdrag samt författare i och till social- och allmänmedicinska böcker. Gustav var medicinsk redaktör på Läkartidningen. Där initierade han Allmänläkarpanelen, en



Illustration: Annika Andén

grupp på fyra allmänläkare och en företagsläkare, som under en 20-årsperiod hjälpte redaktionen att beställa och bevaka allmänmedicinska frågor i den framväxande primärvården.

Gustavs kvarlåtenskap är inte någon gammelmans upptagenhet med sitt egna förflutna. Gustav hade inga illusioner om sin roll. Han visste att nästan allt en skribent publicerar är färskvara och glömt inom några år. Men en livsinsats kan vara en pusselbit i en längre kedja. Han ville ställa sitt material till förfogande för att motverka den historielöshet han tyckte präglade många läkare. De var megalomant upptagna av sin egen detalj och att de vetenskapligt meriterat sig i någon medicinsk tidskrift. Han hade önskat att SFAM med något nätverk eller uppsökande verksamhet hade intresserat sig för gruppen pensionerade distriktsläkare.

Träkoffertar

De bruna, enkla men funktionella träkoffertarna, har sin egen historia – amerikafarandets historia. Gustavs föräldrar var missionärer i Helgelseförbundet, en frikyrka grundad i slutet av 1800-talet och i dag fusionerad med några mindre samfund. Föräldrarna var nog lika mycket socialarbetare bland indianerna som missionärer och Gustav var själv född i Nicaragua. På ett sätt fullföljde naturligtvis Gustav sin sociala och familjära bestämmelse – han blev efterkrigstidens missionär för svensk primärvård. Men hans förhållande till den frikyrkliga bakgrunden var komplicerat.

”

Grunden för humanismen är en absolut och realistisk respekt för människan med insikt om det goda såväl som det onda i hennes väsen.

Det var kutym bland missionärer under första hälften av förra seklet, att låta barnen inackorderade stanna för god skolgång i Sverige, medan föräldrarna verkade på missionsfälten. Men Gustav kom aldrig över separationens trauma. Säkert bidrog de långa perioderna till att forma en självständig ledargestalt, som också kunde ha fasta nypor vid omorganisationer i sjukvården. Kanske vi i dagens individpsykologiserande samhälle glömmer att de svåraste erfarenheterna i uppväxten kan forma de rikaste karaktärsdragen, bli de största tillgångarna i vuxenlivet?

Gustav verkade som systembyggare alltid för de svagas rätt, för de bortglömda behoven i den prestigefyllda moderna sjukvården. Den där sjukdomarna är viktigare än människan. Hans blick för de utsatta var osviklig. Det gällde hans arbete i den medicinska gruppen i Amnesty och i vårdcentralens vardag. Att så identifiera de utsattas behov kan nog bara den göra som själv har erfarenhet, vet vad det betyder att vara ett övergivet barn.

Sanningskravet

Steget från det religiösa sanningskravet till det vetenskapliga

är dock inte så långt. Gustav var en av de första som insåg att allmänmedicinen måste redovisa sitt innehåll [3] och vetenskapligt måste få en förankring i akademien. Detta för att primärvården ska kunna leva upp till sin roll i sjukvårdssystemet. Visst har en del hänt under min och Gustavs yrkestid men Gustav var inte tillfreds med vad han initierade.

Problemen för samhället att fullfölja det självklara, att vardagssjukvård ska skötas ute bland människor och inte på dyra sjukhusinstitutioner, är idag alltför uppenbara. Regionerna är oförmögna att kanalisera resurserna till det område de själva säger sig vilja prioritera. Inte mycket har hänt efter att nuvarande normtal preciserades av Socialstyrelsen. För övrigt försökte redan år 2000 socialminister Engqvist detta trolleritrick, att utlova en allmänläkare per 1 500 om 10 år. Dylrika utfästelser betyder föga när inga specificerade krav på läkarfördelningen ställs på regionerna. Risken är uppenbar att det blir som med år 2000:s kanonpengar: tomma skott och löst krut [4].

Gustav sörjde när han under sina sista levnadsår såg den expanderande verksamheten med uthyrningsläkare, olyckliga veckovikarier på jakt efter guld. De kan aldrig bli stommen i en fungerande allmänmedicin; detta i brist på kontinuitet, familjekännedom och socialmedicinskt ansvar. Det gäller att gå tillbaka till Gustavs grunder. Det är till exempel barockt att den medicinska disciplin=allmänmedicin, som sköter mer än



Men en livsinsats kan vara en pusselbit i en längre kedja. Han ville ställa sitt material till förfogande för att motverka den historielöshet han tyckte präglade många läkare.

hälften av alla läkarbesök i landet, har en handfull akademiska företrädare [5] medan det går att gödsla med professorer inom prekliniska och vissa kliniska subspecialiteter – på ett enda universitet.

Gustav sammanfattade efter pensioneringen sina allmänmedicinska tankar i en bok [6] Den översattes också till engelska. Boken är en källa för den eftertänksamme livsresenären på jakt efter en livsåskådning. Sidan 69: ”Grunden för humanismen är en absolut och realistisk respekt för människan med insikt om



2·87

Distriktsläkaren

Gustav Haglund

1918–2000

Gustav Haglund
hedersledamot



sedan länge mestern bland distriktsläkare, mannen bakom Dalby. Hans profil och värtaktulerade stämningar kanner väl alla mogna distriktsläkare igen. Läkare som hans Vasa namne vågade bösider till stred har Gustav kunnat land och rösa kring och missionerat med, skönhet och styrka i motig nybyggeri. Under senare år har han kanske tyckt att vi blivit lite stora i triten och vanligt försökt mota oss upp i sitt perspektivfönster. Till den verkan det hava kan... Hans föräldrar var folkräkning.

Missionärer i Nicaragua
Gustav Haglund föddes 1918 i Bluefield indianområde. Kom vid 7 års ålder till Sverige och efter en till känd, viktig medicinska studier på Karolinska institutet, med lic. och leg.läk. 1953. Läkade för första gången på provinsialläkariet 1956 som s.k civil reservläkare i Dalby. Efter 10 år som ordinarie provinsialläkare i Sjövedter 2 år som ordinarie provinsialläkare i Sjövedter 1968 tjänstgjorde vid den nyoppräddade s.k. hälsocentralen med försöksavdelning i Dalby, vilken sedan utvecklats till en institution för klinisk samhällsmedicin. Flyttade 1975 till Ölforsström och utvecklade dens utvecklingsarbetet. Gick formellt i pension 1981 men har först i o m 1987 pensionerat sig från hälso- och sjukvårdsarbetet. Som framgår av oppet brev på sid. 2 dock fortfarande verksam på andra sätt.

Genom sin forskningsrätt förlägger läkarkärens över en betydelsefull nyckel till läkemedelsmarknaden. Läkare kan då mistänkas förskriva ett preparat som de i egenkap av aktieägare kan tjäna pengar på.
BOTA Läkemiddel AB diskuterades ingående vid DLF:s styrelsemöte den 25/1 1987. Styrelsens uppfattning överensstämmer till fullo med förbundets.

Svenska Bota Läkemiddel AB
1.000 svenska läkare inom såväl sluten som öppen vård har tecknat sig för 20.000 aktier à 421 kr i ett nytt oberoende svenskt läkemedelsföretag, BOTA Läkemiddel AB. Målsättningen är att förse den öppna vården med ett sortiment billiga läkemedel i de vanligaste indikationsgrupperna. Läkarkollegiet har svärst sina medlemmar från att köpa aktier i bolaget framför allt p.g.a. att bolagets ägarstruktur inger starka betänkligheter.

Svenska Distriktsläkarföreningen — DLF
Björnska, Karin Elmström, ordf., Per Arge, Ingemar Brack, Åke Edlund, Anders Kjönnell, Ingrid Lenneman, Olof Svaner, Carl Erik Thors, Håkan Ullmer, s.k. Kassa, Emmanouel-Claude Erikson, Sveriges Läkarförbund, Västerås, S. Box 50/0, 114 86 Stockholm SE 08700 2131 • Fack till Distriktsläkaren: Redaktör och ansvarig utgivare, Olof Svaner • Produktion och utformning: Apoteksbolaget AB • Tryck: Lunge Offset

det goda såväl som det onda i hennes väsen. Också människan är en dag borta med allt vad hon vet och hunnit lära. Men hennes erövringar och gärningar lever”.

Jäv saknas.



Bengt Järhult
Pensionerad allmänläkare, Ryd
bengt_jarhult@hotmail.com

Referenser:

1. Håkansson A, André M, Björklund C, Borgquist L, Holmberg S, Kristiansson R. Allmänmedicinsk forskning växer-men tillräckligt snabbt? *Läkartidningen* 2006;103: 1968-71.
2. Swartling P G. Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen*. se 2006-06-14.
3. Järhult B. Digitaliseringen av vården i mitt perspektiv. *AllmänMedicin* 2023/nr2.
4. Järhult B. Engquist lägger grunden till det han vill undvika- en försäkringsfinansierad sjukvård. *Läkartidningen* 2000;97:5814-15.
5. Thorn J, Samuelsson E, Wändell P et al. Läget för svensk allmänmedicinsk forskning. *Läkartidningen* 2008;105: 2778-80.
6. Haglund G. Återblick och framtidsvy. *Almqvist & Wiksell Medicin, Liber utbildning* 1994.

Ett axplock av innehållet i koffertarna

I huvudsak kronologiskt ger 15 pärmar en mycket god inblick i Gustavs tänkande och provinsialläkarväsendets övergång i modern allmänmedicin. Det är intressant att följa en ung medicinares reflexioner i fem decennier; över samhälle, den medicinska utvecklingen och sitt eget yrkeslivs vedermödor.

