

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 4 2020 ÅRGÅNG 41



Marta Lindberg

Allmänmedicin och läkekonst i fiktion och verklighet

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 Retorikens konst inom allmänmedicinen
Magnus Isacson
- 3 Bra mot stress att titta på film?
Ingrid Eckerman
- 4 Allmänmedicinens sju grundpelare
Grundläggande värderingar och principer i nordisk allmänmedicin
Magnus Isacson
- 5 Scandinavian Journal of Primary Health Care 2019
Hans Thulesius
- 6 SFAM informerar
- 8 Allmänmedicin och läkekonst i fiktion och verklighet
Christer Petersson
- 9 Ska man locka läkare att läsa skönlitteratur?
Merete Mazzarella
- 11 Onkologi & Poesi
Anders Palm
- 11 Vem är Åsa Mohlin
Åsa Mohlin
- 12 Cancerpoesi
Åsa Mohlin
- 15 Litteraturen en av många vägar till människokännedom
Rolf Ahlén
- 17 Medicinsk humaniora i Lund
Katarina Bernhardtsson
- 18 Hälsa, humaniora och medicin i Växjö
Christer Petersson
- 18 Vårt yrke – bortom siffror och evidens
Kristian Svenberg
- 20 Från doktor Finlay via Kafkas läkare på landet till fastlege Elin
Anders Lundqvist
- 24 Med blick för sjukdom och själsnöd – Dostojevskij 200 år
Jonatan Wistrand
- 27 Gunnar Biörck – en skrivande medicinprofessor
Ingrid Eckerman
- 28 Två ovanliga böcker om sjukvårdens arbetare
Ingrid Eckerman
- 29 Om skrivandet och konsten att vara nyfiken
Magnus Falk
- 30 Läkaren på scen och filmduk
Ingrid Eckerman
- 32 En otippad läsupplevelse
Annika Andén
- 33 Narrativ medicin och den andra ronden
Utvärdering av IV Workshopen i Narrativ medicin
Daniel Holmgren, Marie Pervik, Ala Mejaddam och Valdemar Erling
- 37 Underbehandlas verkligen osteoporos?
Peter Olsson
- 39 Just do one på hudmottagningen
Hanna Bielawska Bokliden
- 40 Genomsådande skrivet om coronan medan det pågår
Björn Landström
- 42 Det som förloras – vad kan vi offra under en pandemi?
Ett norskt perspektiv
Lars Englund
- 44 Behandling av opioidmissbrukare – inte för primärvården
Ingrid Eckerman
- 45 Noll alkohol bäst även för äldre
Ingrid Eckerman
- 45 Kommunikationsstöd vid afasi
- 46 Anders Anell: Två vårdnivåer i primärvården
Ingrid Eckerman
- 46 Befolkningen och kontinuiteten
Ingrid Eckerman
- 47 Prioritering av sjukdomsgrupper
Ingrid Eckerman
- 48 Svart på vitt: Vi behöver en primärvårdsform
Magnus Isacson
- 48 Klimat och miljö på vårdcentral – steg för steg
Bertil Hagström
- 51 Utbildningsmottagningen i Skäggetorp fyller 100 adeptter
Bo Forsman
- 53 FQ-gruppen – en ny gammal fortbildningsform
Gösta Eliasson
- 54 Kris & utveckling i Visby 8–10 september
Torsten Green-Petersen
- 57 Himmel och helvete på bioduken
Christer Petersson
- 58 AllmänMedicin gratulerar
- 59 Högaktuell bok om pandemier
Anders Jeppsson
- 60 Läkarna och de apatiska barnen
Ingrid Eckerman
- 61 Trött hela livet
Christer Petersson
- 62 Vill du bli upprörd å kvinnors vägnar?
Petra Widerkrantz
- 63 SFAM informerar, kalendarium

■ SFAM/AllmänMedicin informerar ■ Debatt ■ Tema-artiklar ■ Klinik & forskning ■ Utbildning & Fortbildning ■ Blandat

Omslagsbild AllmänMedicin nr 4–2020



Mitt målade tog fart i sorgen efter min pappas bortgång 2013. Idag känns skapandet lika nödvändigt för mig som min andning.

Jag målar olika saker men den skalliga kvinnan har blivit mitt signum. Trots att det ena ansiktet inte är det andra likt så refererar jag till henne som en person, "kvinnan" eller "hon".

Kvinnan är färgstark och självsäker. Hon är naken som en metafor för att hon inte har något att dölja. Avsaknaden av hår är en protest mot vårt samhälles mall för hur en kvinna bör se ut.

Kvinnan kom till mig. Genom målandet blev hon synlig för mig. Hon guidar mig mot mitt bästa jag och stärker mig i min självbild.

Åskådaren är fri att göra sin egen tolkning. Det är när du tolkar henne med dina egna tankar och erfarenheter som hon blir levande för dig.



Märta Lindberg, f.d. Möller
mollermarta@gmail.com

Retorikens konst inom allmänmedicinen

När jag läste vilket tema detta nummer har kom jag att tänka på allmänläkare och att skriva och associerade vidare till mitt eget skrivande och varför jag skriver och hur.

Vi är alla drillade i att skriva journal, vissa av oss dikterar och andra skriver. I skolan lär man sig att ju längre du skriver desto högre betyg får du, vilket jag alltid har hatat. Jag skrev alltid korta texter och fick visserligen bra betyg men ofta någon liten kommentar om att jag borde ha skrivit längre. Som vuxen får jag min revansch. Nu är det ingen som säger åt mig att skriva längre, bara kortare.

De värsta journalanteckningarna är de långa, utsmetade helt utan mål och mening där samma saker upprepas gång efter annan. De bästa är de som är korta, koncisa och har en tydlig bedömning och en plan. Det försöker jag förmedla till alla yngre kollegor jag handleder eller på annat sätt kommer i kontakt med. Jag gör den här bedömningen på grund av det här och det här och om det blir som planerat gör vi så här, annars så här. Bättre att skriva tydligt och fullständigt fel än att gömma sina tillkortakommanden i en diffus bedömning utan plan.

Jag tror att journalen som ständigt verktyg för oss är en tillgång när det kommer till vår förmåga att uttrycka oss konkret kring ett problem. Åtminstone upplever jag det så själv. Efter alla tusentals kontaktorsak, aktuellt, status, bedömning, åtgärd som jag har skrivit kommer det sig till slut naturligt att med hjälp av bakgrundsinformation formulera ett problem, sätta upp hypoteser och där efter en plan och i bästa fall en lösning.

Jag tror även att det till största del har varit av godo för oss att patienter-

na numera själva kan läsa sina journaler eftersom det har tvingat oss att använda ett enklare och tydligare språk med färre medicinska termer, förutom där det är nödvändigt av precisionsskäl. Enligt en bok jag läste i somras, "Tänka snabbt och långsamt", som för övrigt är en av de bästa böcker jag har läst, uppfattas man tydligen som smartare ju enklare man skriver. Yes, tänkte jag, accepterade genast detta påstående som bekräftade min egen tes, utan närmare granskning av fakta i ämnet.

Efter att ha läst en av mina många debattartiklar konstaterade min klart mer belästa och allmänbildade bror att "Du har ju lagt upp det precis enligt konstens alla regler med ethos, logos, pathos..." Nöjd klappade jag mig själv på axeln och kände mig som en riktig Cicero. Kanske skrev jag så för att det är ett helt naturligt sätt att argumentera eller kanske har jag lärt mig detta tack vare allt journalskrivande. Förmodligen en kombination av bägge och annat.

Nu har jag bara skrivit om journal och att skriva konkret och kort men för mig finns det naturligtvis flera andra aspekter på skrivandet. En av dem är att det inte finns något annat sätt som är så bra för att verkligen formulera sina tankar kring ett problem eller en företeelse. När man sätter sig och skriver svart på vitt om något blir det så tydligt hur man har resonerat och om man har tänkt rimligt.

Att skriva är också ett fantastiskt sätt att få utlopp för sin ilska eller för sin frustration, sorg eller förundran. Om någon vill läsa det man skriver och återkoppla är det ännu bättre. Egentligen skriver man mest för sin egen skull, det man själv vill läsa, och sedan är det en bonus om nå-

gon annan också vill läsa. Säsom politiska partier borde vara. Man formulerar en politik så som man tycker att samhället borde fungera, och om du sedan vill rösta på den politiken så gör du det.

Varken skrivande eller politik får vara publikfriari, inte helt i alla fall. Jag kan aldrig skriva en text utifrån vad jag tror att läsaren vill läsa, precis lika lite som jag bör formulera politik utifrån vad väljarna vill rösta på.

Oavsett vad väljarna vill ha kommer jag fortsätta tjata om att slutmålet med primärvårdsreformen måste vara att hela Sveriges befolkning ska vara listade på en specialist i allmänmedicin med en lista på max 1 000 till 1 500 individer. Det är det samhälle jag tror på.



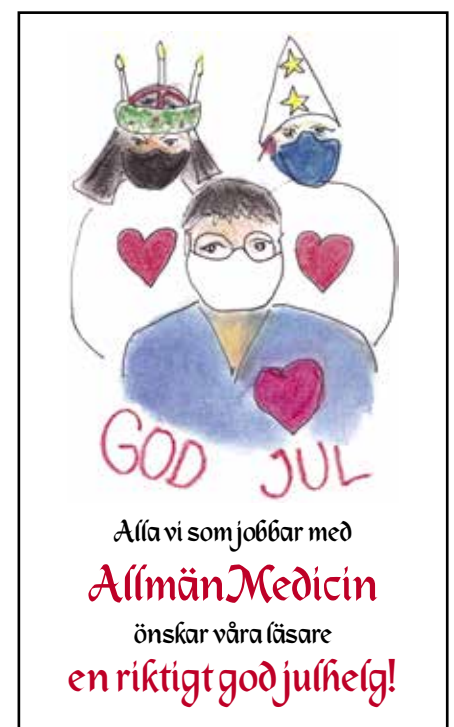
Magnus Isacson
Ordförande

magnus.isacson@sfam.se

Retorik

Enligt Aristoteles (antikens Hellas, 384–322 f.Kr.) är retorik läran om talekonsten. Argumentation är presentation av argument för eller mot en tes. Målet är att övertyga, vilket kräver *ethos* (förtroende för talaren), *logos* (sakskäl) och *pathos* (att visa eller väcka känslor).

Enligt Cicero (romerska riket, 106–43 f.Kr.) har talaren tre plikter: *Delectare* (att behaga sin publik), *docere* (att undervisa sin publik) och *movere* (att beröra sin publik).



Bra mot stress att titta på film?

Det är snart fyrtio år sedan jag tog fram fiolen, efter att den fått vila i lådan i 23 år. Att få igång fingrar och stråke igen, och dessutom utveckla gehörsvägen från öronen ut i fingrarna, krävde träning. Då slutade jag titta på tv. De senaste 20 åren har jag inte ens haft en tv.

Men nu tog jag på mig att komplettera det här numret av AllmänMedicin med något om allmänmedicin på film. Jag hittade två tv-serier och en långfilm. Då blev jag fast! När jag fram emot midnatt tycker att det är dags att lämna arbetet vid datorn så har jag gått in på filmerna. Då blir jag genast klarvaken och tittar på avsnitt efter avsnitt.

Långfilmen, *Läkaren på landet*, var en njutning att titta på. Det kan jag inte säga om de två tv-serierna. Ändå har jag setat¹ där och spanat, samtidigt som jag retat mig på detaljer och sådant som inte känns trovärdigt. Rollfigurerna fastnar i mitt huvud och dyker upp när jag minst anar det.

Titta på film tar bort en från verkligheten – något man behöver ibland. När jag, på den tiden jag jobbade och hade skolbarn, kände mig som mest stressad t.ex. inför sportlovsresan, la jag mig att läsa en god deckare. Nästa dag var jag effektiv. Samma sak med en film som är tillräckligt bra för att hålla en fast. Det är en sorts vila för hjärnan.

1 Mina föräldrar var båda från Västmanland. Så för mig heter det så.

E-tidningen

Jag hoppas ni alla varit inne och kikat på e-tidningen! Ni kan läsa den i olika format. Det går att klicka upp varje enskild artikel och få fram länken till just den artikeln. Där kan ni också klicka vidare på länkar som finns inlagda i många artiklar.

E-tidningen lider fortfarande av barnsjukdomar. De som gör jobbet sitter i Indien, så det gäller att vi gör så tydligt som möjligt vad vi vill att de ska göra.

Samtidigt kan en film ha stor inverkan på känslorna, vilket Christer Petersson berättar om på sid. 57. Det gäller att välja sina filmer, likaväl som sina böcker. Att se Lars Norén har aldrig varit aktuellt. Jag har hört för många berättelser, träffat för många människor som har det svårt.

Mitt andra liv

AllmänMedicin är ena delen av det som jag betraktar som arbete. Flyktingar är den andra. Vi har börjat en rapport om Sveriges hantering av de ensamkommande ungdomarna sedan 2015, och ska nu ge oss i kast med att skriva remissvar om den föreslagna nya lagen som ska gälla från 20 juli 2021. De 26 förslagen handlar om att göra det så svårt som möjligt för asylsökande att få stanna. Vi hamnar på ungefär samma nivå som Ungern, ett av de mest främlingsfientliga länderna i EU.

Hur kunde det bli så här? Varför protesterar inte människorna? För 30 år sedan var jag stolt över Sverige. Det är jag

verkligen inte idag, med växande klyftor och främlingsfientlighet.

Jag har naturligtvis följt frågan om de medicinska åldersbedömningarna där en icke evidensbaserad metod använts. Det tog sin tid, men sedan reagerade läkarkåren, inklusive Läkarförbundet. Nu har justitie- och migrationsministern tillsatt en utredning där åtminstone fyra av de elva ledamöterna är jäviga, inklusive domaren som leder den. Det borgar för att resultatet blir att varken Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Migrationsverket eller domstolarna har gjort fel, trots att det är uppenbart att alla fyra instanserna begått felaktigheter.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
Stockholm
chefredaktor@sfam.se



Till medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin:

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2021

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte 2021.

Plats: Åre, Holiday Club

Tid: Onsdagen den 19 maj, kl 16.00–18.00

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

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

Ur SFAM:s stadgar:

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

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

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

Välkommen! Magnus Isacson – SFAM:s ordförande

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Allmänmedicinens sju grundpelare

Grundläggande värderingar och principer i nordisk allmänmedicin

Primärvården definieras av WHO som basen i sjukvården som helhet. Allmänmedicin är en central del av primärvården och definieras av WONCA Europa – allmänläkarnas europaorganisation – som en egen, klinisk specialitet. Som vetenskaplig disciplin hämtar allmänmedicinen kunskap och metoder från både naturvetenskap och humanvetenskap. Allmänmedicinens övergripande mål är att främja och bevara hälsa och välbefinnande hos varje enskild patient, och tillgodose de medicinska behoven i befolkningen.