Mycket, även muntliga presentationer och föredrag, är skrivet på A5 kort Det är lättläst och för det mesta möjligt att tidsbestämma. Många allmänläkare har mött Gustav i utbildning, på SFAM- och DLF-kurser, och känner säkert vingslagen från inspirerande utvecklingssamtal och diskussioner. Några exempel:

Med Gustavs bakgrund är det ingen tillfällighet att pärmen från 50-talet inleds med ett föredrag i ungdomsorganisationer: *Kärlek-äktenskap-hem. Äktenskapets etik*. Det är vackert, väldigt annorlunda än dagens syn på relationer människor emellan. Men Gustav är mycket klar över behovet av jämlikhet, jämställdhet och kvinnans yrkesroll utanför hemmet, säkert ganska ovanligt vid denna tid. Intresset för det psykosociala finns hos denne 30-åring:

"Jag brukar ibland stå bakom ett fönster på lasarettet och se när en ung hustru och henne make lämnar BB med sitt barn. Det vilar ett skimmer över deras ansikten." Gustavs avgörande betydelse för svensk äldrevård förbejdades redan tidigt 50-tal: "Lika beklämmande är det när unga människor kommer till oss med sina gamla: Tag hand om dem, vi kan det inte längre. Så måste de gamla för sina sista dagar slitas från sin gamla vana och kära miljö."

Det blev i Olofström från 1978 Gustav utvecklade sina visioner om hemsjukvård. Organisatoriskt byggde modellen på vårdlag, där samma distriktssköterska och allmänläkare som på mottagningen ansvarade för områdets hembesök och tyngre hemsjukvård i samarbete med kommunens socialtjänst. Kontinuitet och personkänedom i sektorerna med 1 500–2 000 invånare blev suverän; ingen byråkrati med listning. Enstaka patienter som inte trivdes med sitt vårdlag kunde byta. Kommunaliseringen av sjuksköterskeinsatser 1992 (Ådel) och den politiskt motiverade valfrihetdoktrinen och kommersialiseringen hade ännu inte slagit sönder en sammanhållen primärvård. Gustavs omfattande kontakter med andra allmänläkare, myndigheter och politiskt ansvariga kan åter inspirera när nuvarande vårdssystem med nätläkare, splittrat vårdutbud och privatmaximering kommit till vägs ände.

Slutligen kan nämnas att ett omfattande material finns i Gustavs kvarlåtenskap. Detta med korrespondens och artiklar vad gäller kvalitetsfrågor. Tankar om primär- och sjukvårdens svårighet att beskriva och mäta kvalitet var Gustav på det klara med redan på 60-talet. Hela människans hälsa och sjukdomsyftningar fångas inte i förenklade registerdata och i ekonomistyrningens New Public Management.

Gustavs kvarlåtenskap är ett värdefullt källmaterial för forskning när allmänmedicinens betydelse för svensk sjukvård ska skrivas.



– Det handlar om hur vi behandlar varandra

Ett samtal med Agmall Sarwari, läkare och författare om hans debutbok *Silkesbadet* och om hur han ser på vården i Sverige idag

En varm eftermiddag i maj träffas vi på Agmalls arbetsplats för ett samtal. Våren har precis kommit, grönskan är ljus, skör och det blåser en ljummen vind.

Agmall tar emot i den gamla stationsbyggnaden där man nu öppnat en ny vårdcentral i en förort till Stockholm. Hans mörka, yviga hår har fått några gråa slingor annars är han sig lik. Vi känner varandra sedan tidigare då vi gjorde ST på samma vårdcentral i en period. Agmall är glad och hans sjungande dialekt skapar lugn.

Agmall har under vintern släppt sin debutroman *Silkesbadet* en bok om en läkare och hans pappa som kommer från Afghanistan. Boken handlar om två liv, fadern som inte får det liv han önskat och sonen som försöker hitta det liv han önskar. Fadern tillhör arbetarklassen och har arbetat på väveri hela sitt liv. Sonen är läkare och arbetar på en vårdcentral. Fadern lider av kronisk värk efter ett hårt arbetsliv och sonen lider av att inte kunna ge den vård han vill ge sina patienter på vårdcentralen. Det är denna bok vi ska prata om.

Agmall är född i Malmö men uppvuxen i Borås på 80-talet med tre syskon och sina föräldrar. Läkarutbildningen gick han i Malmö, men nu bor han i Stockholm med sin familj. Här arbetar han som läkare och är sedan några år tillbaka färdig specialist i allmänmedicin. Han har en egen lista på ungefär 1 000 patienter vilket han tycker är hanterbart även om han bara jobbar deltid för att kunna ha tid till att fortsätta skriva.

Har du skrivit andra texter som publicerats tidigare?

– Ett par debattartiklar, krönikor i läkartidningen samt artiklar i SFAM:s tidning för ett par år sedan. Jag har nu även blivit skribent för GP kultur.

”

Jag använder mig av mina erfarenheter i boken, men den idealistiske läkare jag beskriver i boken är inte jag.

Nu har du skrivit denna roman, hur lång tid tog det?

– Jag började skriva boken vid invasionen av Afghanistan, det var då USA lämnade Afghanistan och talibanerna tog över september år 2021. Jag skrev intensivt fram till januari år 2022. Därefter skickade jag manuskriptet till olika förlag.



Illustration: Annika Andén

Var det en svår skrivprocess?

– Jag skrev ihop hela manuset på tre månader och under denna tid arbetade jag 100% som läkare så jag skrev på helger och kvällar. Det gick lätt, men självklart var det tungt i perioder. En gång i tiden ville jag blev journalist och jag har skrivit för mig själv på min laptop i perioder.

Vad var det som fick dig att börja skriva boken, var det invasionen?

– Invasionen var gnistan som fick mig att börja skriva, men sen var det också en del frustration kring vården. Jag var medicinskt ledningsansvarig samt smittskyddsansvarig på en vårdcentral under pandemin och jag har också varit volontär på ”Läkare i världen”, här såg jag hur dysfunktionell vården är och det skapade frustration.

Boken handlar om en läkare och hans pappa, handlar den om dig och din pappa?

– Nej, den handlar inte om mig eller min pappa. Hade jag vetat att boken skulle publiceras hade jag kanske inte valt att skriva om en läkare eftersom det är många som tror att boken är självbiografisk. Jag var ganska övertygad om att manuskriptet skulle refuseras, men nu blev det inte så.

– Jag använder mig av mina erfarenheter i boken, men den idealistiske läkare jag beskriver i boken är inte jag.

Varför skrev du boken om du inte tänkte att den skulle publiceras?

– Jag fick en bild som handlar om invasionen av Afghanistan och ett mullbärsträd vilket är slutscenen i boken och jag kände att jag var tvungen att skriva ned den. Då var slutet på boken redan där och sedan var jag tvungen att skriva resten så jag skrev kronologiskt berättelsen fram till slutet. Det fanns inte så mycket mer baktanke än så.

Dina föräldrar är från Afghanistan, har de inspirerat dig?

– Absolut! Jag har aldrig varit i Afghanistan så jag har intervjuat släktingar och vänner till familjen samt läst på mycket till exempel om hur bevattningssystem i Afghanistan fungerar, där har jag verkligen behövt ”nörda” ned mig. Jag har lite släkt kvar i Afghanistan, men de har jag inte så mycket kontakt med.

Är det svårt att skriva en bok?

– Det är ett hantverk och det har verkligen varit en resa där jag lärt mig mycket. Många andra författare har gått på olika skrivutbildningar men det har inte jag.

– Jag har inspirerats mycket av svenska arbetarmodernister som Artur Lundkvist, Eyvind Jonsson, Karin Boye och Stig Dagerman. I boken använder jag en del metaforer från växtriket och det finns en anledning till det, men där vill jag inte säga för mycket utan man får läsa boken.

Boken handlar om Baba som lider av svår kronisk värk och har svårt att få rätt hjälp inom vården. Jag som också arbetar som allmänläkare känner igen Baba som patient med denna bakgrund och denna problematik. Hur tänker du att vi som läkare skulle kunna hjälpa Baba på bästa sätt?

– Det är en jättesvår fråga och du har rätt i att vi träffar dessa

patienter på vårdcentralen. Frågan ligger här och det var därför det blev en bok. Vi läkare kan inte lappa ihop ett samhälle som är skittat, fragmenterat och där skyddsneten alltmer luckras upp. Det är svårt.

– Det absolut viktigaste vi som allmänläkare kan göra är att använda kommunikation, skapa allians och använda det allmänmedicinska synsättet.

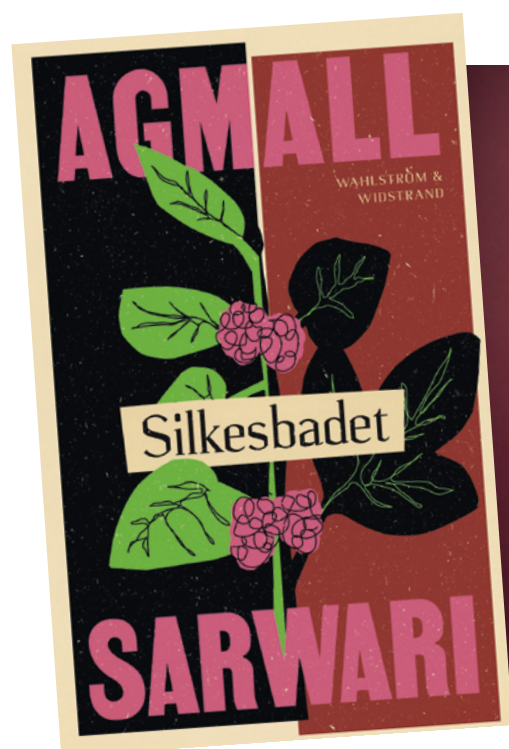
Baba har också svårt att integreras i samhället, vad skulle vi i samhället kunna göra där?

– För mig handlar det om hur vi behandlar varandra. Baba har arbetat jättemycket och slitit ut sin kropp. Vad gör vi med våra patienter, våra medborgare när vi använt dem färdigt? Jag vänder mig lite emot att han inte integreras. Han gör så gott han kan, men så när han en punkt där han inte kan mer och där sluter han sig. Varför blir det så?

– Vissa har lättare att anpassa sig än andra och det handlar mycket om roller och förväntningar. Det handlar inte om att man är invandrare eller inte. Mer om man är kvinna eller man och de förväntningar det innebär. Jag tycker också det handlar mycket om landsbygd och förort, det finns många paralleller där. Kvinnor flyttar till städer och män blir kvar. Allt ska centraliseras, banken flyttar, apoteket stänger ned, skyddsneten försvinner. Det är en komplex fråga.

Vi kanske skulle satsa lite mer på landsbygden?

– Verkligen! Landsbygden och förorten de är speglar av varandra som jag ser det. Det är därför jag uppskattar arbetsmodernisterna så mycket. De beskriver flytten från landsbygd till stad och det är så mycket av dessa mekanismer vi ser idag. Att komma till staden där man inte förstår koder, man slås underifrån. Vilka lyckas och vilka lyckas inte? Det handlar mycket om



Silkesbadet, boken som Agmall Sarwari skrivit, är recenserad i AllmänMedicin nr 2-24, sid 57.

klass. Måste man lämna landsbygden eller orten för att lyckas och vad är att lyckas?

– Jag tycker att man måste känna att man kan erbjuda sina barn en framtid utan att gå under, även om man bor i förorten eller på landsbygden, annars har samhället misslyckats.

Du pratar om jämlik vård, vad tänker du kring jämlik vård och hur skulle vi kunna få mer jämlik vård?

– Jämlik vård handlar inte om att alla ska få samma vård utan att man får vård efter behov, att alla patienterna får den vård de behöver. Rätten till en god hälsa är en mänsklig rättighet. God hälsa ger frihet, till exempel att inte ha ont. Det är där vi läkare kommer in med vår roll och möjlighet att på daglig basis driva mänskliga rättigheter. Vi kan göra människor friare. Vi har möjlighet att utjämna människors livsvillkor.

– Den medicinska etiken ska avspegla detta, men jag upplever att det kan vara lite godtyckligt hur man följer det. Detta har skapat en frustration i mig och det är därför jag i perioder bland annat har engagerat mig i Läkare i Världen.

En stor del av vårt arbete inom allmänmedicin är preventivt arbete, till exempel kontrollera blodtryck, blodfetter etcetera. Detta arbete är också mycket ojämnt där man kan se att utsatta grupper söker vård mycket senare än andra, vad tycker du vi kan göra här?

– Det handlar om hälsolitteracitet med andra ord hälsoinformation, hur vet man hur man ska gå tillväga för att få vård? Där är det väldigt svårt om du inte har kanaler rakt in, om du inte har de digitala verktygen som vården kräver. Som smittskyddsansvarig fick jag använda 30 minuters telefontider åt att hjälpa patienterna bara logga in på "Alltid öppet" innan det lyckades.

– Vi låter majoritetens behov gå före, vilket leder till ojämlig vård. Vi måste bli bättre på att beakta individens behov, alla har inte samma digitala kompetens. Allt går mot det digitala

idag vilket gör att till exempel äldre som har svårt för appar, de patienter som har svårt för svenska eller dyslektiker inte får den vård de behöver.

Vad vill du med din bok, vad vill du att den ska ge?

– Jag ville skapa en berättelse som skulle handla om arbete och arv. Det var tanken. Hur man sen tar emot boken och tolkar den är upp till läsaren och förhoppningsvis får man med sig något, någon ny tanke som väcks.

Är du nöjd med boken?

– Jag är väldigt stolt och glad över att jag har skrivit den här boken, det trodde jag aldrig för tre år sedan. Jag känner mig privilegierad.

Vill du påverka möjligheten till att förändra vården med boken?

– Jag ville beskriva ett samhälle där det inte nödvändigtvis handlar om kriminalitet. Vi med invandrabakgrund arbetar som bland annat undersköterskor, jurister och farmaceuter. Av läkarkåren har 30% invandrabakgrund, men ändå verkar det vara många färre med utländsk bakgrund ju högre upp du kommer i hierarkin på sjukhusen. Hur kommer det sig?

– Jag ville lyfta något annat än alla andra deckares kriminalitet och gäng, vi med invandrabakgrund arbetar och kämpar med att hålla Sverige igång. Det kändes som att det behövdes en liten nyanserad bild.

Jäv saknas.

Linda Ängeby
Allmänläkare, Bollmora Vårdcentral i Tyresö
linda.angeby@regionstockholm.se



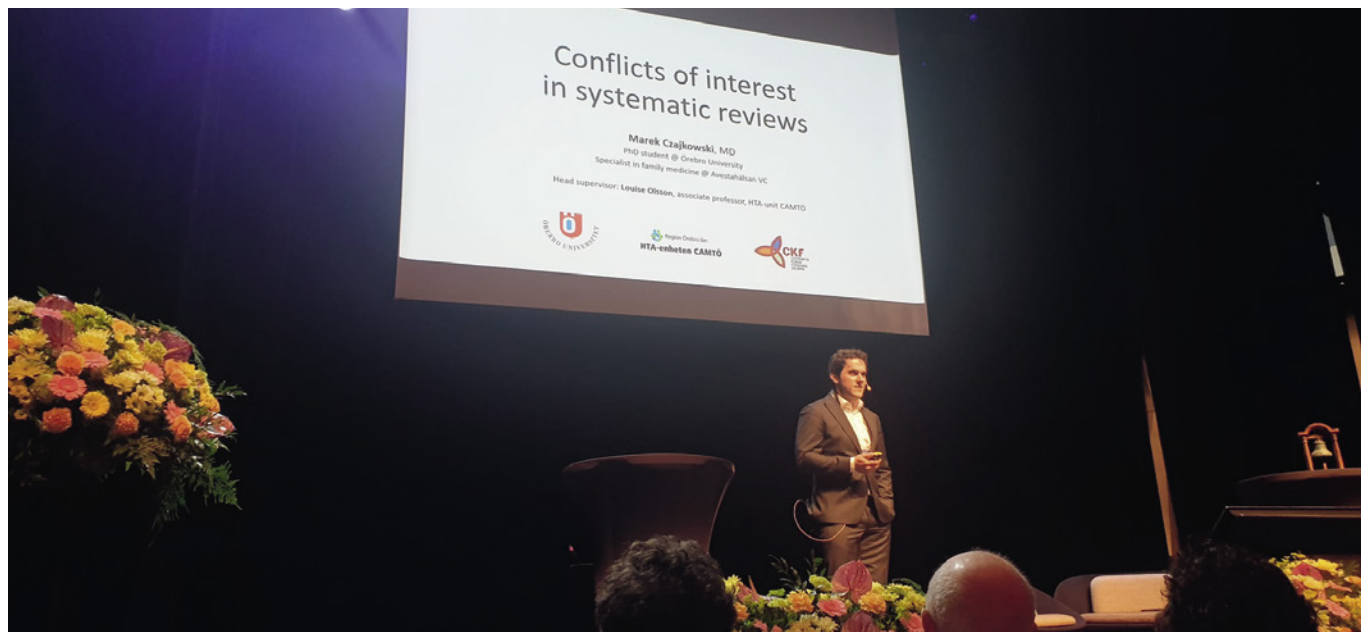
Kongressen ur en metaforskares perspektiv

I april i år samlades allmänläkare från hela Sverige i Uppsala på Svensk Allmänmedicinsk Kongress 2024 under temat "Vart är vi på väg?". Organisatorernas ambition att besvara denna fråga hade lett till att de bjöd in många svenska och internationella forskare. Ett rekordstort antal kongressdeltagare kom och lyssnade på hur sjukvården kan göras mer hållbar i en era av digitalisering, överdiagnostik, fragmentering och vetenskapens replikationskris.

Kongressen inleddes med en Keynote-presentation av en metaforskare John Ioannidis (professor, Stanford, USA), mest

känd för sin artikel: "Why Most Published Research Findings Are False" [1]. Under sin presentation "Evidence and guidelines: trustworthy or not?" uppmanade han allmänläkare att vara "healthy sceptics" i kontakt med forskning och att engagera sig i riktlinjearbete utifrån sitt generalistperspektiv.

Nästa Keynote-talare var Linn Getz (allmänläkare, professor, NTNU, Norge), som redogjorde för "Core values in general practice" och betonade deras betydelse för hållbarheten. Hon förespråkade ett öppet och kritiskt 'underdog'-förhållningssätt för allmänläkare för att rikta sjukvårdens utveckling tillbaka



Marek Czajkowski.

på rätt spår samt visade hur norska allmänläkare arbetar mot överdiagnostik [2].