Som engagerade i arbetet med att definiera och förverkliga allmänmedicinens värderingar och principer i de nordiska länderna, vill vi med detta dokument:

- ge en beskrivning av allmänmedicinen som allmänläkare kan identifiera sig med.
- ge en grund för den fortlöpande professionella utvecklingen med läroplaner och utbildning anpassade till varje enskild nivå – grundutbildning, specialistutbildning och fortbildning.
- sprida kännedom om vårt uppdrag och principerna för vårt arbete till patienter, till medarbetare i hälso- och sjukvården och i samhället där vi verkar.

1 *Vi hävdar kontinuiteten i relationen mellan läkare och patient som en central princip för hur primärvårdens ska organiseras.* Läkare-/patientrelationen bygger på personligt engagemang och på förtrolighet. När den personliga kontinuiteten ges prioritet blir det lättare att skapa ömsesidig tillit och en patientcentrerad vård av hög kvalitet.

2 *Vi tillhandahåller diagnostik i rätt tid och undviker onödiga undersökningar och överbehandling. Att förebygga sjukdom och att stödja patienter i att förbättra sin hälsa ingår naturligt i det dagliga arbetet.*

Vi följer våra patienter genom livet, ger dem vård vid sjukdom och lidande samtidigt som vi uppmuntrar utveckling som gagnar hälsan. Vi hjälper patienter att förstå varför de mår som de mår, och att se och handskas med egna begränsningar som annars drabbar välbefinnandet.

Att göra undersökningar som inte behövs, ställa diagnoser som inte hjälper patienter att må bättre, eller att behandla mer än vad deras situation kräver, kan skada den enskilda patienten och innebära ett resursslöseri som indirekt leder till underdiagnostik och underbehandling i andra delar av sjukvården. När flera och lika effektiva åtgärder finns att tillgå väljer vi dem som kostar mindre.

3 *Vi prioriterar dem som har störst behov av sjukvård.* Vi strävar efter att begränsa ojämlikheter i sjukvårdens utbud och kvalitet så långt det är möjligt. Vi organiserar våra mottagningar och vårt arbete på sådant sätt att mest tid och insatser ägnas åt dem med störst behov av behandling och stöd.

4 *Vi bedriver personcentrerad medicin med samtidig betoning på dialogen, patientens sammanhang och bästa tillgängliga medicinska evidens.*

Med ett professionellt förhållningssätt intresserar vi oss för våra patienters livssituation och livshistoria, deras uppfattning-

Gemensamt nordiskt dokument om allmänmedicin

År 2001 togs ett dokument fram av den norska motsvarigheten till SFAM, NSAM – numera NFA, Norsk forening for allmennmedisin. I detta dokument listade man de allmänmedicinska grundvärderingarna och dokumentet döptes till "Sju teser".

"Sju teser" inspirerade sedan danska DSAM som 2016 tog fram "Pejlemarker for faget almenmedicin".

Detta i sin tur inspirerade Nordic Federation of General Practice (NFGP) att göra något liknande men gemensamt för alla de nordiska länderna och arbetet med detta initierades 2017. Anledningen var att man såg det som ett sätt att i föränderliga tider stärka och inte glömma bort våra grundläggande allmänmedicinska värderingar. Ett gemensamt nordiskt dokument är starkare än om varje land har sitt eget.

Sedan dess har man sakta men säkert mejslat fram ett nordiskt dokument. Allmänläkare från alla våra nordiska länder har varit involverade och arbetet har skett under ledning av NFGP:s

ordförande Johann August Sigurdsson. Från Sverige har Carl Edvard Rudebeck varit med och bidragit.

Den nordiska versionen av dokumentet godkändes i våras av NFGP:s styrelse. Därefter översattes den till svenska av Carl Edvard Rudebeck och nu under hösten har den svenska versionen, "Allmänmedicinens sju grundpelare", godkänts av SFAM:s styrelse. Vi hoppas att dokumentet ska fungera som en påminnelse om våra grundvärderingar och som ett underlag i dialog kring vad allmänmedicin är med allmänhet, politiker och andra.



ar, oro och förhoppningar. Detta hjälper oss att se sambanden mellan sociala faktorer och sjukdom och att bättre förstå hur livet och avgörande händelser lämnar avtryck i kroppen. Vi uppmuntrar patienternas förmåga att ta till vara egna och gemensamma resurser.

För att hålla ut i vår yrkesroll under lång tid försöker vi också se till att själva må bra.

5 *Vi håller fast vid vårt ansvar för utbildning, forskning och kvalitetsutveckling.*

Vi engagerar oss aktivt i utbildningen av våra blivande kollegor. Vi använder och stöder forskning som tillgodoser allmänmedicinens kunskapsbehov. Vi förhåller oss konstruktivt kritiska till nya kunskaper och förhållningssätt inom de områden specialiteten omfattar.

6 *Vi är medvetna om att social belastning, fattigdom och traumatiska erfarenheter gör människor mer mottagliga för sjukdomar. När det behövs säger vi vår mening i sådana frågor.*

Respekten för människovärdet är en förutsättning för läkning

och tillfrisknande. Vi är uppmärksamma på det faktum att många omständigheter bidrar till ojämlikhet i hälsa: erfarenheter i barndomen, bostadsförhållanden, utbildning, socialt stöd, familjeinkomst/arbetslöshet, strukturer i samhället, tillgång till hälso- och sjukvård och så vidare. Vi ser det som vår skyldighet att offentligt påtala faktorer som uppenbart orsakar eller förvärrar sjukdomar, som ökar hälsans ojämlikhet eller ger vissa grupper sämre tillgång till hälso- och sjukvård.

7 *Vi samarbetar över professions- och disciplinränser men är också noga med att inte blanda ihop olika ansvarsområden.*

Vi tar aktiv del i att utveckla effektiva samarbetsformer.

Magnus Isacson
Ordförande

magnus.isacson@sfam.se



Scandinavian Journal of Primary Health Care 2019

Under 2019 bedömdes 229 vetenskapliga manus till SJPHC, och 50 artiklar publicerades i fyra nummer under året. Från Sverige kom 22 nya manus under året, från Danmark 16, från Norge 13 och från Finland 7. Från övriga länder kom totalt 42 nya manus.

Chefredaktör var Helena Liira och hon beslutar över (nästan) alla manus som avvisas direkt. Om hon inte avvisar direkt sänder hon manus vidare till någon av de nationella redaktörerna, två för vart och ett av de fem nordiska länderna. De svenska redaktörerna Hans Thulesius och Cecilia Björkelund hanterade under året 27 nya manus.

Impact factor för 2019 var 2,16. De fyra mest lästa artiklarna (26 augusti 2020) var:

1. "Poor communication on patients' medication across health care levels leads to potentially harmful medication errors", Frydenberg, 2012; (11869 klick)

2. "Laboratory tests for pneumonia in general practice: the diagnostic values depend on the duration of illness", Melbye et al 1992 (8333 klick)
3. "Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries", Wändell, 2009; (8056 klick)
4. "The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses", Jallinoja et al 2007; (7659 klick)

De fyra mest citerade artiklarna (26 augusti 2020) var:

1. "A systematic review of parent and clinician views and perceptions that influence prescribing decisions in relation to acute childhood infections in primary care", Lucas et al 2014; (53 citeringar)
2. "Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: A systematic review", De Vleminck et al 2013; (51 citeringar)
3. "The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients", Rognstad et al 2009. (42 citeringar)
4. "The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review", Willadsen et al 2016 (37 citeringar)

Jäv saknas.

Hans Thulesius

Professor/docent i allmänmedicin
Svensk redaktör för SJPHC
Linnéuniversitetet/ Lunds universitet
Vårdcentralen Skärvet, Växjö
hansthulesius@gmail.com



Tidskriften *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (SJPHC) är de nordiska allmänläkarföreningarnas gemensamma vetenskapliga tidskrift. Den ägs av en stiftelse, *Nordic Federation of General Practice* (NFGP), som också har hand om de nordiska kongresserna i allmänmedicin samt anordnar regelbundna möten för ordförandena i medlemsföreningarna.

Redaktionen består av en person från varje land samt en chefredaktör. Tidskriften ges ut fyra gånger årligen och publicerar allmänmedicinsk forskning, majoriteten från de nordiska länderna.
<https://www.nfgp.org/flx/sjphc/>



Fler examinatorer behövs för god kvalitet i allmänmedicin

Ämnet för SFAM:s lunchmöte 29 oktober var "Med en specialistexamen tydliggörs vad en allmänläkare KAN".

SFAM:s kompetensvärderingsprogram innehåller tre delar: Mitt-i-ST, specialistexamen samt ASK för erfarna specialister. Kompetensvärderingsrådet utbildar och certifierar värderare. Komponenter i värderingen är portfölj, utbildningsplan, videospelat patientbesök, medsittning, skriftligt prov och uppsats.

Alla var ense om att detta program är essentiellt för att bibehålla och utveckla kvaliteten i allmänmedicin. Under fördjupningswebbinariet stod det klart att programmet är uppskattat såväl av ST-läkare som specialister. Att vara värderare uppfattas som lustfyllt.

Antalet ST-läkare som gör Mitt-i-ST ökar – men antalet värderare ökar inte. Du som kanske är intresserad – kontakta rådets ordf. Ulf Måwe (ulf@mawe.se). Du kan också gå en *SFAM:s kurs i kompetensvärdering*. Den har du nytta av även om du inte blir värderare.

SFAM:s kompetensvärderingsråd:

<https://sfam.se/foreningen/kompetensvarderingsradet/>

Zaremba på årsmötet i SFAM Stockholm

SFAM Stockholms årsmöte ägde rum den 15 oktober 2020, längst upp i Läkaresällskapets fantastiska jugendhus i Stockholm. Några dagar innan hade Maciej Zarembas artikel om covid-19 i äldrevården publicerats i DN. Med kort varsel ställde han upp som inbjuden gäst. Diskussionen kom att handla om hur riktlinjerna om vård på äldreboenden tolkades, om landstingens roll, om att ha ett aktiebolag som chef, om att politiker lassar över ansvaret på professionen, om den kliniska undersökningens betydelse och baksidorna med digitaliseringen, om konkurrensutsättningens inverkan, om videosamtalens begränsningar, om vikten av fungerande luktsinne i patientmötet.



Professionsbaserad klinisk revision

Svenska Läkaresällskapet har tillsatt en arbetsgrupp för projektet "Professionell granskning och klinisk revision". Den ska utforma en modell för professionsbaserad klinisk kvalitetsrevision som ska kunna implementeras i full skala. Modellen ska tillgodose professionernas krav på intern kvalitetsutveckling liksom huvudmannens behov av att kunna uppvisa effektivt kvalitetsarbete. Dessutom ska revisionsmodellen ge patienter, anhöriga och skattebetalare underlag för att ställa krav på och välja vårdgivare.

SFAM:s styrelse konstaterar att dokumentet framhåller professionens roll och att metoden kan vara intressant för primärvården, men att många frågor, bland annat om implementeringen, återstår att besvara.

<https://www.sls.se/halsa--sjukvard/ledning--styrning/professionsbaserad-klinisk-revision/>

Heidi Stensmyren ny ordförande för WMA



Läkarförbundets nyss avgångna ordförande har valts till ordförande för World Medical Association (WMA).

WMA har nyligen utkommit med en deklaration om pseudovetenskap och pseudobehandling.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-pseudoscience-and-pseudotherapies-in-the-field-of-health/>



Nordiska kongressen framskjuten

Den nordiska kongressen i allmänmedicin i Stavanger har skjutits fram ett år till 22–24 juni 2021.

Håll utkik på hemsidan www.ncgp2021.no.



AllmänMedicin finns som e-tidning och på Facebook!

I e-tidningen kan du klicka direkt på artiklarnas länkar. Ladda ner appen Tidskriften AllmänMedicin eller gå in på hemsidan <https://sfam.se/tidskriften>.



På Facebooksidan "Tidskriften AllmänMedicin" kan du kommentera artiklarna.





Nyhet 2021:
Pre-kongress
18 maj

Väl mött på . . .



Svensk Allmänmedicinsk
Kongress 2021

Åre, 19–21 maj

TEMA: HÅLLBARHET 2.0

Varmt välkommen till ett inspirerande och brett kongressprogram!

Nyhet i år: Pre-kongress 18 maj för ST och nyblivna specialister.

OBS! Information är färskvara, i år mer än någonsin.

Håll dig uppdaterad kring eventuella förändringar via kongressens webbplats!

www.sfam2021.se

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

Allmänmedicin och läkekonst i fiktion och verklighet

Allmänläkaren och sjukdomen står i centrum i de flesta artiklarna i detta temanummer. Flertalet författare är själva allmänläkare. De skriver om sin yrkesroll, om patienter och sjukdomar de själva stött i sin praktik. Men också om fiktiva gestalter i konsten och litteraturen. Några av författarna är litteraturvetare med gedigen erfarenhet av läkares verklighet.

Syftet med temanumret är inte i första hand att locka till skönlitterär läsning, utan att visa på att såväl konsten som det inträngande reportaget kan ge fördjupad kunskap om samspelet mellan människa, sjukdom och omvärld. På våra mottagningar övar vi oss dagligen på att ta emot och tolka berättelser. En god konsultation kännetecknas av att vi kan lyssna, tolka och svara på det patienten vill dela med sig av. Flertalet allmänläkare har gått konsultationskurser för att utveckla den förmågan.

En fråga som återkommer i temaartiklarna är om skönlitteraturen, poesin och den skrivna patientberättelsen kan stimulera vår nyfikenhet och förmåga på ett sätt som gör att vi kan nå längre i patientarbetet. Ingen har svaret på den frågan, men att döma av det ökande intresset för *medicinsk humaniora och narrativ medicin* inom vårdutbildningar och medicinsk praktik kan det mycket väl vara så. Flera artiklar i temadelen ger exempel från områden, där *patientberättelsen* står i centrum.

Skribenter och ämnen

Litteraturprofessorn i Helsingfors **Merete Mazzarella** menar att litteraturläsning kan vara ett sätt att träna sin uppmärksamhet, att kunna byta perspektiv och förhålla sig till ambivalens. Hennes kollega i Lund **Anders Palm** skriver en introduktion till ST-läkaren **Åsa Mohlins** dikter om kvinnor med bröstcancer. Palm menar att poesin kan ge tröst och inläggande insikt för den drabbade, men också för vårdpersonalen. Åsas vackert renslipade dikter samspelar väl med

konstnären **Märta Lindbergs** urstarka kvinnoporträtt.

Läkaren **Rolf Ahlén** ger en bred bild av hur *medicinsk humaniora* har växt fram i Sverige under de senaste årtiondena, och litteraturvetaren **Katarina Bernhardsson** skriver om enheten för medicinsk humaniora i Lund, som just nu troligen är den mest framgångsrika i Sverige. En stor donation kommer att ge stora möjligheter till ytterligare utveckling. I anslutning till Katarinas artikel rapporterar jag själv kortfattat om ett nätverk för medicinsk humaniora i Växjö. ST-läkaren i allmänmedicin **Jonatan Wistrand**, som disputerade vid lundaenheten förra året med en avhandling om *Läkaren som patient*, tar sig an människoskildringens mästare Fjodor Dostojevskij. Han ger fina exempel på hur man i "hans författarskap kan avlyssna sjukdom och själsnöd som ett grundackord. Men sjukdomsbegreppet i Dostojevskijs romaner är inte fast och fyrkantigt utan formlost och flytande."



Illustration: Annika Andén

Allmänläkaren **Kristian Svenberg** aktualiserar John Launer, GP i England, som sedan många år har skrivit artiklar och böcker samt gett kurser inom området narrativ medicin. Svenberg ger exempel på hur Launer i sitt skrivande har hjälpt honom att bli mera sig själv som doktor. Kollegan **Anders Lundqvist** har fastnat för tre läkarporträtt i skönlitteraturen, som verkligen betytt något för hans uppfattning av sin roll som allmänläkare. **Annika Andén** hittade ett förhållningssätt hos en rysk psykiater och schaman som hon kunnat införliva i sina egna konsultationer. Annika, med många års erfarenhet som allmänläkare har som vanligt tecknat fina illustrationer till många artiklar i numret. Chefredaktör **Ingrid Eckerman** berättar om en bildad svensk läkarlegend med politisk förankring långt ut på högerkanten. Som en slags kontrast till detta aktualiserar hon två gedigna reportageböcker från verkligheten i svensk sjukvård på 90-talet. Ingrid gör också några nedslag bland läkare på filmduken och teaterscenen. Allmänläkaren och författaren **Magnus Falk** reflekterar över förhållandet mellan skönlitterärt skrivande och läkarroll.

Slutligen presenterar **Daniel Holmgren** och medförfattare *Svensk förening för narrativ medicin* med en enkel utvärdering av en workshop man genomförde i början av året. Den gav gott hopp om att kunna utveckla berättandet inom svensk sjukvård.

Direkt från mottagningen

En enkel och handfast ingång till patientberättelsen hittar vi hos vår svenskamerikanske kollega **Hans Duvefelt**, som sedan många år arbetar som allmänläkare i USA. Duvefelt har länge bloggat [1]. Han har i flera artiklar i AllmänMedicin berättat om sin verksamhet på den amerikanska landsbygden [2, 3, 4]. I boken *Conditions* [5], som utgörs av en samling bloggar, skriver han om sjukdomar och andra omständigheter i sina patienters liv. Som läsare kommer vi nära Duvefelts kliniska vardag. Vi

får möta patienter med ett brett spektrum av sjukdomar, kluriga symtom på vägen mot diagnos och behandling eller annan typ av problemlösning. I allmänhet möter man först *en person* vars karaktär och livsförhållanden tecknas med några enk-



la meningar. Först därefter möter man *patienten* med sin förmodat medicinska problematik. Detta ger boken en särskild styrka. Begrepp som personcentrering får ett konkret innehåll utan ideologiska eller byråkratiska övertoner.

Doktor Duvefelt finns tillgänglig på sin mottagning. Han är disponibel för hembesök. Han följer och reflekterar över sina patienter genom åren – ofta med pennan i hand. Gammaldags? Inte alls menar jag om man tror att *personliga möten* och personkännedom har verklig betydelse i vården. Vi allmänmedicinare brukar ju hävda att det är så! Duvefelts bok bekräftar med råge påståendet att varje patient är en unik person. Han bryter effektivt med ett slentriantänkande

som ibland kan få oss att tro att de flesta är likadana, ofta med hopplösa åkommor som vi sällan kan bota. Där menar jag att hans text fungerar öppnande på liknande sätt som god fiktiv litteratur kan göra.

Jäv saknas.



Christer Petersson
Växjö

cpetersson121@gmail.com

Referenser:

I e-tidningen kan du klicka direkt på länkarna. Ladda ner appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

1. A Country Doctor writes. Blogg. <https://acountrydoctorwrites.blog/>
2. Duvefelt, Hans. Halva livet som allmänläkare i USA. AllmänMedicin 2009;2:11-12. <https://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1453911779/tidskriften/kdg0hqduenfxo-qlxqopv.pdf>
3. Duvefelt, Hans. En svensk läkare söker sig till USA:s mest avlägsna hörn. AllmänMedicin 2017;2:48-51. <https://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1497513337/tidskriften/pq10kj7vc2fct9jqmryu.pdf>
4. Duvefelt, Hans (2017). En vanlig dag – En svensk allmänläkare i USA berättar. AllmänMedicin 2017;4:49-50. <https://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1497513337/tidskriften/pq10kj7vc2fct9jqmryu.pdf>
5. Duvefelt, Hans. A Country Doctor Writes: Conditions, diseases and other circumstances. Caribou 2020: A Country Doctor Writes, LCC.

Ska man locka läkare att läsa skönlitteratur?

Man ska inte – har jag redan för länge sedan insett – säga: ”I skönlitteraturen träffar man människor man inte skulle träffa annars.” De flesta läkare – inte minst allmänläkare – tycker nog att de redan träffar alldeles tillräckligt många människor.

I läkarutbildningen talas det ofta om nyttan av att läsa. Under ledning av en lärare som själv tycker om att läsa får de flesta läkarstudenter numera bekanta sig med åtminstone någon roman, oftast en som handlar om sjukdom. Själv höll jag i något tiotal år en valfri kurs i skönlitteratur och eget skrivande för läkarstudenter i Uppsala och dessutom en kurs i eget skrivande för lärarna inom läkarutbildningen.

Min utgångspunkt var att kurserna skulle vara ett slags fri- rum i förhållande till den övriga verksamheten. Jag är övertygad om att det var en fördel att de hölls av en person som inte hade något med utbildningen i övrigt att göra. Studenterna kunde välja kursen från vilken termin som helst. För många var den

stora behållningen att få sitta tillsammans med kamrater i helt andra skeden av utbildningen. Det verkligt viktiga var textdiskussionerna, diskussioner i vilka det inte fanns något entydigt rätt eller fel utan olika tolkningar som ibland kompletterade, ibland motsade varandra men alltid var berikande för att de visade att verkligheten är sammansatt och människor ofta ambivalenta.

”Många läkare, också utan uttalade författarambitioner, skriver alldeles utomordentligt bra. Inte minst allmänläkare.”

Ambivalens och perspektivbyten

Att vara ambivalent är att vilja två olika saker samtidigt och lika starkt. Det är besvärligt men helt normalt. Jag har en doktorand som övergick till att jobba för Röda korsets flyktinghjälp. När jag frågade henne om hon hade någon nytta av sina litteraturstudier sa hon: "Ja, det är genom litteraturen jag blivit bra på att byta perspektiv och lärt mig förhålla mig till ambivalens." En gång var det en kvinna på termin tio som utbrast: "Det är underbart att få ha *åsikter*. För sex år sen hade jag en massa åsikter men nu är det så länge sen nån efterfrågat en åsikt att jag knappt får fram nån."

De bästa diskussionerna fördes kring Mary Shelleys *Frankenstein*. Vi talade om förhållandet mellan humaniora och naturvetenskap, om hur man kan snöa in på sin forskning, om forskningsetik och framförallt om hur den varelse vetenskapsmannen Frankenstein skapar – och som aldrig får ett namn – från början är empatisk och god men blir ond genom det bemötande han får. Studenterna tränade upp sin uppmärksamhet, de blev allt bättre på att läsa mellan raderna, att uppfatta också det icke-utsagda. Att kunna uppfatta också det icke-utsagda är en utmärkt förmåga för en doktor. Det var tack vare de här diskussionerna jag kom att skriva min bok *Själen nattsida – Om Mary Shelley och hennes Frankenstein*.

Allmänläkare och skrivande?

De flesta läkare är troligen medvetna om att många författare, åtminstone från Tjechov framåt, varit – och är – läkare. Många läkare, också utan uttalade författarambitioner, skriver alldeles utomordentligt bra. Inte minst allmänläkare.

Nej, jag säger det inte för att smickra, jag säger det för att det är ett faktum. Allmänläkare utvecklar den kliniska blicken som är en av förutsättningarna för att ställa diagnos, de är goda iakttagare, de är inställda på att lägga märke till den skenbart obetydliga men ändå talande detaljen. Att vara en god iakttagare är en utmärkt utgångspunkt för att bli författare.

Jag har hållit otaliga skrivarkurser för läkare och det har hört till det mest givande jag gjort. Också här är diskussionerna avgörande: man delar sin text med andra, man märker att den kan väcka intresse och reaktioner – jo, läkare



Mary Shelley 1797–1851. Författare till *Frankenstein: or The Modern Prometheus* 1818. Olja på canvas, Richard Rotwell 1840. National Portrait Gallery.

är också goda lyssnare – och man får respons. Utlandsfödda läkare blir synliga på ett nytt vis när de beskriver sin barn-
domsmiljö. Efter en skrivardag för en hel klinik på MAS var det en deltagare som utbrast: "Nu känns kollegerna betydligt trevligare än innan!" En skrivkurs ger också möjligheter att skriva av sig. En uppgift jag ofta ger är ett luktninne. Då är det ofta någon student som skriver om dissektionsövningar eller någon allmänläkare som skriver om en patient som gärna hade fått duscha innan hen kom till mottagningen. (Hur man bäst hanterar onda lukter tycks man inte lära sig något om i läkarutbildningen.)

Till slut: tycker jag då att läkare *måste* läsa och skriva? Nej, absolut inte. Däremot tror jag att varje människa behöver vad Kerstin Ekman kallat "ett rum för skapande undran". Man kan möblera det på många olika vis: för mig är det läsandet och skrivandet som gäller, men jag tror gärna att det går lika bra med musik, bildkonst eller naturupplevelser.

Jäv saknas.



Författare:
Merete Mazzarella
Titel:
Själen nattsida – Om
Mary Shelley och hennes
Frankenstein.
Förlag:
Schildts Söderströms 2014.
Antal sidor: 251 s.
ISBN: 9789515234575

Merete Mazzarella
Författare
Professor emerita i litteraturvetenskap
Helsingfors
merete.mazzarella@helsinki.fi



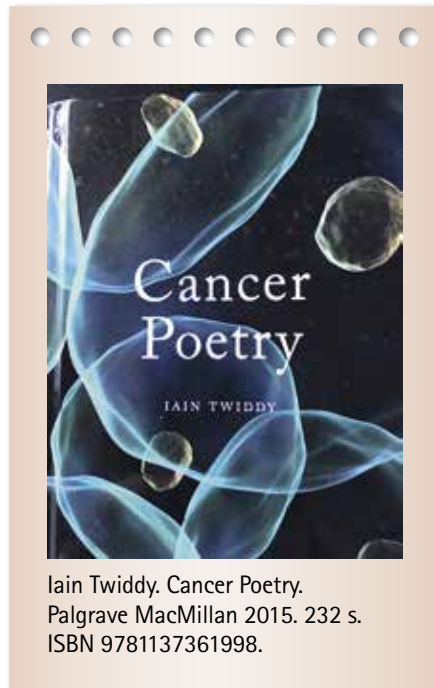
Onkologi & Poesi

De båda begreppen råkar rimma – onkologi & poesi – men är samtidigt två vitt skilda fenomen. Ett överraskande möte kan det tyckas mellan läkekonst och ordkonst. Men det visar sig att onkologi och poesi kan mötas i samverkan.

Dikter om cancer är så vanliga att *Cancer Poetry* har blivit ett internationellt vedertaget begrepp. En närmast oöverskådlig mängd av dikter på all världens språk finns att tillgå, texter som på olika sätt speglar personligt upplevda erfarenheter av cancersjukdomar. Cancerpoesin ger oss patienters vittnesbörd i diktens form från sjukdomsförloppets olika stadier, alltifrån diagnosens chock genom behandlingens plågor till, i bästa fall, rehabiliteringens väg tillbaka eller, i värsta fall, till ett oundvikligt slut.

Det har sagts att lyriken är känslans språk. Och sant är det att poesins uttrycksmedel ger möjlighet för den som har orden i sin makt att förmedla hela det spektrum av upplevelser och känslor som den cancersjuka eller närstående får genomgå och behärskas av. Cancerpoesin kan vara till tröst och igenkännande insikt för de drabbade, men har minst lika stort intresse för cancerläkarens och vårdpersonalens förståelse för sina patienters sjukdomsupplevelser.

Helt dominerande i detta rika, högst



Iain Twiddy. *Cancer Poetry*.
Palgrave MacMillan 2015. 232 s.
ISBN 9781137361998.

varierade utbud av cancerpoesi är en bestämd diagnos: bröstcancer. Författarna är naturligt nog nästan genomgående kvinnor: patienter i olika åldrar, från skilda omständigheter, med individuella sjukdomserfarenheter. Lika skiftande är dikterna i konstnärligt anspråk och litterär kvalitet. Där finns den stora mängden av amatörpoeter som bearbetar sina sjukdomsupplevelser i den enkla diktens

form. Men där finner man också etablerade lyriker som visar fram sitt professionellt avancerade konstnärskap.

Gemensamt för de flesta författarna är sökandet efter det nyanserande personliga uttrycket i cancerupplevelsens igenkännbara känslspektrum: chock och förtvivlan, oro och rädsla, sårbarhet och mod, kamp och förhoppning, sorg och förlust, misstro och tillit.

Ett helt originellt bidrag till cancerpoesin möter jag i en svit av hittills opublicerade texter av en ung ST-läkare i allmänmedicin och forskare i onkologi i Lund. Hon heter Åsa Mohlin. I ytterst komprimerad lyrisk form ger hon ord åt patientens inre röst i det dialogiska mötet med sin läkare. Inspirationen hämtar Åsa Mohlin både från berörande situationer i sin egen kliniska erfarenhet och från en svit gripande kvinnoporträtt målade av konstnärinnan Märta Lindberg.

Jäv saknas.

Anders Palm
Seniorprofessor
litteraturvetenskap,
MDhc
Lund
anders.palm@litt.lu.se



Vem är Åsa Mohlin?



Jag är ST-läkare i allmänmedicin på Vårdcentralen Laröd i Helsingborg och doktorand i medicinsk humaniora vid medicinska fakulteten, Lunds universitet. Mitt doktorandprojekt behandlar kvinnors reaktioner och upplevelser i samband med bröstcancer. Jag vill bidra till ett ökat individuellt perspektiv i omhändertagande och rehabilitering av bröstcancerpatienter.

Redan under läkarutbildningen skrev jag texter om möten i den kliniska vardagen. Efterhand har jag funnit min form

i en skenbart enkel, minimalistisk poesi. Jag skriver för att på mitt eget sätt tolka, förstå och värna om patientens berättelse och upplevelse, men även för att bearbeta mina egna tankar och känslor kring svåra kliniska situationer. Den skulliga kvinnan i Märta Lindbergs målningar inspirerade mig till att ge röst åt kvinnor som jag mött i kliniken och genom forskningen.