Bland ett stort urval av seminarier och workshops fanns även en om "Open science and sustainable care". Gustav Nilsson (docent, Karolinska Institutet), Shai Mulinari (docent, Lunds Universitet), Minna Johansson (allmänläkare, med dr, Göteborgs Universitet), Karin Mossberg (allmänläkare, med dr, Göteborg Universitet) och undertecknad (allmänläkare, doktorand, Örebro Universitet) diskuterade metaforskning som bedrivs i Sverige tillsammans med John Ioannidis och Seamus O'Mahony (författare, Irland). Presentationerna handlade om öppen vetenskap [3], intressekonflikter i hälso- och sjukvårdens ekosystem [4] och i klinisk forskning [5], "Time needed to treat"-perspektiv [6] samt medikalisering av övervikt. För de outtröttligt intresserade fanns även en Journal Club-workshop, där Ulf Eriksson och undertecknad rollspelade gemensamt med deltagarna en kritisk granskning av en Cochrane-översikt på en vårdcentral.

Nästsista Keynote-talare var Seamus O'Mahony, som reflekterade kring sitt arbete under många år som gastroenterolog inom NHS i England, vilket gav honom inspiration till hans boktrilogi "Way We Die Now", "Can Medicine Be Cured?" och "The Ministry of Bodies". Han rekommenderade att lita på sitt kliniska omdöme i den fragmentiserade vården samt påpekade att sjukvården även måste prioritera ekologisk hållbarhet.

Avslutande Keynote-talare Minna Johansson tröstade kongressdeltagarna med att sprida hopp för sjukvårdens nuvarande resa och uppmuntrade till att försöka påverka vart vi alla är på väg genom ödmjukt mikromotstånd och sund allmänmedicinsk debatt.

Organisatorerna från SFAM Uppsala har verkligen åstadkommit något unikt med att samla en så framstående panel av internationella experter och lyfta fram kritiskt tänkande, metaperspektiv och hållbarhet på flera nivåer vid en svensk allmänmedicinsk kongress.

forts. nästa sida ➡



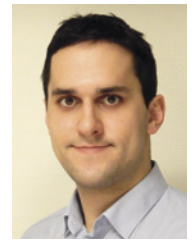
John Ioannidis.



Panelen *Open science and sustainable care*.

Allmänläkarna fick även en inblick i metaforskning som pågår i Sverige. Presentationerna ledde till många diskussioner av särskilt intresse för det fortsatta arbetet med svenska ”Kloka Kliniska Val”. Detta kan vara ett första tecken på att metaforskningens sunda skepticism passar väl ihop med det allmänmedicinska perspektivet, och att båda områdena har mycket att lära av varandra i framtiden.

Jäv saknas.



Marek Czajkowski
Allmänläkare, Vårdcentral Avestahälsan
marek.czajkowski@oru.se

Referenser:

1. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med.* 2005;2(8):e124.
2. Hjørleifsson S, Getz LO, Tangen MK. Bærekraft på legekontoret Tidsskr Nor Laegeforen. 2024;144(6).
3. Nilsson G, Wieschowski S, DeVito NJ, Salholz-Hillel M, Bruckner T, Klas K, et al. Results reporting for clinical trials led by medical universities and university hospitals in the Nordic countries was often missing or delayed. *medRxiv.* 2024:2024.02.04.24301363.
4. Mulinari S, Martinon L, Jachiet PA, Ozieranski P. Pharmaceutical industry self-regulation and non-transparency: country and company level analysis of payments to healthcare professionals in seven European countries. *Health Policy.* 2021;125(7):915-22.
5. Czajkowski M, Olsson L. Intressekonflikter påverkar den medicinska forskningen i alla led. *Lakartidningen.* 2023;120.
6. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ.* 2023;380:e072953.

Primärvård som nav i vården

Begrepp och ord i planeringen av framtidens vård och omsorg

Arbetet med att planera en förändring i hälso- och sjukvården till personcentrerad och sammanhållen vård och *primärvården som navet* i svensk hälso- och sjukvård har det uppstått problem med begrepp och ord som ska användas. Denna artikel är till för att bringa reda i tänkandet om de här frågorna.

Följande begrepp tas upp:

- system
- område
- vårdnivå
- bas
- nav
- nätverk
- samskapande

System

Man beskriver i många sammanhang hälso- och sjukvården som ett system. Men som nationell företeelse uppfyller den inte krav som kan ställas på ett sådant.

Ett system är en struktur av delar (komponenter) som fungerar ihop för visst syfte, till exempel förbättrad folkhälsa, förbättrad vård av sjuka och liknande. Ett sådant system finns inte. Vad som finns är en mängd enheter i form av kliniker, vårdcentraler, privata mottagningar för fysioterapi, psykoterapi, rehabilitering med mera.

I dessa enheter arbetar ett antal professionella, eventuellt i team, med hälsofrämjande aktiviteter, rådgivning, behandling och uppföljning. De arbetar i mer eller mindre organiserade former under ett gemensamt chefskap. Det uppstår på det sättet ett stort antal små system. Dessa små system relaterar på olika sätt till flera olika andra system som kliniker, socialtjänst, kommun, region, myndigheter, de vårdsökandes familjer och arbetsplatser med flera. Samtliga är så kallade *öppna system*.

Område

Ordet *område* kan vara användbart när man talar om specialiteter (i vården), discipliner (vid universitet och högskolor), en vårdenheter eller en vårdinrättning av typen sjukhus. Ordet är

användbart för planering eller annat ändamål och när man vill beskriva hur det skiljer det från andra områden. Primärvård, akutvård, klinik, vårdcentral, facklig organisation kan vara exempel på områden.

Om vi som exempel tar primärvården i Sverige och sätter den i relation till områden som akutsjukvård, fysioterapimottagningar, hemtjänst, särskilda boenden med mera, så är det inte fråga om organiserade system utan beteckningar på viss typ av aktivitet.

För att få till stånd ett smidigare samarbete mellan personal i dessa typer av vård och omsorg kan man använda generella riktlinjer i form av lagar eller föreskrifter som utfärdas av myndigheter. Det krävs också lokalt förändringsarbete och kanske försöksverksamhet som går utöver vad som är föreskrivet i gällande lagar och föreskrifter.



Man beskriver i många sammanhang hälso- och sjukvården som ett system. Men som nationell företeelse uppfyller den inte krav som kan ställas på ett sådant.

Vårdnivå

Ordet *vårdnivå* skapades på 1900-talet för att ange grad av specialisering i en vårdenhet eller en typ av vårdenhet. Primärvården hade en lägsta grad av specialisering på sjukdomstyper. Vården där kunde bättre beskrivas som en *generalitet* än en *specialitet*.

Nästa vårdnivå, sekundärvården, var ett område med länsjukhus med vissa specialiteter och begränsade resurser i fråga om personal och utrustning.

Tertiärvården var högspecialiserad och kopplad till en medicinsk fakultet med avancerad forskning. Vissa specialiteter fanns endast vid ett av universitetssjukhusen i landet och utgjorde därmed inofficiellt en fjärde nivå.

Primärvården kom med en analogi från det militära att kallas *första linjens vård*. Det är den fortfarande i den meningen att det är en enhet i vården som människor först vänder sig till för rådgivning, diagnos och behandling som inte kräver akut ingripande. Den delar alltså med akutklinikerna rollen som första linjens vård.

Bas

Primärvården beskrivs i många sammanhang som basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Men hälso- och sjukvården utgör inget system. Klinikerna vilar inte på primärvården som en bas för dem, inte i någon användbar mening.

Vad vi har är skilda områden och en mängd separata enheter. En vårdcentral är ingalunda någon bas för till exempel en barnklinik eller lungklinik.

Det är inte heller på det sättet att primärvårdens läkare skiljer sig från andra specialister i vården genom att ha mer basal kunskap. De får efterhand en fördjupad kunskap om alla typer av sjukdomstillstånd, förvärvad genom erfarenhet, bland annat genom bedömning av ett flertal vård sökande om de ska behandla själva eller remittera vidare.

Poängen är inte heller att de är generalister genom att vara allmänmedicinare. Poängen är att de är specialister på primärvård som verksamhet och uppgift.

Begreppet *vårdnivå* har blivit alltmer ifrågasatt efterhand som primärvårdens läkare och sjuksköterskor blivit specialiserade på att följa patienter med långvarig sjukdom eller med upprepade sjukdomstillstånd över lång tid.

Primärvården är inte bas för något annat. Det är en verksamhet med sina egna speciella uppgifter och egna krav på personal av olika kategorier.

Nav

Ordet *nav* kan användas om verksamhet som får ett antal enheter utanför sig att utföra uppgifter för dess räkning, till exempel för ett cykelhjuls nav dess ekrar, fälg och däck eller för en advokat som får flera enheter i rättsväsendet att agera till förmån för egna klienter. Om en yrkesutövare säger till en kund: ”Jag ska se om firma X eller firma Y eller kanske firma Z som jag har kontakt med kan hjälpa dig.”, då har han eller hon fungerat som nav i sin yrkesroll.

Det är inte hans typ av verksamhet, exempelvis som snickare, som fungerat som nav utan han själv personligen.

Så är det också i primärvården. Det är inte denna som sådan (eftersom det är ett område) som kan fungera som nav i hälso- och sjukvården. Det är de enskilda läkarna och sjuksköterskorna i vårdcentralerna eller team av dem som kan ta på sig uppgiften att fungera som nav i fråga om att engagera professionella eller enheter runtom dem till gagn för de vård sökande som de tar hand om.



Primärvården kom med en analogi från det militära att kallas första linjens vård.

Liksom navet i cykelhjulet hela tiden har kontakt med den fälg som ekrarna förbinder det med, så har också de som fungerar som nav i hälso- och sjukvården en *sömlös* kontakt med den fälg av enheter som anlitas till hjälp för den enskilda patienten (och eventuella närstående). Läkaren på vårdcentralen har exempelvis personlig kontakt med läkare på minnesmottagningen, med en neurolog på en sjukhusklinik, med handläggare för demensvård i kommunen, med någon hemtjänstfirma som den vårdbehövande eller närstående valt, med någon relevant närstående, med eventuell chef på en

arbetsplats (om patienten är anställd någonstans), med en arbetsterapeut och så vidare.