Åsa Mohlin
ST-läkare/doktorand
asa.mohlin@med.lu.se

Cancerpoesi

av Åsa Mohlin

Ett avstannat liv
för ett annat liv
Ett hack i tiden
min sjukdomstid



Livets flyktighet
i dina ord
diagnoser
prognoser
landar tungt
i mitt bröst



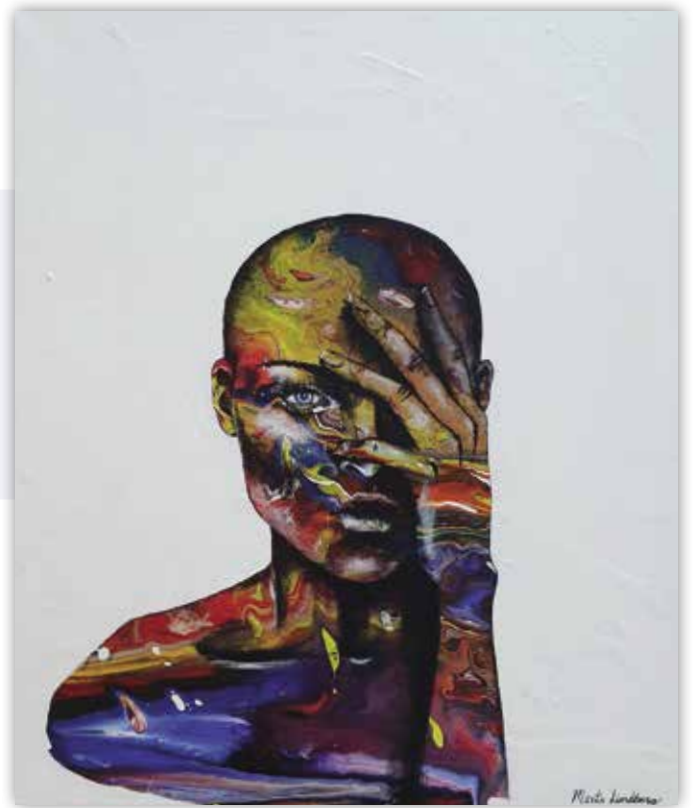
Min kropp
bestrålad
strålad
av blickar
och fotoner
Vänder mig
bort





Spridda celler,
spridda tankar
Finns det bot för båda?

En dödande kur
En del av mig ska bort
en annan del
tynar bort
– men jag lever



På andra sidan av en dag
jag inte trodde
jag skulle klara av
dansar jag
över orosmolnen

Annons

Litteraturen en av många vägar till människokännedom

Det sägs att invärtesmedicinaren Gunnar Björck på Serafen vid slutet av 70-talet krävde av kandidater och oerfarna yngre kolleger att de skulle bekanta sig med de stora litterära verk som fanns i bokhyllan på sjukhuset. I Göteborg inskränkte sig detta till att en psykiatriprofessor, inbjuden till en av våra fester på Villa Medici, deklarerade att vi hade minst lika mycket att lära för vår blivande yrkesgärning av Shakespeare som av de medicinska texterna. Retoriskt tillspetsat, förstås, men jag gladdes.

Sen var det tyst. På 80-talet började synen på läkarens yrkeskunskap ändå att förskjutas, eller kanske snarare breddas. Ett av de första tongivande inläggen kom från medicinaren Eric Cassell som med sin lilla *The Place of Humanities in Medicine* [1] banade väg för ett närmande mellan humaniora och medicin, med tonvikt på den betydelse viss förtrogenhet med humaniora i bred mening kunde ha för att vidga klinikerns synfält och väcka intresse för patienten som person, inte bara som ett knippe organfunktioner. Cassell följde upp med den tyngre och mer teoretiska *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* [2], som norske allmänläkaren Edvin Schei kallat det viktigaste verket för att förstå vad allmänmedicinen handlar om.

Medicinsk humaniora i Sverige

Vad som följde bör nog kallas för en explosion av intresse för medicinens filosofi, dess etiska dilemman och inte minst för vad den samlade mänskliga erfarenhet som ryms i konst och litteratur kan betyda för kliniskt verksamma läkare. När filosofen Fredrik Svenaeus lät publicera en mer lättillgänglig sammanfattning av sin avhandling, *Sjukdomens mening* [3], blev den omtalad och diskuterad i Läkartidningen, framförallt av allmänläkare.

Vi som befann oss i vad som kom att kallas *medical humanities* på 1990-talet förenades av en vilja att skapa en rikare kunskapsgrund för klinisk praxis. Ingela Josefsson, som under de här åren ledde samtalsgrupper med allmänläkare om "läkarens yrkeskunnande" [4], inspirerades av filosofen Aristoteles och kunde i samtalen urskilja just *föreställnings-förmågan* som en avgörande tillgång för en läkare. Att kunna föreställa sig innebär ju att kunna ta ett (ofrånkomligen begränsat) steg ut ur sig själv och närma sig en annan persons upplevelser, en annan "livsvärld" för att använda en nu vanlig filosofisk term. Det är uppenbart att begreppet nära gränsar till det vi kallar empati, om vi låter detta ord innebära den kombinerade viljan och förmågan att sträcka sig ut mot en annan människa, kognitivt och emotionellt, i syfte att kunna bistå denna i en svår belägenhet – i detta fall sjukdom.

Det är inte förvånande att området litteratur och medicin blev en vital del av *medical humanities*. I New York lanserade medicinaren och litteraturvetaren Rita Charon begreppet "narrative medicine" [5] i syfte att understryka den avgörande

betydelse berättelser har för läkare i deras klinisk vardag. I Sverige trädde flera litteraturvetare fram som framgångsrikt sökte föra litteratur och medicin närmare varandra – bland andra Merete Mazzarella [6], Anders Palm [7] och Katarina Bernhardsson [8]. Av stor vikt var och är att humanister och läkare samarbetat i detta projekt – här kan nämnas läkarna Christer Petersson [9], Astrid Seeberger [10], Carl Lindgren [11], Rolf Ahlzén [12] och den alldeles nyligen disputerade allmänläkaren Jonatan Wistrand [13].

"Få skulle idag förneka att litteratur, i betydelsen fiktiva texter, kan vara av betydelse för läkare."

Vad kan litterära texter ge läkaren?

Få skulle idag förneka att litteratur, i betydelsen fiktiva texter, kan vara av betydelse för läkare. Behovet av ett mått av människokännedom, och intresse för det mänskliga inte bara i dess biologiska dimensioner, hos medicinare som möter människor i ytterst svåra belägenheter och som reagerar på dessa på sina unika sätt – ja det torde nu vara allmänt erkänt. Men vad, mer konkret, är det som litterära texter kan ge, och vilka texter i vilka situationer? Frågorna hopar sig och även den som är starkt engagerad för denna sak och ägnat mycket kraft åt den kan nog bäva litet inför de ytterst högt ställda anspråken. Rita Charon skriver t.ex.:

"As doctors become more and more skilled in narrative capacities, they will improve their ability to develop accurate and comprehensive knowledge about patients, to reach patients, to become their trusted advocates, to navigate ethical uncertainty, and to be moved by all that they are privileged to do as doctors". [14]

Insatserna är således höga. Kan vi lägga anspråken på en rimligare nivå? Låt oss anta, utan någon absolut empirisk evidens, att umgänge med litterära texter bär på en potential att berika klinisk praxis. På vilket sätt? Jag vill föreslå tre.

Tre sätt att berika klinisk praxis

För det första har vi det som redan nämnts – nyfikenheten på och förtrogenheten med skilda livsvärldar, med den enorma variationen i vad en antropolog kallar *"ways of world making"*. Det är inte på något sätt säkert att läsning stimulerar empati, men den kan göra det under vissa betingelser. Mer om detta nedan.

För det andra innebär umgänge med litterära texter också umgänge med ord. Läkare och patient umgås ofrånkomligen till stor del via ord. Detta gäller alla kliniker, om än i något olika utsträckning. I allmänmedicin och psykiatri är väl detta allra

mest uppenbart. Språklig känslighet, nyansering och fantasi torde därmed vara av största värde för klinikern.

För det tredje erbjuder all stor konst oss möjligheten att möta och reflektera över frågor och känslor som vi ofta håller undan i vår vardag, men som ofrånkomligen aktualiseras vid sjukdom. Det kan gälla ansvar, skuld, skam, hopp, förtvivlan, mod, förtrostan. Fiktiva berättelser levandegör sådana känslor och dilemman och gör det just i fiktiv form. Detta medger reflektion, samtal och bearbetning som kan vara svårare när det gäller ”verkliga” händelser.

Fiktion är på låtsas, men ändå på riktigt. Den kan ses som en form av utkast till möjliga verkligheter, tankelekar, provningar av vår moral, våra intuitioner, vår fantasi.

I Maj-Gull Axelssons roman *Aprilhäxan* [15] förekommer flera läkare, men en av dem är av särskilt intresse. Hubertsson är allmänläkaren som inte sköter sig som en läkare (kanske) bör göra. Han har diabetes, men röker och dricker vidlyftigt och är långt ifrån en stadgad man. Borde han vara mer skötsam, leva mer i enlighet med sin medicinska kunskap? Kanske, men det avgörande i romanen är att denne läkare har en unik förmåga att ”tona in på” romanens huvudperson, den svårt CP-sjuka Desirée. Denna är utled på falsk sentimentalitet, hycklad eller äkta medkänsla, brist på ömsesidig vuxen respekt. Hubertsson vet hur han ska möta henne, inte genom att tillämpa någon sorts teoretiskt program utan helt enkelt genom att förhålla sig vuxet, värdigt, med krav och små gräl, och utbyte av kunskaper och reflektioner. Kort sagt: han tar henne på allvar. Hubertsson är en av många läkargestalter i litteraturen som kan stimulera till samtal med studenter om vad läkarrollen bör innebära och vad som är ett värdigt bemötande av sjuka människor.

"Fiktion är på låtsas, men ändå på riktigt. Den kan ses som en form av utkast till möjliga verkligheter, tankelekar, provningar av vår moral, våra intuitioner, vår fantasi."

Ska läkare läsa skönlitteratur om läkare?

Ska läkare läsa skönlitteratur om medicinska situationer, oftast också med läkare som aktörer? Ja, kanske det. Det finns ett stort antal goda antologier med mer eller mindre långa texter av denna typ. Som ett aktuellt romanexempel kan nämnas Albert Camus bok *Pesten* [16], som lär ha sålts slut snabbt när coronapandemin bröt ut. Denna roman och många andra kan med fördel användas på utbildningar och även berika kliniskt verksamma läkare med reflektion och ibland till och med identifikation.

Men det vore illa att stanna vi detta. Det var ju människokunskap, språklig nyansering och förtrogenhet med livets gränssituationer litteraturen kunde ge. I så fall vore en sådan begränsning olycklig. Jag har själv på läkarprogrammen i Örebro och Linköping läst många olika sorters romaner med studenterna, liksom även poesi, och sett film och teater. Mitt starka



Illustration: Annika Andén

intryck är att med god handledning kan dessa unga studenter få med sig viktiga insikter av dessa litterära samtal. Jag vill betona handledningen – helst av en engagerad, rimligt litteraturkunnig, samtalsbegåvad person. Vi vet av utvärderingen av Linköpings litteraturprogram under de två första terminerna hur avgörande detta är.

Återigen: Litteratur är endast en av många vägar till människokännedom. Det finns självklart ingen enkel relation mellan antal lästa romaner, eller antalet besök på teatern, och en läkares kliniska förmåga. En kontinuerlig relation till fiktiva berättelser bör ses som en inbjudan, eller till och med som att bli anropad [17], kort sagt som en *potential* till växt – växt i erfarenhet, växt som kliniker. Det finns goda skäl även för erfarna allmänläkare att utnyttja den potentialen – och att stimulera unga kolleger att också göra det.

Jäv saknas.

Rolf Ahlzén

Läkare som arbetat inom primärvård och psykiatri men också forskat och undervisat inom området medicinsk humaniora
Region Värmland
Camtö, USÖ, Örebro
rolf.ahlzen@regionvarmland.se



Referenser:

1. Cassell, Eric. 1984. *The Place of Humanities in Medicine*. The Hastings Center.
2. Cassell, Eric. 1991. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford University Press.
3. Svenaeus, Fredrik. 2003. *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur och Kultur.
4. Josefsson, Ingela. 1998. *Läkarens yrkeskunnande*. Stockholm: Studentlitteratur.
5. Charon, Rita. 2006. *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
6. Mazzarella, Merete. 2006. *Den goda beröringen: Om kropp, hälsa, vård och litteratur*. Stockholm, Forum.

7. Palm, Anders. "Egenart, egenskaper, egenvärden. Bidrag till en litterär värde teori" I Mortensen, Anders (red). 2009. *Litteraturens värden*. Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
8. Bernhardsson, Katarina. 2010. *Litterära besvär*. Lund: Ellerströms.
9. Petersson, Christer. 2014. *Kunskap och läkekonst: Tankar om allmänmedicin*. Stockholm: Studentlitteratur.
10. Seeberger, Astrid. 2010. *Den skamlösa nyfikenheten*. Stockholm: Weylers förlag.
11. Lindgren, Carl. 2013. *Ett namn skrivet i vatten: Romantikens medicin i John Keats poesi*. Stockholm: Carlssons.
12. Ahlén, Rolf. 2010. *Why should physicians read? Understanding clinical judgement in relation to literary experience*. Durham 2010.
13. Wistrand, Jonatan. 2019. *Läkaren som patient: dokumentära och litterära vittnesmål under 1900- och 2000-tal*. Lund University, Doctoral Dissertation Series.
14. Charon, Rita. 2000. *Reading, writing, and doctoring: Literature and Medicine*. American Journal of Medical Sciences. 319(5): 285-291.
15. Axelsson, Maj-Gull. 1997. *Aprilhäxan*. Stockholm: Prisma.
16. Camus, Albert. (1947) 2015. *Pesten*. Stockholm: Bonnier Pocket.
17. Tyrberg, Anders. 2002. *Anrop och ansvar: Berättarkonst och etik*. Stockholm: Carlssons.

Medicinsk humaniora i Lund

Sedan mer än tio år är medicinsk humaniora en del av läkarutbildningen på Lunds universitet. Målet är att ge studenterna utrymme för samtal och reflektion om den mänskliga och kulturella dimensionen av deras kommande yrke.

Medicinen är ju en naturvetenskap, men den är också ett humanistiskt ämne, eftersom dess verksamhet är så inriktad mot människor. I det kliniska arbetet möter studenterna inte bara människan som biologisk varelse, utan lika mycket som kulturell varelse.