Det gör inte primärvården till navet i svensk hälso- och sjukvård. Det gör en enskild läkare i primärvården till ett nav i en *sammanhållen vård* för den här patienten, utan glapp och barriärer, alltså *sömlös*.

För att göra primärvårdsläkare och sjuksköterskor i primärvården till nav i sin dagliga verksamhet för de patienter som behöver ha dem i den funktionen, krävs förändringsarbete. Lagstiftningen är redan på plats. Arbetsgrupper i regioner och kommuner som nu grubblar över hur primärvården (som område) ska kunna göras till ett nav i svensk vård och omsorg gör klokt i att skifta fokus och i stället sätta igång med förändringsarbete som kan göra varje läkare eller sjuksköterska till ett nav i hela omvärlden av alla de slag av resurser, inklusive enheter i specialiserad vård i sjukhuskliniker med mera, som behöver kontaktas, rådfrågas eller anlitas.

Det är för en mindre del av de vårdsökande på en vårdcentral som navfunktionen behöver aktiveras.



För att göra primärvårdsläkare och sjuksköterskor i primärvården till nav i sin dagliga verksamhet för de patienter som behöver ha dem i den funktionen, krävs förändringsarbete.

Nätverk

Vi skulle också kunna se det som att läkare och sjuksköterskor på vårdcentralerna blir noder i allt mer omfattande nätverk. Men det är inga *nätverk* som det är fråga om, eftersom ekrarna i hjulet inte ha kontakt med varandra. Alla går var för sig upp från navet till fälgen och däckets.

Det skulle kunna bli ett nätverk om de olika aktörerna, som primärvårdsläkaren eller distriktssköterskan varit i kontakt med, tog kontakt med någon av de andra av läkarens kontakter, men det är i regel orealistiskt och onödigt. Det är läkaren eller sjuksköterskan på vårdcentralen som ska stå för den sammanhållna (sömlösa) och samtidigt personcentrerade i vården av den enskilda vårdsökande. Nätverkstänkande passar inte ihop med navmodellen.

Samskapande

I 2000-talets managementteori och verksamhet i företagen har ordet samskapande (av engelskans cocreation) blivit centralt. Man kan som allra bäst tillgodose kundernas behov och önskemål om de får vara med i framställningen av den produkt som de köper, till exempel en lägenhet, en villaträdgård, en

swimmingpool, ett fritidshus, ett datasystem. Speciellt för dataprogramutvecklare har det visat sig vara nästan nödvändigt att så flexibelt och gradvis utprovande som möjligt samverka med köparna av datorprogram som ska fungera i firmor med olika behov. Arbetsättet sägs vara *agilt* och *iterativt* (flexibelt och med upprepade försök).

Tillämpat i hälso- och sjukvården blir det för läkare och sjuksköterskor fråga om att initiera ett samarbete med patienter, som har förutsättningar för samverkan, kring hur vård och hälsofrämjande åtgärder ska utformas. Det blir då en speciell sida av primärvårdspersonalens roll som nav i denna persons insatser i arbetet med den egna hälsa.

Det är något helt annat än den *delaktighet* som det blev fråga om i lagstiftningen om primärvårdsreformen. Helt naturligt, eftersom samskapande endast kan gälla vissa produkter och vissa patienter.

Sammanfattning och slutsats

Primärvården kan som område inte vara bas eller nav i hälso- och sjukvården som område. Primärvården är ett område för sig som kräver sitt eget specialkunnande hos personalen. Övriga verksamheter och enheter i vård och omsorg behöver ingen bas att vila på.

I egenskap av område kan primärvården heller inte fungera som nav i en verksamhet. Det är enskilda professionella i primärvården och i flera specialiteter i sjukhusvården som kan åta sig den funktionen, när det är motiverat för diagnos, rådgivning och behandling.

För att bli nav i en verksamhet räcker det inte att kontaktvägar skapas. Det är bara en del i det hela. Det viktiga är att man som nav koncentrerar till sig själv all den verksamhet som sker i *fälgen* och *däcket*, styrd av vad man själv och ens patient behöver hjälp med.

Vad arbetsgrupper och planeringsgrupper i regioner, län och kommuner nu behöver inrikta sig på är ett förändringsarbete med sikte på att läkare och sjuksköterskor i vårdcentralerna kan fungera ihop med den periferi av aktörer som ska medverka i vården av deras enskilda patienter.

Uttrycket *sammanhållen vård* får på det sättet sin egentliga mening och innebörd. Det är en vård där den av den vårdsökande valda läkaren eller sjuksköterskan håller kontakt med de aktörer i hjulets periferi, som engageras för honom eller henne. Ansvar stannar hela tiden hos den personliga läkaren eller sjuksköterskan. Det är det enda sätt som finns att göra primärvård (inte primärvården) till nav i svensk hälso- och sjukvård.

Jäv saknas.



Henry Egidius
Utbildningskonsult med medicinsk pedagogik
som specialitet, Nacka
henry.egidius@gmail.com



Sigvard Mölsted till minne



Allmänläkare och professor emeritus Sigvard Mölsted, 75 år, Båstad, har avlidit. Sigvard sörjs närmast av hustru Elisabet samt barnen Erik, Sara och Johan med familjer.

Efter skolgång i Halmstad och medicinstudier i Lund blev Sigvard specialist i allmänmedicin och tjänstgjorde under många år på vårdcentralen i Höör. På vårdcentralen började han med utbildningsprogram och undersökningar av antibiotikaresistens hos bakterier vid vanliga infektioner, vilket blev fokus för hans avhandling 1990.

När antibiotikaresistens började synas som ett problem i Sverige steg Sigvard fram som den starka och självklara förgrundsfiguren för hur den vidlyftiga användningen av antibiotika skulle hanteras i primärvården. Med sin stora kunskap och sitt strategiska tänkande blev han en respekterad drivande kraft när det nationella nätverket mot antibiotikaresistens – Strama- bildades 1995.

Sigvards ledarskap i Strama-arbetet har bidragit till en imponerande minskning av antibiotikaförskrivning i primärvården i Sverige och till att Sverige i internationella jämförelser har en förhållandevis låg antibiotikaresistens. Tack vare hans kunnskap och pregnans fick allmänläkarna i Strama-arbetet en respekterad och viktig roll.

Riktlinjer för handläggning av infektioner baserade på tillgänglig kunskap från primärvårdspatienter var en nyckelfråga för Sigvard och han blev en central person för att nya behandlingsrekommendationer skulle kunna tas fram. Under sin tjänstgöring på Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping lyfte Sigvard vikten av att följa upp antibiotikaförskrivning och initierade arbetet med diagnosspecifika infektionsindikatorer. Detta arbete utgör grunden för uppföljning i vårt nuvarande Primärvårdskvalitet.

Sigvards forskning har fokuserat på infektioner i primärvården, förskrivning av antibiotika och förekomst av resistens. Han visade i sin gärning att infektionssjukdomar i primärvårdens patientpopulation inte är detsamma som i sjukhusets population och därför kräver sin egen forskning. Han hade förmågan att se var kunskapsluckorna fanns, han initierade forskning, så att kunskapen steg för steg kunde utvidgas.

Sigvard medverkade i flera internationella forskningsprojekt och var initiativtagare till ett flertal välgjorda studier där antibiotika jämfördes mot placebo på vanliga infektioner i primärvården. De flesta visade att antibiotika endast hade en liten effekt och att rutinmässig användning till alla med en viss diagnos inte är nödvändigt.

Sigvard har inspirerat och stimulerat många att börja forska och att fortsätta forska inom området infektioner och antibiotikaresistens i primärvården. Han var med och grundade Nationella forskarskolan i allmänmedicin och via den möjliggjorde han att forskarstuderande fått möjlighet att resa till internationella forskargrupper för att lära sig mer och skapa nya forskningskontakter. Den forskning som Sigvard medverkade till höll hög kvalitet och flera avhandlingar där Sigvard varit handledare (eller mentor) har genom åren utsetts till årets avhandling i allmänmedicin.

För både erfarna och mindre erfarna forskare var Sigvard inspirerande och stöttande. Sigvard var kunnig, påläst, utan behov att själv stå i rampljuset. Han såg till att personer utan vassa armbågar fick komma till tals. Han var envis på ett försynt sätt och sa det som behövdes. Han drevs av nyfikenhet och krav på att ta fram pålitliga fakta. På ett generöst sätt delade han med sig av sin otroliga kunskap och möjliggjorde för yngre forskare att delta i konferenser och inkluderas i det internationella nätverket GRIN (General Practice Research on Infections Network) [1].

Han utstrålade värme, var hjälpsam och var mycket lätt att tycka om. Han hade en stor portion av lågmäld, träffsäker och inte sällan sarkastisk humor.

Sigvard hade förmåga att omvandla forskning till nytta i den allmänmedicinska vardagen. Han var genom sin person en förebild för alla allmänläkare som deltagit i Stramas arbete och en stöttepelare inom infektionsforskningen. Han lämnar ett stort tomrum efter sig.