I Lund utgår en hel del av arbetet med medicinsk humaniora från litteraturen, vilket innebär att verksamheten ligger nära *narrativ medicin*. En grundpelare är litteraturseminariet, där studenterna får möjlighet att föra en kvalificerad diskussion av en mängd olika typer av frågor – både allmänmänskliga och vårdspecifika – utifrån en gemensamt läst text. Här ges utrymme för studenterna att både lära sig nya saker och bearbeta erfarenheter från utbildning och praktik. Någoting händer i själva samtalet, där man kan komma djupt in i både existentiella och konkreta frågor genom att ta sin utgångspunkt i en litterär text och dess formuleringar.

Helt avgörande för etableringen har varit att samarbetet mellan medicinare och humanister har fungerat väl på flera nivåer – såväl hos ledningen för läkarprogrammet och strimman Professionell utveckling som hos lärare på enskilda moment. Hela arbetet började i form av en valbar kurs. Föreläsningsserier utvecklades ett flertal obligatoriska moment, med målet att samtliga studenter ska få chansen att möta humanistiska perspektiv, inte endast de cirka tio procent som väljer att gå en fördjupande kurs. De senaste åren skriver dessutom allt fler studenter sina examensarbeten inom medicinsk humaniora, vilket ger en ytterligare fördjupning av ämnet. Sammantaget finns alltså både obligatoriska delar och möjlighet till ytterligare fördjupning efter intresse.

Nu görs i Lund en större satsning, med hjälp av en stor donation från Birgit Rausing. Arbetet kan därmed gå in i en ny fas, och ett centrum för medicinsk humaniora kommer att etableras – både för forskning och undervisning, och då med det uttalade syftet att föra in medicinsk humaniora i samtliga utbildningar på den medicinska fakulteten. Dessutom finns ambitionen att ge möjlighet till fördjupning i ämnet även för



SOL-centrum.

Foto: Akademiska hus

intresserade efter utbildningen: tidigare har en ST-kurs getts, och till våren kommer en kvällskurs i litteraturvetenskap *Litterära perspektiv på sjukdom och död* ges.

Det kan slutligen tilläggas att ytterligare två universitet i Sverige nyligen har lanserat centra i medicinsk humaniora: "Centrum för medicinsk humaniora och bioetik", Linköpings universitet, och "Centrum för medicinsk humaniora och samhällsvetenskap", Uppsala universitet. I Lund kommer namnet att bli "Birgit Rausing Center för medicinsk humaniora". I Växjö finns sedan ett tiotal år ett ganska omfattande samarbete inom medicinsk humaniora mellan Linnéuniversitet och Region Kronoberg under namnet *Hälsa, humaniora och medicin*.

Jäv saknas.

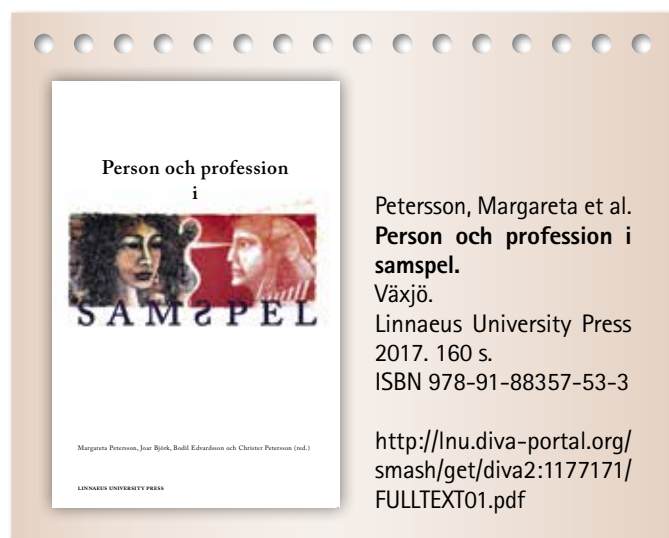
Katarina Bernhardsson
Lektor i medicinsk humaniora
Språk- och litteraturcentrum, Lunds universitet
katarina.bernhardsson@litt.lu.se



Foto: Susanne Ewert

Hälsa, humaniora och medicin i Växjö

I Växjö startades redan hösten 2010 ett samarbetsprojekt mellan Region Kronoberg och Linnéuniversitetet i syfte att skapa verksamhet inom medicinsk humaniora. Som framgått av föregående artiklar rör vi oss inom ett tvärprofessionellt intresseområde, som genom inspiration från konsten och de humanistiska vetenskaperna vill fördjupa kunskapen om hälsa, sjukdom och vård. Avsikten är både att bidra till en förbättrad vård och att berika de humanistiska vetenskaperna.



Centrala frågor innefattar relationen mellan patient och vårdare, sjukrollen och kulturens påverkan på den, medicinsk etik och vårdens utformning, samt tolkningen av patientberättelser och andra kunskapsteoretiska utmaningar.

Den nästan riskabla ämnesbredden har konkretiserats i en lång rad aktiviteter riktade i första till vårdpersonal och universitetsanställda, i vissa fall också till allmänheten. Genom föreläsningar, seminarier, poängkurser, konferenser lokalt och nationellt, har man nått en stor krets av deltagare och fått mycket positiv respons.

En mer detaljerad beskrivning av verksamheten framgår av skriften *Person och profession i samspel*. Viss forskning har genomförts, men någon formell utvärdering av verksamheten har inte gjorts. Finansiering har skett från både region och universitet. Just nu finns en del frågetecken kring finansieringen pga. besparingar på universitet. Inget ovanligt problem för tvärprofessionell verksamhet. Men aktiviteterna fortsätter och vi planerar just nu för att göra medicinsk humaniora till en integrerad del av utbildningen för all personal i regionen.

Christer Petersson
Växjö

cpetersson121@gmail.com



Vårt yrke – bortom siffror och evidens

I bland, kanske i mitten av min allmänläkarbana, kunde jag plötsligt lämna rummet och säga till patienten "ursäkta, men jag måste prata med en kollega om en viktig sak, jag är strax tillbaka". I själva verket gick jag in på ett annat rum och bläddrade i några böcker i ett hopplöst försök att finna ledtrådar till patientens märkliga symtom. Eller så lyckades jag få tag på en kollega att rådfråga. Inne på rummet igen bad jag om ursäkt och återupptog samtalet. Säkert genomskådade både patienten och den ofta närvarande tolken mig ofta. Detta var innan jag riktigt förstått detta att "leva med osäkerhet" och att visa öppna kort inför patienten är en tillgång. Att vara sig själv helt enkelt. Men det förutsätter att vi har ett ömsesidigt förtroende och att

patienten litar på att jag verkligen vill och försöker hjälpa.

Denna och andra minnesbilder kommer fram då jag läser John Launers bok *How not to be a doctor*. Launer är engelsk GP med många års erfarenhet som föreläsare i konsultationskunskap och handledning. Han är, tillsammans med namn som Rita Charon, Trisha Greenhalgh och andra, djupt rotad i "Narrative Based Medicine". Denna som en motvikt eller komplement till en evidensbaserad medicin som, enligt Launer, kan gälla för grupper men inte nödvändigtvis för individer. "Evidens får inte tillåtas flyta omkring i ett moraliskt vacuum" skriver han. Boken består av 54 korta essäer som alla publicerats mellan åren 2008 och 2015 i två engelska medicinska tidskrifter.

Patienten en främling i vården?

Patienten i vården befinner sig ofta i positionen av att vara "den Andre". Detta har träffande beskrivits av den kanadensiske allmänläkaren Ian McWhinney, som i sin *A textbook of Family Medicine* (1997) skriver: "A patient entering the subculture of Medicine is in the same position as a traveler visiting a strange country ...". Detta är skrivet i Launers anda och kan tjäna som inledning till hans bok.

Ska man hitta en gemensam nämnare i dessa essäer är det dels respekten och känslan för patienten och dels kritiken av ett byråkratiserat sjukvårdssystem som på många sätt bidragit till att mekanisera patient-läkarmötet. Läkaren riskerar bli en frågerobot och patienten ett objekt, ett "det". Essäerna bör läsas i vetskap om att

de skildrar ett annat sjukvårdssystem än det svenska, men parallellerna är många.

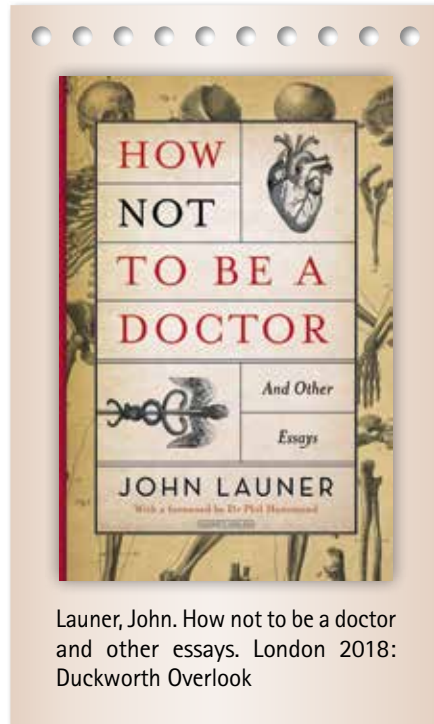
Några av styckena beskriver Launers egna erfarenheter av kontakt med vården. Andra skildrar kollegors tankar kring patientmötet som han snappat upp i handledning och utbildning. Flera är mer allmänt hållna och diskuterar dilemmen och osäkerhet ur olika aspekter liksom makten i mötet och dess inneboende repressiva potential. Historiska och filosofiska utvecklingar breddar innehållet. Utgångspunkten är att vi delar existentiella erfarenheter med dem vi möter: sjukdom och lidande – liksom tillfrisknande – drabbar inte bara patienterna utan också oss själva och borde skapa förutsättningar för ett mer demokratiskt möte. En balans mellan medicinsk hjälp och rådgivning – som kan kräva en viss ”terapeutisk distans” – och samtidigt öppenhet och förtrolighet i mötet.

Eget möte med sjukvården

Launer har sedan många år en lindrig hjärtåkomma och beskriver i en inledande essä ett arbetsprov. Stämningen i väntrummet är tryckt. Personalen sammanblander honom först bryskt med en annan patient och för detta misstag får han själv skulden. Agendan är satt. Den som kopplar upp EKG:t är ovänlig, frågar och förklarar inget – *”no friendly chatter”* – och behandlar knappast Launer som en människa utan som just ”ett arbetsprov”. Då han lågmält säger att han är läkare – vilket de vet – och känner till sin åkomma blir bemötandet snarast sämre. Launer beskriver händelsen som *”excruciating”* (olidlig) och tar den som utgångspunkt för ett resonemang om patientens främlingskap i vården.

”Allmänmedicinens själva hjärtpunkt, mötet mellan patienten och läkaren baserat på kontinuitet, är under attack.”

Essän avslutas med en referens till filosofen Martin Buber, som diskuterade dialogens väsen och lärde att vi alla lever med



Launer, John. *How not to be a doctor and other essays*. London 2018: Duckworth Overlook

en dubbel attityd till våra medmänniskor. Den första är ”Jag – Det” och den andra ”Jag – Du”. I vår roll kan vi möta patienten som ett objekt – ett Det – eller som ett subjekt – ett Du. Då objektet Launer omskakad lämnar kliniken passerar han sekreteraren som visar prov på ett motsatt bemötande. Vänligt och tålmodigt försöker hon vara till hjälp och hans frågor är aldrig konstiga eller onödiga och hon kommer alltid ihåg hans namn. Här blir han åter ett subjekt.

Jag skulle själv en gång genomgå en undersökning på sjukhus som jag gruvade mig mycket för och hade knappt sovit då jag anmälde mig i luckan på morgonen. Den elektriska glasskivan glider tyst åt sidan och kvinnan i receptionen räcker fram sin hand och ber om min legitimation. Inte en gång möter hon min blick. Då jag är registrerad och hon pekat ned mot väntrummet vänder hon sig om och frågar sin arbetskamrat: ”Bettan, vad ska du göra på lördag?” Då jag efter undersökningen av en vänlig läkare fått besked om att allt var normalt går jag ut på gatan, uppfylld av en intensiv livslust. Hur hade jag känt det om läkaren hade haft samma attityd som receptionisten?

Min inledande minnesbild visar att jag inte förstått vikten av, som Launer skriver, ”att prata för att lyssna” kontra att ”lyssna för att prata”. Vi läkare är oftast duktiga på det senare. Launer relaterar

ett möte med en patient som säger ”Jag har tre frågor jag vill diskutera med dig”. Launer tycker sig uppfatta att patienten betonar just ”tre” på ett speciellt sätt. Instinktivt svarar han: ”Och vilken är den fjärde frågan då?” Det var just denna som var patientens verkliga problem. De tre första blev oväsentliga.

Men läkaren måste ibland, menar Launer, också lära sig att sluta lyssna, att ”tune out”, eller avskärma sig, för att få möjlighet till en inre monolog och formulera en strategi. Läkaren kanske då lyssnar med ett halvt öra eller bara observerar patienten. Människors kroppar och ansikten talar till oss, ofta mer än alla ord. *”The art of not listening”* innebär också att vi erkänner vår begränsning och det ”omöjliga i att snappa upp allt”. Och ändå kanske komma fram till en tillfredsställande lösning. En erfarenhetsbaserad intuition spelar här säkert en stor roll.

Allmänmedicinens hjärtpunkt under attack

Något jag efterlyser i Launers essäer är vårt förhållande till egna misstag. Detta är en guldgruva för lärande och utveckling och borde diskuteras på ett organiserat vis, naturligtvis utan skuldbeläggning, i stället för att som nu lämnas åt det privata grubberiet. Även om boken präglas av en självkritisk grundton redovisar Launer tyvärr inte några egna misstag vilket hade gynnat bokens syfte.

I dessa tider borde begreppet Narrativ Medicin få en speciell betydelse. Vi har ett sjukvårdssystem som fragmenterats av ”stafett- och nätläkare”, det senare en ”af-färsidé” som gynnats av coronapandemin. Allmänmedicinens själva hjärtpunkt, mötet mellan patienten och läkaren baserat på kontinuitet, är under attack. Launers bok tjänar i detta sammanhang som en fyrbåk och inspirationskälla för en vård i patientens och vår egen tjänst. Den borde snarast översättas och användas i undervisningen.



Jäv saknas.

Kristian Svenberg
Regionhälsan, Göteborg
kristian.svenberg@vgregion.se

Från doktor Finlay via Kafkas läkare på landet till fastlege Elin

Med varierande framgång försöker jag uppmuntra utbildningsläkare att läsa skönlitteratur. Blir man en bättre läkare då kan adepterna undra? "Det är svårt att bevisa" blir det lite torra svaret.

Allmänläkaryrket består till stor del av att lyssna på unika berättelser dag ut och dag in. Kanske vår inlevelseförmåga kan tränas upp av läsoplevelser? Möjligen har vårt yrkesval påverkats av litterära förebilder? Det är också svårt att veta. Det är så mycket annat som spelar in. Läsning av skönlitteratur ska ske av lust (inte av plikt) är min devis.

Här kommer min reflektion över några allmänläkare jag har stött på i litteraturen. Jag har valt tre olika texter som handlar om allmänläkare, och hoppas att det kan inspirera till läsning. Den stora allmänläkarromanen väntar jag fortfarande på.

"Doktor Finlay-romantik"

Husläkarreformen på 90-talet handlade om att skapa ett system med fasta allmänläkare med listansvar, som skulle innebära en renässans för den personlige läkaren och var en reaktion mot en allt opersonligare primärvård. Kritikerna mot reformen, bland annat många allmänläkarkollegor, avfärdade tankegångarna som "doktor Finlay-romantik". Vem var då denne figur?

Jag stötte på honom i en populär svart-vit tv-serie, *Doktor Finlays journal*, på 60-talet som föräldrarna ofta tittade på. Som ung grabb bekantade jag mig sporadiskt med serien när jag inte hade något roligare för mig. Doktor Finlay var en nytutexaminerad läkare som fått arbete som läkarassistent åt den erfarne doktor Cameron i en liten stad på den skotska landsbygden. Serien utspelar sig i slutet på 20-talet. Vi får följa arbetet på praktiken, där hushållerskan Janet håller ordning, och följa med



Dr Finlay.

Illustration: Annika Andén

läkarna på hembesök i såväl societet som slum. Avsnitten är ibland dramatiska med små barn som insjuknat i difteri, men handlar exempelvis också om hypokondri, alkoholmissbruk och om att ge sjukdomsbesked. Simulanter förekommer också. Mitt i dessa mänskliga möten uppstår frågor som berör etik och moral, och allmänläkarna hamnar ofta i ganska svåra situationer när det gäller att fatta beslut.

"Den stora allmänläkarromanen väntar jag fortfarande på."

Serien finns till stora delar att se på Youtube och är fortfarande ett drygt halvsekel senare inte utan förtjänster, för att uttrycka sig på gammalt vis. Styrkan ligger i samspelet mellan den unge ambitiöse Finlay och människokännaren Cameron. Nostalg från en svunnen tid är det ju, men frågorna som väcks är ganska tidlösa.

A. J. Cronin, läkare och författare

Några år in på 70-talet började jag läsa A. J. Cronins böcker. Han skrev redan på 30-talet små noveller som handlade om doktor Finlay. Dessa publicerades fortlöpande i en tidskrift och sammanställdes slutligen i *Den svarta väskan* [1] som utkom under andra världskriget. Han skrev så småningom manus till den kommande tv-serien dr Finlays Casebook.

A. J. Cronin arbetade till att börja med som läkare åt ett gruvbolag i Wales, men hade svårt att uthärda gruvarbetarnas arbetsvillkor med åtföljande lungproblem och de bristfälliga förutsättningar han själv hade för sitt läkararbete. Istället öppnade han en praktik i London. Till följd av ett kroniskt magsår avbröt han sin läkarkarriär och påbörjade i stället sin författargärning. Han blev en av sin tids mest populära författare, och flera av hans böcker filmatiserades. Romanen *Citadellet* handlar om hans egna läkarefarenheter av Storbritanniens ojämlika hälso- och sjukvård, och lär ha inspirerat till skapandet av NHS (National Health Service) 1948. Ingen dålig bedrift!

Jag letade upp ett gulnat exemplar av *Den Svarta väskan* i mitt privata bibliotek och upptäckte berättelserna på nytt. I ett avsnitt har Finlay firat en diagnostisk triumf genom att hitta ett myxödem på en patient. Han hade blivit kallad av den snobbige doktor Snoddie från en annan praktik för att bistå med ett vårdintyg på en trädgårdsmästare i staden, som nu uppträdde förvirrat. Till Snoddies förtret blev det inget intyg, och efter några veckors behandling av dr Finlay tillfrisknade patienten. Efteråt berättar han om sin handläggning för Cameron och förväntar sig beröm. "Nu var ögonblicket inne, det stora ögonblicket, då Cameron skulle berömma honom. Men allt



Archibald Joseph Cronin 1896–1981 och hans bok "Den svarta väskan" infälld i bilden.

Cameron sade, när de tillsammans gick upp mot huset, var: 'Guds ske lov, jag får mina pelargonier nästa sommar.' Men i hans röst låg en underton av sällsynt vänlighet."

I nästa avsnitt blir Finlay ställd av ett vislande andningsläte på en liten baby. Han drabbas av panik och blir tvungen att konsultera Cameron, som med behärskat lugn och med hjälp av en hårnål avlägsnar en främmande kropp i vänstra näsborren och vislandet upphör. Cameron behåller sedan föremålet: "Jag tar hand om den här. Och om jag någonsin får se er en smula för övermodig, då, säkert som ödet, kommer skrikaren fram".

Den Svarta väskan handlar om bredden och relationsskapandet i allmänmedicinen och den möjlighet till utveckling av människokänedom som inryms i allmänläkaryrket. Står man ut med ett språk med uttryck som inte alltid är politiskt korrekta efter dagens måttstock, så finns det en del guldgruv i dessa berättelser.

Mardrömsnatt

Franz Kafka lär ha haft en nära släkting som var allmänläkare. I novellen *En läkare på landet* [2] är berättarjaget en allmänläkare, och Kafka verkar bekant med den utsatthet och frustration allmänläkare drabbas av ibland. Novellen skrevs under första världskriget och är ett av ganska få verk som publicerades under hans livstid. Det är en hallucinatorisk berättelse med freudianska undertoner. Överjaget och lustprincipen åskådliggörs skickligt i denna veritabla mardröm.

Allmänläkaren blir kallad till ett läkarbesök hos en svårt sjuk ung man mitt i natten. Det är snöstorm och hans egen häst

har dött föregående natt. Tjänsteflickan har inte lyckats hitta något ekipage som ersättning. En mystisk man uppenbarar sig plötsligt med två hästar och en vagn. Han skickar iväg läkaren som skräckslagen, men hjälplös i tumultet, anar att mannen har onda avsikter och ska våldta tjänsteflickan. Läkaren anländer till sitt besök fortare än kvickt, och mötet med den sjuke och

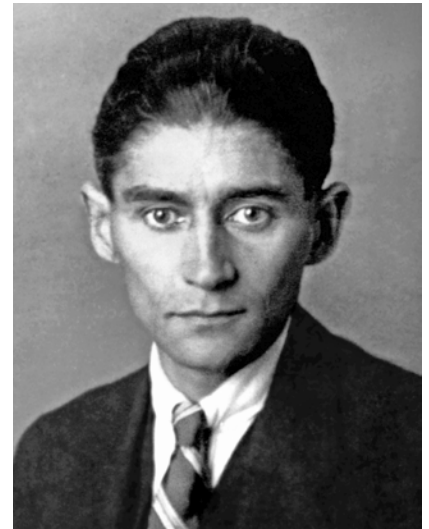
dennes anhöriga får en absurd utveckling. Här ber jag att få hänvisa till egen läsning för att inte avslöja för mycket. Förödmjukad, förrådd och omtumlad återvänder han hem till ett fortsatt ovisst öde vad gäller sin fortsatta praktik och tjänsteflickans tillstånd.

Detta är en helt fantastisk text som mitt i det absurda har innehåll som: "Att skriva recept är enkelt, men att för övrigt göra sig förstådd med folket är svårt. Nå, mitt besök här skulle alltså vara färdigt. Än en gång har man besvärat mig i onödan. Det är jag van vid. Med hjälp av nattklockan plågar mig hela distriktet, ...". Och lite senare: "Sådant är folket i min trakt. Alltid fordrar man det omöjliga av läkaren". Det fortsätter med "... medan läkaren ska uträtta allt med sitt fina kirurgiska handlag."

Jag hörde John Salinsky, brittisk allmänläkare, läsa denna novell på en kongress i Göteborg för många år sedan. Det var en oförglömlig upplevelse.

Satirisk fastlegeroman

Nina Lykke tilldelades Bragepriset 2019 – Norges största litterära pris – för sin roman *Nästa! En läkarroman* [3]. Elin har varit fastlege i två decennier. Efter en otrohetsaffär har hon



Franz Kafka 1883–1924.



Nina Lykke, född 1949.

Foto: Jo Michael

lämnat maken och i hemlighet flyttat in på sin mottagning, där hon gömmer sig för nattvakter och personal. Hon kommenterar samtidens galenskaper i anslutning till patienterna som kommer i strid ström till hennes mottagning. Till sin hjälp har hon ett plastskelett som hon kallar Tore som tjänstgör som ett slags överjag.

En rolig detalj är att hon vid något tillfälle hade glömt av att stänga av diktafonen efter föregående besök och spelat in en hel konsultation på band. På så vis blev hon pinsamt medveten om att hon behövde förbättra sin konsultationsteknik. Det hjälper inte nu då fördämningarna verkar släppa.

Efterhand har hon svårt att stå ut med besöksorsakerna. Hon blir helt enkelt provocerad när ett medelålders nyförälskat par med barn på varsitt håll önskar assisterad befruktning för att få ett gemensamt barn. Elin blir oförsämd och kan inte behärska sig. Paret stormar ut från mottagningsrummet. Elin startar en dialog med Tore. Strax ringer receptionisten och framför ett klagomål från paret. Elin bedyrar pliktskyldigast att hon ska skärpa sig, men det löftet har hon svårt att hålla.

Det är en träffsäker satir Nina Lykke bjuder på. Dräpande kommentarer om samtidsfenomen blandas med insiktsfulla

reflektioner. Parallellt med berättelserna från mottagningen får vi följa Elins försök att bringa ordning i sitt eget kaotiska liv. Det är rappt och roligt framställt. Bokens inledande mening slår an tonen: *"Ingen känner av underströmmarna i befolkningen lika bra som en husläkare."*

Jäv saknas.

Anders Lundqvist

Vårdcentralen Näsby, Kristianstad
andlundqvist@gmail.com



Referenser:

1. A. J. Cronin. Den svarta väskan (The Adventure of a Black Bag), Tidens förlag 1965.
2. Franz Kafka. En läkare på landet (Ein Landarzt), Wahlström Widstrand 1951 (Ingår också i samlingsverket En svältkonstnär och andra texter utgivna under författarens levnad ISBN 9789177422617).
3. Nina Lykke, Nästa! En läkarroman. Wahlström & Widstrand. ISBN 978-91-46-23647-4.

The Doctor



The Doctor. Luke Fildes (1843–1927), olja på canvas 1891. Tate Gallery.

Foto: ©Tate

Konstnärens äldste son dog vid ett års ålder. En yngre son skriver: "Karaktern och stödet från deras läkare under hela den ångestfyllda tiden gjorde ett djupt intryck på mina föräldrar. Dr

Murray blev en symbol för yrkesmässig hängivelse som senare skulle inspirera till målningen *The Doctor*."

Annons

Med blick för sjukdom och själsnöd – Dostojevskij 200 år

Om några veckor inleds tvåhundraårsfirandet av den ryske författaren Fjodor Dostojevskijs födelse. Med romaner som *Brott och straff*, *Idioten*, och *Bröderna Karamazov* höjdes Dostojevskij till skyarna redan av sin samtid. Sedan dess har hans böcker lästs med stor behållning av ständigt nya generationer. De möjliga ingångarna i Dostojevskijs författarskap är många – i det följande görs några nedslag i hans litterära skildringar av sjukdom och själsnöd.

”Jag är en sjuk människa ... Jag är en ond människa. En fränstötande människa. Jag tror att det är i levern sjukdomen sitter.” [1]

Så inleder Dostojevskij sin kortroman *Anteckningar från källarhål* (1864). I centrum för handlingen möter vi en rysk tjänsteman som sedan ett par decennier lever isolerad från omvärlden i ett torftigt krypin. Där i sin ensamhet odlar han ett förakt för tillvaron som är så långtgående att det omfattar allt och alla, inklusive honom själv. Vilken sjukdom bokens romanfigur egentligen bär på är oklart. Kanske ingen annan än avundsjuka och ett undertryckt behov av mänsklig närhet. Men som läsare är känslan av inblick i ett plågat och självdestruktivt psyke stark.

Och det är just denna förmåga att ge både yttre gestalt och inre liv åt sina karaktärer som kännetecknar Dostojevskij. I sitt författarskap är det framförallt de själsligt sargade människorna som skildras. Ibland är det ingen tvekan om vilken sjukdom det rör sig om, till exempel i *Dubbelgångaren* (1846) som gestaltar insjuknandet i en förföljelsemani av psykotisk valör. Här får man följa titullärrådet Jakov Goljadkin – en strävsam byråkrat som en dag får sin tillvaro kullkastad när en kopia av honom själv dyker upp och lägger beslag på hans ämbete. Stegvis tilltar herr Goljadjkins bestörtning över att ingen i omgivningen bekräftar hans alltmer paranoida världsbild. Boken

kulminerar på en social tillställning där en förfärad herr Goljadkin till sist blir omhändertagen av den ditkallade dr Rutenspitz och ledsagas i riktning mot ett förmodat mentalsjukhus.

”Det ringde i huvudet och det svartnade för ögonen. Han tyckte sig se en mängd, ett helt följe av identiskt lika Goljadkinfigurer tränga sig in genom alla dörrar, men det var för sent. [...] Med ett dån slogs dörrarna till salen upp på vid gavel och på tröskeln visade sig en man som med sin blotta uppenbarelse gjorde herr Goljadkin stel av fasa. [...] – Det är ju Krestian Ivanovitj Rutenspitz, doktor i medicin och kirurgi, en gammal vän till er, kvittrade en vedervärdig röst i örat på herr Goljadkin.”