Katarina Hedin

Allmänläkare, professor,
Linköpings universitet,
Futurum Region Jönköpings län

Malin André

Allmänläkare, docent,
Uppsala Universitet

Birgitta Hovelius

Pensionerad allmänläkare,
professor emeritus
Lund Universitet

Helena Kornfält Isberg

Allmänläkare, fil dr,
Kärråkra vårdcentral, Eslöv,
Lunds universitet

Christer Norman

Allmänläkare, Akademiskt
primärvårdscentrum Stockholm

Mia Tyrstrup

Allmänläkare, fil dr,
Vårdcentralen Lundbergsgatan,
Malmö, Lunds universitet

Referens:

1. <https://www.grinweb.org/>



Allmänmedicin på Sri Lanka

– Ah ... the famous burnout ..., säger min kollega med ett snett leende när jag berättar om utmaningarna vi har i primärvården i Sverige. Vi sitter runt ett konferensbord i Colombo, i ett rum som jag sett på bild från Spice Routes fortbildningskvällar som annonserats på deras Facebooksida lite då och då. Det känns nästan lite surrealistiskt att sitta här på riktigt efter tio månaders letande och mejlande och en lång väntan på svar på min ansökan.

Jag har bjudits in av sex kollegor som är engagerade i WONCA:s Young Doctors Movement i Sydostasien. Samma kollegor har jobbat hårt för att jag ska få en varierad inblick i den lankesiska primärvården under mitt utbyte **FM360°**. Nu är de jättenyfikna på hur det har varit. Vi fikar, snackar om hur det är i Sverige och Sri Lanka, om olikheter och likheter och jag berättar om reflektioner jag fått från min vistelse i och runt staden Galle.

Kollegorna är väl medvetna om hur primärvården ser ut på andra ställen och flera av dem har gjort besök eller arbetat en längre tid i Storbritannien och Australien. De som inte har gjort det än har planer på att åka. På Sri Lanka ställs inte diagnosen utmattningssyndrom men vården är utmattad och drabbad av en braindrain som ökat lavinartat senaste året. Alla läkarstudenter jag träffat senaste veckan har planer på att jobba utomlands.

Jag har jobbat som undersköterska i Indien, i hemtjänsten i Norge och besökt Uganda som läkarstudent. Jag har varit patient i flera olika länder. Jag visste redan innan vi flyttade till Sri Lanka den här vintern att det skulle finnas fundamentala olikheter mellan våra sätt att söka vård och bedriva vård. Men det som fascinerade mig nu var att i egenskap av distriktsläkare få komma och träffa kollegor inom samma bransch och undersöka närmare vad vi kan lära oss av varandra. Jag hade också en ambition att inte fokusera så mycket på olikheter utan i stället se vilka likheter som finns i vår primärvård.

Jag försökte först själv hitta någon distriktsläkare att auskultera hos men snubblade till slut över **FM360°**. Det fanns alltså redan en grupp eldsjälar som suttit på en WONCA-kongress och utformat ett utbytesprogram för ST-läkare och ”yngre” specialister. Ansökan var seg, responsen nästan obefintlig. Distriktsläkare världen över har många bollar i luften och dygnets timmar räcker inte till. Via utnämnda koordinatörer i Norge, Spanien och Sverige lyckades jag till slut få kontakt med kolle-



gora i Spice Route och mitt schema blev utformat långt över mina förväntningar, trots att de var fullt upptagna med att arrangera årets WONCA-kongress i Colombo.

Sri Lanka är ett land med 22 miljoner invånare vilket genast blir mycket intressant att jämföra med grannlandet Indiens dryga miljard i befolkning, även om befolkningstätheten är i stort densamma. Det finns en lång tradition av primärvård och CGPSL (The College of General Practitioners of Sri Lanka) startades 1979, ungefär i samma veva som SFAM startades i Sverige.

Den offentliga vården är gratis och mediciner som ordinerats och lämnas ut på mottagningen är också gratis. Den begränsade tillgången till olika sorters läkemedel gör detta möjligt. Har du till exempel diabetes så kommer du till din doktor en gång i månaden med din journalbok i handen där sköterskan fyllt i senaste provsvar och blodtryck. Sedan får du gå till medicinluckan och hämta läkemedel för en månad. På hyllan finns oftast metformin, en sulfonureid, Januvia och kanske även insulin. Apoteket kan ha ytterligare sorter men då betalar patienten för det.





Hela systemet bygger på att patienten själv kommer till mottagningen. Inga telefonder, väntelistor eller signeringslistor för prover. Ingen tidbok, påminnelse-sms, videochatt eller triggerering. Men genom att se patientens ansikte, blodtryck och blodsocker varje månad får doktorn ändå en känsla av att ha läget under kontroll. Ett lite mer generöst status kan erbjudas årligen men troligtvis kommer patienten fler gånger innan dess, för på Sri Lanka går man till doktorn om man är förkyld. Då kan man få några tabletter paracetamol, antihistamin och råd om att äta mycket kall vattenmelon för att minska halssont.

Jag fick följa med kollegor på privata och offentliga vårdcentraler både i stan och på landsbygd, på det stora sjukhusets OPD (sjukhusprimärvårdsmottagning), på mödravårdscentraler och BVC. Det blev en utmärkt start att få träffa en chefläkare inom den förebyggande hälsovården och få förklarar för mig hur systemet är uppbyggt med statlig kontroll och finansiering, prevention, mödravård, vaccinering, skolhälsovård och smittskydd. Nyttigt att få se siffror och statistik. Att få reda på hur chefläkaren måste stå till svars inför staten för varje hemförlossning som sker och ifall vaccinationstäckningsgraden inte når 100% i regionen. Stoltheten i rösten över den välfungerande mödravården och BVC liknar väldigt mycket stoltheten vi känner i Sverige.

På den offentliga vårdcentralen tittar doktorn på ungefär 90 patienter före lunch, ytterligare 40 efter lunch. Antalet är hisnande men när jag funderar på hur många ärenden jag själv kan handlägga på en dag i Sverige i form av receptförnyelser, provsvar, konsultationer, rond på särskilt boende och akutbesök så blir det inte lika märkligt längre. På en privat mottagning är tempot lugnare och besöken längre, med mer noggrant status, men ändå styrt av hur många patienter som dyker upp den dagen.



Nästa patient väntar alltid i dörröppningen.



Uppdukad Ceylon tea för två doktorer.

För att få öppna en privat mottagning måste du vara diplomerad familjeläkare eller specialist i allmänmedicin. De allra flesta familjeläkare jag möter jobbar måndag till lördag på en offentlig vårdcentral och sedan på sin privata klinik på kvällar och söndagar. Det är svårt att klara sig på lönen från staten.

Sista veckan faller alla mina reflektioner på plats. Jag tar med mig hela familjen till huvudstaden en vecka för att följa undervisningen på Department of Family Medicine. Läkarstudenterna på termin fyra får en introduktionsföreläsning av professorn. Jag hade kunnat sno hela föreläsningen rakt av och använda som introduktion till vår allmänmedicinkurs i Sverige.

Jag auskulterar sedan med studenterna och ST-läkarna på universitetets distriktsläkarmottagning och det känns oerhört likt en dag på en svensk vårdcentral. Allergi (dock vanligast mot kackerlacka), hjärtsjukdom, ångest, utredning av järnbrist och domningar i händerna, pragmatiska avvägningar och kompromisser. Doktorn tröstar, förklarar, lyssnar på farhågor och tar sig tid när det behövs. Professorn avslutar klokt med att säga att hon vet att detta inte kommer vara en verklighet som studenterna kommer möta när de kommer ut i arbete i resten av landet men att det är viktigt att de trots allt får en idé om vad allmänmedicin handlar om.

Jag sitter och hummar med och förstår precis vad hon menar. På Sri Lanka behövs inte Kloka Kliniska Val, de begränsade resurserna styr redan den biten. I bilen på väg mot mötet i stan avslöjar professorn att hon har planer på att jobba i Australien i några år. Jag tänker att det inte behöver vara en braindrain. Det blir hennes resa, hennes utbyte, hennes insikter. Vi är distriktsläkare i världens primärvård.

Jäv saknas.

Celestina Wiberg
Allmänläkare, Ungdomsmottagningen
i Lund/Eslöv/Landskrona
celestinawiberg@hotmail.com





Jag skulle aldrig gå en konsultationskurs!

– Jo, det går fint, sa jag när vännen kursare ställde frågan.

– Men, ändå, fortsatte hon, är det inte konstigt att vi som specialister ska behöva gå en kurs i samtal, det är ju det vi jobbar med hela dagarna?

Sedan ett par år tillbaka har jag varit ledare på kurser i konsultation för ST- och AT-läkare. Bland annat de så kallade Kallymnoskurserna där metoden utvecklats och finslipats av Jan Helge Larsen och andra kollegor.

Förra året fick jag vara med och ha en kurs för specialister, och träffade kollegor med olika bakgrund från hela landet. Någon som nyligen hade kommit till Sverige hade inte haft någon träning i konsultation och kämpade med att förväntningarna här var så annorlunda, en annan hade gått flera kurser innan och ville se hur han kunde komma vidare med sin konsultationshandledning och utveckla egna kurser, en tredje skulle snart gå i pension och kände att det var dags för lite uppfräschning. Till och med en stafettläkare som betalade själv då han kände att det var desto viktigare med bra samtalsmetodik när det inte fanns kontinuitet. Alla, inklusive jag själv, var nervösa i början av kursen, men i slutet var alla nöjda och kände att de lärt sig mycket på bara två dagar.



Illustration: Annika Andén

Min gamla kursare sträckte på sig i förarsätet och kastade en blick ner mot en segelbåt vid Höga kusten innan hon tog ny sats:

– Men varför ska man gå då? Gör ni fortfarande de där rollspelen? Jag skulle aldrig gå en kurs där det står att man ska göra rollspel, jag vill hellre höra en bra föreläsare än att göra bort mig i någon fänig lek som ändå inte ger någonting.

På de kurser jag är med och håller gör vi patientspel, inte rollspel. Du får gestalta din patient, gärna patienten som du känner att du inte kan hjälpa, där du varken förstår lidandet eller kartan. Bara att för en stund få vara den personen ger ofta en aha-upplevelse. Att sedan få konkreta verktyg och kollegors input gör att nya möjligheter öppnar sig.

Det här med att göra bort sig – att inte vara en bra skådespelare – är det många som är rädda för, men jag har faktiskt aldrig under mina tio år med kurser träffat någon som inte kunnat gestalta och leva sig in i patienten. Dessutom handlar det inte om prestation, vi har ett ”konsultationslaboratorium” där vi testar saker i en trygg miljö. Mycket skoj brukar det bli, men aldrig någon som skrattar åt någon annan.

Jag drar mig till minnes en handledarträff där jag fick visa en video från min egen mottagning, ett möte där jag upplevde att patienten kom med alldeles för många och orimliga krav. Inte en enda bekräftelse (kvitto) gav jag patienten, jag som vanligtvis ler mycket, satt som en stenstod. Det blev så tydligt hur mitt agerande påverkade mötet med patienten som blev osäker. Vid nästa besök kunde jag säga:

– Så mycket du har omkring dig nu, bra att du kom så vi kan hjälpas åt!, och sen var det inte så mycket som behövde lösas.



Min skeptiska kursare tystnar en stund och jag antar att hennes tankar nu är mer hos islandshästarna och kursen i Kebnekajse, som vi är på väg mot, än med mötena med hennes patienter på psykiatrimottagningen. Men sen säger hon:

– Jo, ärligt talat hamnar jag i situationer där jag varken förstår kartan eller lidandet och blir lite nyfiken nu på om det finns metoder som skulle förenkla mitt arbete och få gladare patienter.

Vi får se om vi får med oss en skeptisk psykiatriker på kursen i Duweholm i november.

Jäv saknas.



Malin Lagerberg

Allmänläkare, Nötkärnan Bergsjöns vårdcentral,
Kursledare konslutationskurser

Hamed Shayegh, distriktsläkare på VC Ekensberg, som gick kursen 2023 säger så här om kursen:



– Att i en tillåtande och vänlig kollegial stämning, med erfarna kollegor, laborera kring hur du kan få en mer meningsfull och effektiv kommunikation med dina patienter.

Här finns möjlighet att testa olika strategier och våga skratta åt tokigheter som kan hända i mötet med patienten ...

– Du kommer träffa handledarutbildade lärare som med tålmod och nyfikenhet kommer lotsa dig i konsten att förstå och fördjupa kontakten med dina "besvärliga patienter". Metoden som lärs ut har utvecklats och förfinas fortgående av kollegor som "nördat in sig" på och ägnat hela sin karriär åt att lära sig och lära ut en pedagogisk modell för patientsamtalet som ligger i framkant internationellt och som kommit att bli "Golden Standard" inom medicinutbildningarna numera.

Provinsialläkarstiftelsen:

Konsultationskurs för specialister

Datum och plats: 27–29 november 2024, Dufweholms Herrgård, internatform.

Kursledare: Sofia Hellman, Staffan Ahlkvist, Malin Lagerberg, specialister i allmänmedicin

Kursbeskrivning: Välkommen till Provinsialläkarstiftelsens intensiva 2,5-dagars kurs i samtalsmetodik. En unik möjlighet att uppdatera dina färdigheter i konsultation. Korta teoripass varvas med praktiska övningar i smågrupper under direkt handledning av erfarna konsultationshandledare.

Kursen fokuserar på att ge dig konkreta verktyg att använda i mötet med patienter för att underlätta vardagen som läkare. Du får även redskap att använda vid handledning i konsultationsteknik enligt samma modell som dagens ST-läkare i allmänmedicin. Vi arbetar utifrån självupplevda patientmöten.

Målgrupp: Specialister i allmänmedicin eller annan specialité i mån av plats. Tidigare erfarenhet av konsultationsteknik/videohandledning är inte nödvändig. Handledning sker utifrån deltagarnas tidigare erfarenhetsnivå.

Anmälan: Anmäl dig på <https://www.trippus.net/konsultationskurs24>. Begränsat antal platser (18 st). Anmälan är bindande.

Boende: Kursen ges i internatform på vackra Dufweholms Herrgård. Goda kommunikationer, nära Katrineholm. Internatkostnaden ingår. <https://www.dufweholm.se/>

Kostnad: 7 500 kr + moms (inklusive kost och logi för 2 nätter)



**Svenska
Distriktsläkar-
föreningen**

Provinsialläkarstiftelsen har instiftat Provinsialläkarlyftet, för att ge fler kollegor möjlighet att delta i utbildningar även om arbetsgivarna snålar. **Läs mer här:** <https://slf.se/dlf/provinsiallakarstiftelsen/provinsiallakarlyftet/>





Den farliga sjukvården

– medicinkritik-symposium i Uppsala

För femtio år sedan publicerade filosofen Ivan Illich sin medicinkritiska debattbok *Medical Nemesis*. För att uppmärksamma detta arrangerar Centrum för Medicinsk Humaniora vid Uppsala universitet, i samarbete med SFAM, ett symposium om medicinkritik.

Illich beskriver i boken den moderna sjukvården som ett allvarligt hot mot människors hälsa. Han beskriver riskerna med en expansiv medicin som exploaterar samhället när den går från att utöva läkekonst för de sjuka till att ägna sig åt ”att frälsa mänskligheten från sjukdomens och handikappens bojor och till och med från den oundvikliga döden” [1].

Bland talarna märks författaren och konstnären Liv Strömquist, som ofta citerar Illich i podden *Stormens utveckling*, och sociologen Roland Paulsen, en aktiv kritiker av terapismhället. Men även allmänmedicinen är representerad med den norska allmänläkaren och medicinetikern Henrik Vogt. Hans föredrag *Preventiv precisionsmedicin – en totalitär medikalisering av livet?* kommer belysa risken för att den preventiva precisionsmedicinens löften, sprungna ur ökad

mätbarhet och *big data*, kan leda till en total medikalisering av livet [2].

Vår förhoppning är att ge energi till den medicinkritiska debatt som är nödvändig för att ge förutsättningar för att bygga upp en långsiktigt hållbar sjukvård som inte tappar fokus på sina kärnuppgifter. Det kan ses som en del av de mekanismer som enligt Illich behövs för att skydda samhället mot ”sina mest begåvade medlemmars irrationella drömmar [3].”

Jäv saknas.

David Gyll
SFAM Uppsala
gyll.david@gmail.com



Referenser:

1. Ivan Illich, Den farliga sjukvården s. 72
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26821201/>
3. Ivan Illich, Den omänskliga sjukvården s. 138

Ivan Illich symposium

DEN FARLIGA SJUKVÅRDEN

Hur mår medicinkritiken
50 år efter *Medical Nemesis*?

7:e november 2024
Föranmälan krävs

 **LIV STRÖMQUIST**
Vår samtida syn på smärta

Roland Paulsen
Om riskterritoriernas utbredning

Henrik Vogt
*Preventiv Precisionsmedicin
- en totalitär medikalisering av livet?*

Shai Mulinari
Digitala biomarkörer och gränslös datainsamling

Karl Gauffin
Risken med riskmedvetenhet

Louise Olsson & Rolf Ahlzén
Vad är medicinkritik?

Anna Sjöberg
Vem var Ivan Illich?

UPPSALA UNIVERSITET
SFAM



Döden har ingen kalender : bland världsbanksekonomer och andra kannibaler i Afrika • Anders Jeppsson • Förlag: Bokförlaget Korpen • Utgiven: 2024
• Språk: svenska • Antal sidor: 244 • ISBN: 9789189401853



Döden har ingen kalender

Kollegan Anders Jeppsson har skrivit en spännande bok om sitt yrkesliv med fokus på de femton åren som medicinsk rådgivare i ett flertal länder i södra och östra Afrika. WHO var hans arbetsgivare.

Men boken börjar med episoder från grundutbildningen i medicin vid Lunds universitet. En del kända och mindre kända namn flyger förbi. Tidigt får vi möta den nyfikne och bildningsförstående unge medicinaren på resa i Europa, Nordafrika och Mellanöstern. Nyfikenhet och äventyrlust går hand i hand. Anders söker hela tiden vidare vyer och ökad kunskap om kulturer och livsvillkor utanför det snävt europeiska och medicinska. Genom bredden i sina intressen var han ett gott ämne för allmänmedicinen. Följdriktigt hamnar han som allmänläkare och chef inom primärvården i Västernorrland. Därifrån ger han en väl igenkännbar bild av den tidens (1980-talets) primärvård.

Nyfikenheten och samhällsintresset driver honom så småningom längre bort i världen. Han blir FN:s expert i hälsofrågor i fyra länder i södra och östra Afrika. I expertrollen får han bo avskilt och bekvämt med familjen, men han väljer att så långt det är möjligt resa omkring och se verkligheten även i de mest avlägsna delarna av dessa fattiga länder. Det innebär många, långa och bitvis farliga resor i jeep på dåliga vägar. (Självt hade jag aldrig vågat!). Han hyllar tesen att man själv måste se för att verkligen förstå. Läsaren får flera skrämmande exempel på hur fel det kan bli när central byråkrati i Genève eller mottagarlandet får styra besluten på lokal nivå. Ett bra exempel är studiet av vaccinationspraxis på landsbygden i Zambia. Den undermåliga hanteringen av vaccin och injektionsnålar, okänd för byråkraterna, ledde till svåra infektioner och andra komplikationer. Forskningsresultaten ledde till rekommendationer om engångssprutor. Efter stort motstånd kunde detta slutligen implementeras i full skala.