Dubbelgångaren fick ett svalt mottagande av sin samtid. I 1840-talets Ryssland skulle romankonsten skildra verkligheten – det upplysta och realistiska – inte hänge sig åt förnuftsvidriga fantasier. Sjukdomsskildringar skulle, som den kände litteraturkritikern Vissarion Belinskij framhöll i sin sågning av *Dubbelgångaren* ”överlämnas i läkarnas vård, inte i diktarnas.” [2]

Verkligt hyllad för sitt författarskap



Bild föreställande Raskolnikov och Marmeladov i *Brott och straff*, målad 1876 av Michail Petrovitj Klodt.

blev emellertid Dostojevskij tjugo år senare med *Brott och straff* (1866). Handlingen i denna romanklassiker kretsar kring studenten Raskolnikovs samvetsqual efter dubbelmordet på en pantlånerska och dennes syster. Dostojevskij låter läsaren följa med in i mördarens motstridiga tankegångar där han irrar omkring längs Sankt Petersburgs gränder. Känslor av triumf över att ha visat sig kapabel att utföra illdådet trängs i Raskolnikovs inre med en förlamande ångest inför dess

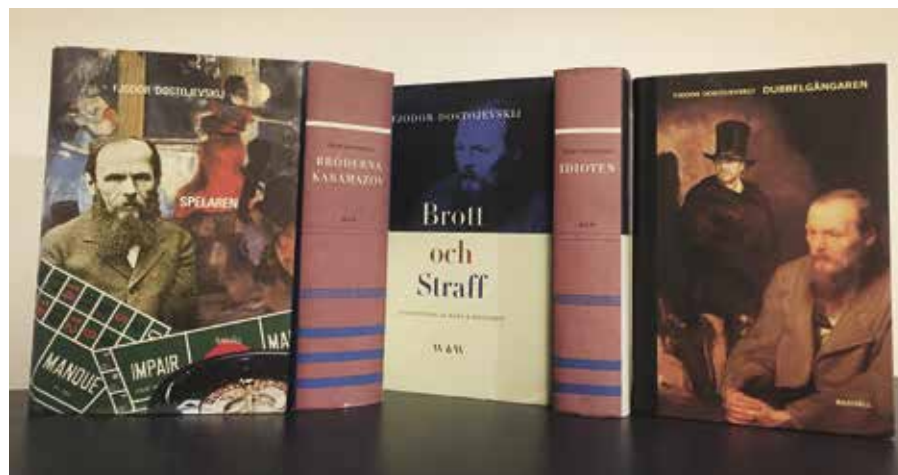


Foto: Jonatan Wistrand

konsekvenser. Precis som i Dostojevskij's tidigare romaner är inte heller tillvaron i *Brott och straff* okomplicerad, världen inte självklart svart eller vit. Istället ryms i Raskolnikovs vända ett känsleregister och en inre tankevärld som får honom att pulsera av liv.

"Och det är just denna förmåga att ge både yttre gestalt och inre liv åt sina karaktärer som kännetecknar Dostojevskij."

Dostojevskij beskrivs ofta som en människoskildringarnas mästare. Men varifrån kom egentligen hans träffsäkra gestaltningar av själens nödställdhet? Själv var han tydlig med att det var under åren i Sibiriskt fängläger som han på djupet lärde känna det ryska folket [3]. Vid 27 års ålder hade Dostojevskij 1849 arresterats och dömts till döden för samhällsomstörtande verksamhet. Det Ryssland Dostojevskij levde i var en hårdför diktatur, tsarens makt oinskränkt och fritänkande skribenter ett hot mot statsmakten. Med gevären riktade mot första raden av dödsdömda avblåstes emellertid skenavriktningen och Dostojevskij's dom omvandlades till straffarbete i Sibirien. I en fallfärdig fångbarack utanför Omsk – 320 mil öster om Sankt Petersburg –

levde han sedan i fyra år, fastkedjad vid en fotboja och omgiven av stråtrövare. Den tiden gav Dostojevskij stoff för återstoden av hans författarskap. I ett brev till sin bror Michail daterat strax efter frigivningen från fängelset 1854 vittnar han om en nyvunnen djupare förståelse av sig själv – och sina medmänniskor bland de förtappade:

"Vad som hänt med min själ, med min tro, mitt förstånd och mitt hjärta under dessa fyra år – talar jag inte om för dig. Det tar lång tid att berätta. Men den ständiga koncentrationen på sig själv, som jag flydde till från den bittra verkligheten, har burit frukt. [...] Förresten är människorna överallt människor. Också bland rövare i fängelset urskilde jag under de fyra åren slutligen människorna. Tro mig det finns djupa, starka, ädla karaktärer [...] Hur mycket historier om landstrykare och rövare och hela det mörka eländiga livet i allmänhet! Det räcker till hela volymer." [4]

Men tiden som strafffånge tärde också på Dostojevskij hälsa. I fängelset insjuknade han i den epilepsi som kom att följa honom under återstoden av livet. Det rörde sig framför allt om generaliserade anfall: absenser och tonisk-kloniska kramper. På flera håll i författarskapet har Dostojevskij, genom sina uppdiktade karaktärer, redogjort för den egna sjukdomen. Särskilt furst Mysjkins epilepsianfall i romanen *Idioten* (1869) har blivit föremål

för diskussion eftersom de föregås av en stark känsla av inre välbehag – något som i dagens vetenskapliga litteratur betecknas 'extatisk aura' och som Dostojevskij också lär ha upplevt för egen del. [5]

Efter återkomsten från Sibirien gav sig Dostojevskij ut på flera längre resor i Europa. Under några år förde han en kringflackande tillvaro i Centraleuropa, delvis på flykt undan de ekonomiska skulder han ådragit sig i Ryssland. Det var vid ett kortare stopp i Wiesbaden som han 1863 för första gången spelade roulett. Med katastrofala följder – för resultatet blev ett spelmissbruk som pågick under åtta år. I romanen *Spelaren* (1866) har Dostojevskij tecknat ett porträtt av spelmissbrukets psykologiska mekanismer: de snabba kasten mellan eufori och förtvivlan, förnuftets abdikering inför den hägrande storvinsten.

"Jag satsade direkt tjugo friedrichdorer på jämna nummer och vann, satsade fem och vann igen och fortsatte på samma sätt två eller tre gånger. [...] Nu borde jag ha gått därifrån, men en underlig känsla vaknade inom mig, en lust att utmana ödet, ge ödet en knäpp på näsan och räcka ut tungan åt det. Jag satsade fyratusen gulden, den högsta tillåtna insatsen, och förlorade. Då blev jag helt exalterad, plockade upp vad som fanns kvar, satsade allt på samma nummer och förlorade igen, varefter jag lämnade bordet som bedövd. Jag fattade inte ens vad som kommit över mig." [6]



Fjodor Dostojevskij 1876.

Fjodor Dostojevskij 1821–1881

Fjodor Dostojevskij föddes den 11 november 1821 på Mariasjukhuset i Moskva. I samma byggnad arbetade den blivande författarens far som fattigläkare. Efter avslutad skolgång följde högre studier vid krigsingenjörsinstitutet i Sankt Petersburg. Dostojevskij vantrivdes och efter examen försökte han istället etablera sig som översättare och författare.

Romandebuten *Arma människor* (1846) hyllades av kritikerkåren och innebar ett

omedelbart erkännande för den unge Dostojevskij. Författarkarriären kom emellertid av sig när Dostojevskij 1849 fängslades och förvisades till Sibirien. De stora romanerna – *Brott och straff* (1866), *Idioten* (1869), *Onda andar* (1872) och *Bröderna Karamazov* (1880) – tillkom under de sista femton åren av Dostojevskij's liv.

Den 9 februari 1881 avled Fjodor Dostojevskij 59 år gammal, sannolikt i sviterna av tuberkulos.

I Dostojevskijs romaner öppnar sig själens komplexitet. Genom hela hans författarskap kan man avlyssna sjukdom och själsnöd som ett grundackord. Men sjukdomsbegreppet i hans romaner är inte fast och fyrkantigt utan formlost och flytande. Här ryms ingen medicinsk terminologi eller strävan efter diagnostisk kategorisering. Vad läsaren istället finner är en språkdräkt som gör

Dostojevskijs romanfigurer på djupet mänskliga. Och kanske är det just detta som gör att han två sekel efter sin födelse fortfarande känns så angelägen. Att läsa Dostojevskij är att bli påmind om den särpräglade inre värld som ryms i varje enskild patient – där bakom skolmedicinens klassificering i diagnoskoder och andra parametrar.

Jäv saknas.

Jonatan Wistrand
ST-läkare i allmän-
medicin, forskare
Brahehälsan,
Löberöd,
Enheten för
medicinens historia,
Lunds universitet



jonatan.wistrand@med.lu.se

Referenser:

1. Fjodor Dostojevskij (2003) *Anteckningar från källarhål*, Atlantis, s.9, översättare Ulla Roosen, ISBN: 9789173535007.
2. Bengt Samuelsson (2004) "Efterord", i *Dubbelgångaren*, Bakhäll, s.159, ISBN: 9177422163.
3. Karl Erik Lagerlöf (1978) *Dostojevskij – liv och dikt*, Alba förlag, s.53, ISBN: 9174580744.
4. Brev från Fjodor Dostojevskij till brodern Michail 22 februari 1854. Ur: Zenta Maurina (red.) (1960) Dostojevskij, Biblioteksförlaget, s.406, översättare Helga Backhoff-Malmquist.
5. Piet Voskull (2013) "Epilepsy in Dostoevsky's novels" *Monographs in neural sciences* vol.31, s.195-214.
6. Fjodor Dostojevskij (2003) *Spelaren*, Bakhäll förlag, s.26, översättare Bengt Samuelson, ISBN: 917742204X.

Läkarebesöket



Läkarebesöket. Karl Aspelin (1857–1932), 1880-talet. Olja på duk, målad i Kivik. Nationalmuseums samlingar. Hänger i Socialstyrelsens foajé.

Foto: Jakob Forsell

Gunnar Biörck – en skrivande medicinprofessor

Denna tidnings tema ”Allmänmedicin och läkekonst i fiktion och verklighet” leder lätt tankarna till ”läkare som författare”. Själv kommer jag att tänka på den siste professorn på Serafen, Serafimerlasarettet i Stockholm (1752–1980). Gunnar Biörck (1916–1996) hann under sin livstid ge ut en hel rad med skrifter.

Jag minns när vi hade uppropet till medicinkursen i mitten av augusti, sommarvarmt. ”Nu är det ingen lekstuga längre. Nu måste ni klä er propert. Pojkarna ska ha skjorta och slips, och flickorna måste använda strumpor.” Mina ben var så bruna så jag brydde mig inte. Att kvinnor skulle ha långbyxor på sig ”på jobbet” var fortfarande otänkbart 1964. Allra mest på Serafen.

Gunnar Biörck var den store medicinprofessorn, landets främsta hjärtläkare, tillika kunglig livmedikus, vilket Sveriges befolkning erfor när Gustav VI Adolf (nuvarande kungens farfar) låg på dödsbädden 1973. På Serafen fanns en privatavdelning dit en aldrig nobelpristagare fördes när han, under sittande middag på Stads- huset tvärs över gatan, fick hjärtbesvär. Dr Biörck, som inte var bakjour, kom farandes och tog över kommandot. Den stackars mannen fick inte återgå till sitt hotell utan skulle ha specialbehandling – och missade därigenom Luciafirandet.

Biörck fortsatte vara mån om hur hans underordnade uppförde sig. År 1975 gav Serafen ut häftet *Några levnadsregler för kliniskens läkare*.

Professorn producerade en hel del litteratur. Hans två skönlitterära verk var en diktbok och en sjukhusroman. *Tillståndet är allvarligt* publicerades 1942 under pseudonymen Sten Torstensson. Den trycktes om två gånger under 60-talet – troligen för att kunna spridas bland medicinstudenterna. Vid det laget tror jag att professorn skämdes över sitt tämligen mediokra ungdomsverk.

Vad jag kommer ihåg ur den boken är den ensamstående unga mamman som redan legat inne en vecka för observation. Med gråten i rösten bad hon om att få bli utskriven för att ta hand om sin lilla dotter. Men den myndige överläkaren bestämde att hon minsann måste stanna två veckor till. Vilken patient, framför allt från de lägre klasserna, vågade opponera sig mot en sådan överhet?

Gunnar Biörck var politiskt aktiv. Några veckor efter Kristallnatten i Tyskland år 1938 gick medicinstudenter på alla universitetsorterna ut i protest mot att ge tio judiska läkare asyl. I Stockholm var det Gunnar Biörck som drev på, som ordförande för Medicinska föreningen. I slutet av 30-talet var han aktiv i den högerextrema organisationen Fosterländska ungdomssällskapet och dess tidning Svensk ungdom. Han engagerade sig i befolkningsfrågan, dvs. att Sveriges befolkning minskade på grund av låg natalitet. 1966 gav han sig in i den s.k. trolöshetsdebatten, där han representerade värdekonserveratism och elitism. Under åren 1976–1987 var han riksdagsman för moderaterna.

I boken *Vårt folk och vår framtid* (1940) ville han uppvärdera moderskapets attraktivitet. Befolkningsfrågan skulle lösas genom ökat barnafödande, inte genom invandring. Kvinnornas ”naturliga och primära uppgift” är att föda barn – det ”inre folkförsvaret” – även om de är ogifta. Männens ansvar var det ”yttre folkförsvaret”, dvs. militären. En individ är alltid en del av ett naturligt kollektiv med biologiska plikter som har ansvar både gentemot kommande och tidigare generationer. Individen kan ibland handla mot sin natur och vet inte alltid sitt eget bästa. Varje folk har sin speciella särart som bör värnas. Läkare har en uppgift som folkuppfostrare, att vara ”ledare för folkets liv och hälsa”.

Gunnar Biörck debatterade framför allt



Några av Gunnar Biörcks utgivna böcker.

i Svenska Dagbladet. Upprepade gånger samlade han anföranden och debattartiklar i häftes- eller bokform. År 1967 gav han ut boken ”*Själ och hjärta. Om hälsa och sjukdom. Om hjärtsjukdomar. Om gränsen mellan liv och död*”. 1967. År 1974 gav han ut samlingen *Med stetoskop och värja*.

Det diskuteras om Gunnar Biörck var mer än synnerligen konservativ, dvs. om han också var nazist. Han var emot invandring som skulle riskera den svenska särarten. Han visade förståelse för varför nazismen utvecklades men ansåg att Sverige skulle hitta sin egen specifika ”tro”. Han såg dock hellre att vi kapitulerade inför detta europeiska alternativ än för Sovjetunionen och kommunismen. Ideologin att sätta folket före individen hittar man hos totalitära regimer, långt åt höger såväl som långt åt vänster.

Att Gunnar Biörck var medveten om sitt eget värde var uppenbart för alla som träffade honom. Hans tendens att spara och ge ut sina tal och anföranden i bokform bekräftar detta. Jag kan inte påminna mig att andra riksdagsmän gjort så. Å andra sidan så finns deras anföranden på riksdagens hemsida, och inte så få har egna bloggar.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Länkar:

I e-tidningen kan du klicka på länkarna direkt. Ladda hem appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

- **Böttigersamlingen.** Förteckning över Lars Erik Böttigers samling av läkarförfattad skönlitteratur i universitetsbiblioteket. UB.KI.se 2005. <http://bokebackenskultursida.se/pdf/bottiger.pdf>
- Christensen, Anders. **Den svenska konservatismen enligt Biörck.** Kandidatuppsats idéhistoria, Stockholms universitet, HT 2018. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1436396/FULLTEXT01.pdf>
- Rosenkvist, Märten. **Doktorerna Bäck och Biörck hade kungar som patienter.** Läkartidningen.se 2009-01-07. <https://lakartidningen.se>

se/aktuellt/kultur-2/2009/01/doktorerna-back-och-biorck-hade-kungar-som-patienter/

- Salomon Schulman. **Salongsantisemiterna.** Kvällsposten 27.1.2012 <https://www.expressen.se/kvallsposten/kultur/salongsantisemiterna/>

Två ovanliga böcker om sjukvårdens arbetare

I min bokhylla hittar jag två böcker som jag nästan glömt bort. Författare och fotograf är Björn Carlsson, på 1990-talet distriktsläkare i Åtvidaberg, därefter "skogsdoktor" i Västrum, Valdemarsvik. Under en period av sjukskrivning på grund av utmattning samlade han intervjuer och texter från vårdarbetare av många yrken. De publicerades i två böcker: *Porträtt av sjukvården 1996* och *Rapport från verkligheten 1999*.