Som läsare blir man förvånad över hur många ledande politiker Anders får träffa. Presidenter, ministrar och före detta frihetskämpar passerar på närhåll. Många visar stort förtroende för denne läkare som är uppenbart intresserad av verklig förändring och enskilda personers hälsa. En del tycker inte alls om det!

Så här långt har jag gett bilden av en bok som ger en ganska traditionell bild av den idealistiskt drivne (och i detta fall troligen välbetalde) läkarens verksamhet i fattiga länder. Men här finns något i perspektiv och berättartempo som avviker. En styrka är ambitionen att berätta både om den enskilde personen och sammanhanget, att smälta samman allmänläkarens blick

för patienten i rummet och villkoren för hälsa i samhället. Här bjuds tillspetsade exempel på fall med rabies och pest, men mest av allt reflektioner om sambanden mellan politik, ekonomi och hälsa. Kampen mot HIV är central.

Den stora frågan om värdet av hälsobistånd av den typ WHO bedriver i fattiga länder diskuteras: Är biståndet meningsfullt eller gör det mer skada än nytta? Svaret är inte självklart även om man gärna vill tro att nyttan överväger. Korruptionen är en av de mäktigaste fienderna. Den är utbredd och inbyggd i själva samhällsstrukturen i samtliga länder. Bristen på tillit är förödande. Den är ett huvudskäl till att människor inte vågar lita på politiker och samhällsinstitutioner. Även tidigare idealistiskt drivna ledare och revolutionärer blir så gott som regelmässigt korrupta när de hamnar i maktställning. Robert Mugabe i Zimbabwe är ett praktexempel, men tyvärr har han många gelikar.

Sammanfattningsvis är detta en mycket läsvärd bok även för den som inte har några planer på att arbeta åt FN eller andra organisationer i fattiga länder. Styrkan ligger framför allt i de empiriska iakttagelserna (bättre att se än att läsa!), den reflekterande hållningen och det självklara humanistiska perspektivet. En litteraturläskare kan glädja sig åt många litterära allusioner (direkt eller indirekt). Textens balans mellan individ och samhälle möjliggörs av omfattande kunskaper i epidemiologi och socialantropologi.

Som läsare blir jag alltid både orolig och nyfiken när en författare vill väva in många olika perspektiv. Det blir lätt till skolbok och/eller ideologisk exercis. Genom sin personliga, självreflekterande hållning undviker Anders många fallgropar. Tempot i berättandet håller hela tiden intresset vid liv.

Bokens titel: *Döden har ingen kalender* är kongenial. Undertiteln: *Bland världsbanksekonomer och andra kannibaler i Afrika* är lysande. Den pekar på att de största kannibalerna i vår tid inte är de traditionella huvudskalpjägarna utan de som med ett penndrag eller knapptryck kan få hela länder och världsdelar att falla i misär.

Jäv saknas.

Christer Petersson
Pensionerad allmänläkare, Växjö
cpetersson121@gmail.com





Hela människor : patientmötet i behandling av psykisk ohälsa från sent 1700-tal till 1924 • Cecilia Riving • Förlag: Makadam förlag • Utgiven: 2024
• Språk: svenska • Antal sidor: 358 • ISBN: 9789170614484



Psykiatrihistoria för allmänläkare

Under min tid som AT-läkare i Örebro tjänstgjorde jag först några månader på en neurologisk och sedan på en psykiatrisk vårdavdelning. En yngre kvinnlig patient hade kommit in på neurologen med symtom som uppfattades höra hemma där. Efter några veckors bristande utredningsframgång skickades hon till psykiatrin där, efter ytterligare två veckor, frågan väcktes om inte detta var en patient för neurologen. På ett gemensamt möte med psykiatern Lars Bagge och neurologen Peter Hele deltog också jag. Bagge försökte övertyga Hele att återta patienten. Jag med nyvunna neurologiska och psykiatriska kunskaper stödde Bagge. Hele kastade förintande blickar mot sin tidigare underläkare som tillät sig en avvikande uppfattning. Med min lite stöddiga attityd insåg jag att det här var en gammal motsättning som jag trampat rakt in i.

Cecilia Riving har skrivit en väldokumenterad studie *Hela människor* över svensk psykiatrisk vård 1790–1924. Hon skriver psykiatrihistoria med hjälp av Poul Bjerre, Emanuel af Geijerstam, Bror Gadelius, Fritiof Lennmalm, Anton Nyström, Carl Ulric Sondén, Otto Wetterstrand och allmänläkaren Carl Johan Hartman. Föregångare inom psykiatrin i Paris på 1780-talet var Jean-Martin Charcot, karismatisk neurolog som till stor del behandlade kvinnor med konversionssymtom (förflamningar, kramper) och där förklaringen i många fall låg inom det psykiatriska området. Denna tid är väl omskrivet av idéhistorikern Karin Johannisson *Kroppens tunna skal* (1997) och i skönlitterär form av Per Olov Enquist *Boken om Blanche och Marie* (2004).

Hela människor är en imponerande och välskriven analytisk berättelse om framför allt psykiatrisk behandling av Lunda-historikern Riving. Studiens inriktning är otvetydigt på patientmötet. *Le rapport* (rapporten) beskrevs av major Puysegur på 1780-talet som den djupa kontakt som uppstod mellan patient och behandlare (sällan en läkare) vid animal magnetism och senare hypnos. Man kan se det som en föregångare till vår tids patientmöte ansikte mot ansikte i det stängda rummet.

Man kan ställa sig frågan om varför denna tidskrift ska recensera något som snarare hör hemma inom psykiatris tidskriftsflora? Svaret kommer.

”Dåliga nerver” blev under andra hälften av 1800-talet förklaringen till både psykiska och somatiska problem. Neurologer som expanderade forskningen försökte hitta förklaringar medan allmänpraktiserande läkare skötte behandlingen – hypnos, bad, brunnskurer och i ökande grad samtal. Det var här som samtalsterapi (psykoterapi) växte fram under samma sena 1800-tal. I grunden fanns en konflikt mellan psykiatriker och neurologer om vad i symtombilden som kom från den mer

kroppsligt inriktade neurologin och de psykiska symtom som snart skulle komma att utforskas av Sigmund Freud.

Medan neurologer och psykiatriker stred om tolkningsföretrådet och allmänläkare stod för den praktiska behandlingen (tillsammans med självutnämnda experter inom animal magnetism och hypnos) öppnade sig i början av 1900-talet dörren för ”the talking cure”. En tidig representant var dansken Poul Bjerre som betonade att det psykoterapeutiska samtalet innebar att patienten själv måste utföra ett arbete för att må bättre – samma tankar som i Freuds psykoanalys som Bjerre inspirerades av. Liknande tankar hade Anton Nyström skrivit om i *Sinnesrubbing och människans förmåga att motverka detta sjukdomstillstånd* redan 1877 där han betonade patientens vilja och självkontroll.

Svensk psykiatri genom Svenska Läkaresällskapet kom 1924 att avskaffa psykoterapi – som också sammankopplades med hypnosbehandling – och därigenom officiellt bortse från det psykologiska perspektivet. Praktiserande allmänläkare fortsatte dock att lyssna på sina patienter.

Vad som saknas i Cecilia Rivings studie, och det är författaren tydlig med, är journalstudier som skulle kunna tydligare visa hur patienternas berättelser och läkarens bedömningar såg ut. Här finns alltså mer forskning att göra.

Varför ska en verksam allmänläkare läsa denna bok? Jag ser två skäl: psykologiska problem av olika dignitet uppenbarar sig i patienternas symtompresentationer på vårdcentralernas mottagningar. Psykiatris och psykoterapis mödosamma terapeutiska framsteg under de senaste tvåhundra åren är berättelsen om mycket lidande där vi kan behöva påminnas om att framstegen inte är så lättköpta som moderna företrädare försöker få oss att tro. Om de uppenbara framstegen tolkas med ödmjukhet så blir behandlingsoptimismen berättigad.

Hur gick det för den unga kvinnan i Örebro? De två skickliga klinikerna Bagge och Hele fortsatte att hävda sina respektive specialiteter och kvinnan skrevs ut klart förbättrad efter ytterligare några veckor utan att någon förklaring till hennes symtom framkom. Jag insåg att jag befunnit mig på minerad mark och kanske inte tillräckligt tagit mig i akt.

Jäv saknas.

Björn Landström

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



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

Ansvarig utgivare
 Ingrid Eckerman
 ingrid.eckerman@gmail.com

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

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

Illustratör
 Annika Andén
 annika.anden@gmail.com

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



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

Utgivningsplan för 2024

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
4	4.10	4.11	9.12	AI / Ungdomsmedicin

Utgivningsplan för 2025

1	7.1	27.1	3.3	?
2	17.3	7.4	19.5	?
3	11.8	1.9	6.10	?
4	13.10	3.11	8.12	?

SFAM:s kansli

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

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

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

Webmaster: hemsidan@sfam.se

Följ SFAM på



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

Publicering

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

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

Följ debatten på Ordbyte!

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

Bli medlem:

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

Avsluta medlemskap:

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

Kalendarium



2024

Oktober
ST-dagarna
 9-11.10, Nyköping

November
NAAKA-dagen
 11.11, Stockholm

20:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården
 21.11, Stockholm

Allmänläkardygnet 2024
 21-22.11, Lerum

Konsultationsnätverkets årsmöte
 6.12, Stockholm

2025

Januari
 Kurs i kompetensvärdering
 13-15.1, Oxelösund

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