Jag tror att Björn Carlsson har täckt in nästan alla förekommande yrken: pryoelev, läkarstuderande, undersköterska, mentalskötare, städerska, sjukgymnast, sjuksköterska, skolsköterska, distriktssköterska, kirurg, ambulanssjukvårdare, vårdbiträde, arbetsledare på dagcenter, socialsekreterare, farmaceut, färdtjänstchaufför, arbetskonsulent, MAS, kurator, diakonissa, vårdare.

Därtill kommer författaren och f.d. landstingspolitikern Gerda Antti (C), dåvarande socialministern Margot Wallström (S), riksdagsledamoten och läkaren Barbro Westerholm (L) och stockholmspolitikern Herta Fischer (V).

Jodå, allmänläkare är också med. Bertil Hagström, då i Storvik, numera pensionär i Horred och aktiv i Läkare för Miljön. Karl-Erik "Figge" Fichtelius (1924–1916), professor i histologi som blev allmänläkare i Ångermanland och skrev boken *Människoläkarboken*. Bertil Wikström i Strömsund (1921–2014), en av de "legendariska norrlandsdoktorerna". Jag själv, "folkhälso-läkare och facklig förtroendeman". Slutligen bruksläkaren i Åtvidaberg A. T. Dandanelle (1860-talet) samt författaren själv.

Spridningen över Sverige är imponerande – från Södra Sandby till Korpilombolo, från Göteborg till Norrtälje, storstäder, småstäder och glesbygd.

Björn är en duktig fotograf. Han har sökt upp bidragsgivarna och fotograferat dem i olika miljöer – i hemmet, utomhus, i arbetet. De svartvita situationsbilderna ger en känsla av närvaro och närhet.

1990-talet var ett årtionde av omprövningar och förändringar i offentlig verksamhet. Den svåra finanskrisen i början av årtiondet hade medfört drastiska nerdragningar: större klasser och förskolegrupper, nerläggning av fritids- och kulturverksamheter, nerläggning av sjukhus och vårdcentraler, indragning av undersköterske-, sekreterar- och ST-tjänster i primärvården. När kommuners och landstings ekonomier började repa sig var NPM redan genomfört, för "effektivisering" och "kostnads-kontroll". Alla författarna hade denna turbulens aktuell. Dock hade privatiseringarna ännu inte tagit fart.

Björn bad deltagarna att skriva: "Berätta om dig själv, ge din bild av ditt arbete och av sjukvården utifrån ditt yrkesperspektiv samt din vision om framtiden". Detta var en mycket bra "order". Vi läsare fick över 40 kapitel, 40 olika livsberättelser. Det som



Carlsson, Björn. Rapport från verkligheten. Människor i vården reflekterar. Häftad. Kommentus förlag 1999. 143 s. ISBN 91-7345-081-2

Carlsson, Björn. Porträtt av sjukvården inför tvåtusen-talet. Del 1. Det är vi som är vårdarbetarna. Inbunden. Björnkullen AB förlag 1996. 218 s. ISBN 91-972928-0-X

Foto bokomslag: Ingrid Eckerman

förenar dem är att de arbetar med människor i sjukvården utanför sjukhusen och att de vill göra ett bra jobb. Ofta upplever de att de inte har den möjligheten, att de motarbetas av systemet.

I förordet till den andra boken skriver Gerda Antti: "Det här är en ovanlig bok. ... Och den borde läsas av varje landstingspolitiker, och som högläsning i riksdagen skulle den passa bra". Jag är böjd att hålla med.

Syftet med böckerna var att de skulle komma till användning "i vårdens fortsatta reflektionsprocesser" och i utbildning. Björns avsikt var att fortsätta med en tredje bok, om hur det är att vara patient/anhörig. Men kanske kom livet emellan.

Tyvärr tror jag att de två böckerna är tämligen okända, något som de inte förtjänar. Jag önskar att någon kunde göra ett motsvarande tidsdokument nu.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Länkar:

I e-tidningen kan du klicka på länkarna direkt. Ladda hem appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

- **Doktorn drog i nödbromsen och lät sjukskriva sig.** DN 25.11.2002 <https://www.dn.se/insidan/doktorn-drog-i-nodbromsen-och-lat-sjukskriva-sig/>
- **Läkaren vet vägens betydelse för hälsan.** NT 9.5.2008 <https://nt.se/nyheter/lakaren-vet-vagens-betydelse-for-halsan-3612666.aspx>

Om skrivandet och konsten att vara nyfiken

Jag är lyckligt lottad att få ägna mig åt två väldigt berikande saker: att vara distriktsläkare och att skriva skönlitterärt. Kanske har mitt val att bli just distriktsläkare, och inte dermatolog som jag först trodde att jag ville, i grunden med min stora lust för skrivandet att göra. För min arbetsdag är fylld av berättelser. Vartenda patientmöte bär på en unik och inte sällan egensinnig historia. Ganska ofta blir jag nyfiken, vill veta vad som finns där bakom, vad som lett just den här människan mitt emot mig till just mig.

Av alla de historier jag har förmånen att få ta del av – berättade i varierande grad av förtroende – skulle många av dem i sig kunna utgöra grunden till en egen roman. Som alltid är det fascinerande hur verkligheten så ofta har förmågan att överträffa dikten. Så många livsöden, personligheter, tankar, förvecklingar och missförstånd; ett livets enda, skälvanande, gigantiska epos. På samma gång; inte mer än en enda människa bland miljarder och åter miljarder människor, med sina för varje individ så unika livsöden.

Eller, för att citera Stig Claesson (Slas), en av mina absoluta favoritförfattare i hans enastående samtidsroman *På palmblad och rosor*:

"Någon i den här trakten i det här landet är så jävla dum att han sköter en lam kärring av ren kärlek."

Kan man bli annat än nyfiken?

Att medicinen har sin etablerade plats i skrivandet och i skönlitteraturen har väl knappast undgått någon. Otaliga är exemplen på skönlitterära verk där medicinska spörsmål och utmaningar står i centrum för berättandet, allt från de allra tidigaste kända existerande prosaiska texterna från det forntida Mesopotamien, ett par tusen år före Kristus, till modern litteratur. Sjukdom, hälsa, liv och död går hand i hand. Läkekonsten, i alla sina olika former genom historien, har fått spela rollen som det som kan hjälpa, det som människan i svåra stunder sätter sin tilltro till och ger hopp.

Genom sin centrala roll i människors liv har medicinen intagit sin lika självskrivna plats i skönlitteraturen. Men det skönlitterära skrivandets plats i medicinen då, var kommer den? På vilket sätt kan fiktionen vara en ledsagare i verkligheten, på samma sätt som verkligheten och alla dess bakomliggande människöden är grunden för all slags fiktion? Är det lika självskrivet?

För att söka svar på frågan funderar jag utifrån mitt eget skrivande; vilka processer det är som sker under skrivandets gång, och vilken bäring de har på min yrkesutövning, på det jag gör i min kliniska vardag. Det som utkristalliserar sig är att för att kunna skapa en berättelse, som bygger på något slags återgivning av vad personerna i den berättelsen gör och tänker, så fiktiva de än är, måste jag försöka sätta mig in i den enskilda fiktiva personens situation, försöka föreställa mig hur den

personen resonerar och vilka vägval den personen gör utifrån sina unika förutsättningar, livshistoria och egenskaper, som inte ska vara mina egna.

Att en nypa av mig själv smyger sig in i varenda karaktär jag försöker gestalta är förmodligen oundvikligt. Ju längre tiden går, och skrivprocessen med den, desto mer är det som att de olika karaktärerna, i interaktion med de övriga, så småningom får eget liv. Helt plötsligt kan en gestalt i berättelsen, som jag ursprungligen sett som en osympatisk person, framstå som alltmer mänsklig och sympatisk – eller tvärtom – precis som det kan vara med människor vi möter i det dagliga livet. Jag inser med detta att just den delen av skrivandet är ett sätt att träna förmågan att leva sig in i någon annans situation, att försöka förstå det ibland oförståeliga.

Eller, för att återigen citera en av mina favoritförfattare (man får ju passa på när man har chansen), polacken Stanislaw Lem, som så kärnfullt har uttryckt det:

"Människan kan bara bemästra det som hon förstår. Å andra sidan kan hon bara förstå det som låter sig formuleras. Det ousägliga är ofattbart."

Jäv saknas.

Magnus Falk
Biträdande professor
Vårdcentralen Kärna, Linköping
Institutionen för Hälsa, Medicin och Vård,
Linköpings universitet
magnus.falk@liu.se



AllmänMedicin informerar

skriv i ...

AllmänMedicin nr 1-2021!

Ge oss din bild av pandemin!

Kontakta chefredaktören

chefredaktor@sfam.se senast 11 januari.



Läkaren på scen och filmduk

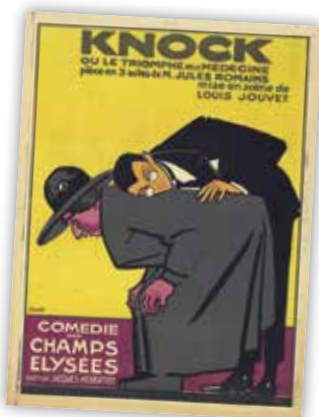
”Allmänmedicin i fiktion och verklighet” – tanken var att bredda, till teater, film och andra media. Dock kom det inte in så mycket material, så jag fick söka själv. Läkare är ett uppenbarligen laddat yrke. Man hittar både tragedier och komedier med läkare i huvudrollen.

Allmänläkaren Bugra Merdol berättade 2007 att han ville förskriva kultur, t.ex. teater, på recept till deprimerade patienter [1]. Det kan nog ofta vara en god idé. Jag hittar också artiklar om hur teater används i läkarutbildningen.

Allmänläkare på scenen

Doktor Faust (ca 1480–1539) var astrolog och svartkonstnär, men inte läkare. **Molière** (1623–1673) har skrivit minst två komedier om läkare: *Läkare mot sin vilja* och *Den flygande läkaren*.

Knock (1923) är en satir om modern medicin av Jules Romains (1885–1972). En läkare anländer till en lantlig fransk stad där alla verkar vara friska. Doktorn startar ett projekt för att få invånarna att känna sig sjuka så att han får fart på affärerna. Pjäsen gick som teater på Storan i Malmö 1949. 2017 filmatiserades den. – Här kan man reflektera över olika ersättningssystem. I Kina fick läkarna pengar så länge patienten var frisk. För nätläkare är det ekonomiskt lönsamt att lista på sig friska invånare.



Christina Barklund var skådespelare i fem år innan hon sadlade om och blev allmänläkare [2]. Så här skriver man om henne i en intervju: *”Bara att läkaryrket är viktigare, och innehåller så många olika delar: vetenskap, fantasi och erfarenhet. Som läkare använder hon en större del av sig själv än hon gjorde som skådespelare.”*

Lennart Holmquist har spelat med i pjäs om dr Semmelweis, läkaren som förstod uppkomstmekanismen bakom barnsängsfeber [3]. Han ser likheter mellan läkaryrket och skådespelandet. *”Som doktor behövs mycket intellektuell kunskap, men det händer inget förrän man möter människor.”*

Odd Lindell har uppträtt med en förkortad version av Doktor Glas många gånger [4]. Doktor Glas av Hjalmar Söderberg (1869–1941) är en mycket känd bok om en deprimerad läkare, som till sist, när kvinnan han älskar ber honom om hjälp, tar livet av hennes make. Eftersom den är skriven i dagboksform är den lätt att transkribera till teater, och den spelas regelbundet på Sveriges scener.

Odd Lindell väljer detta citat för att beskriva en husläkares yrkesroll:

”Jag verkar i mitt kall. Människor kommer till mig med sina sjukdomar, alla sorter, och jag kurerar dem så gott jag kan. Somliga blir friska. Andra dör. De flesta släpar sig vidare med sina krämpor. Jag gör inga un-

derkurer, men jag tror man ser mig som den typiske husläkaren, han med den stora erfarenheten och den varma och förtroendeingivande blicken. Förmodligen skulle människor känna mindre förtroende för mig om de visste hur uselt jag sover!”

Läkare på filmduken

Allmänläkare verkar vara ett populärt yrke på film, speciellt tv-serier. Jämfört med akutmottagningar så ger det en annan möjlighet att skildra relationer över tid. Persongalleriet kan göras rikt och varierande. Vardagliga åkommor kan turas om med riktig dramatik. Läkarens vardag är också något som många kan förstå eftersom man själv varit allmänläkares patient. Serierna utspelar sig gärna i glesbygd eller småorter, och innehållet bygger på att kontinuiteten är god.

Eftersom nästan alla läkare förr i tiden var allmänläkare så börjar jag med några välkända romanfigurer. Så kommer det några modernare filmatiseringar av allmänläkare.

Sir Arthur Conan Doyle (1859–1930) var utbildad läkare men försörjde sig som författare. Förutom böckerna om Sherlock Holmes och hans levnadstecknare **dr Watson** har han skrivit *En försvunnen värld*, som filmades första gången 1925. Den räknas till science fiction. Dr Watson syns i de filmer som gjorts om Sherlock Holmes.

Dr Jekyll och Mr Hyde är en kortroman skriven av Robert Louise Stevenson (1850–1894). Dr Henry Jekyll är en dubbelnatur som längtar efter att leva ut sina lustar. Han framställer ett serum som för några timmar förvandlar honom till den vedervärdige och onde Mr Hyde. När drogen gått ur kroppen är han åter den gode dr Jekyll. Boken filmatiserades första gången 1908.

Dr Zjivago är en historisk tegelstensroman från tiden 1902–1929 av den ryske nobelpristagaren Boris Pasternak (1890–1960). Först 1988 kunde den ges ut på ryska i Sovjetunionen. På 60-talet blev den en tre timmar lång film som nu anses som klassisk. Huvudpersonen är läkaren och poeten Jurij Zjivago som under en dramatisk tid med revolution, krig, folkmord och kollektivism försöker behålla sin idealism, individualism och humanism.

Kan doktorn komma? var lappmarksdoktorn Einar Wall-



Åreakuten.



Läkarbåten



Skärgårdsdoktorn.

quists (1896–1985) första bok, som filmades 1942. Wallquist var läkare och kulturperson i Arjeplog i Lappland, där han grundade Silvermuseet. Han skrev en hel rad populära böcker om människorna i Lappmarken.

Doktorn i byn var en tv-serie 1983. Manus skrevs av provinsialläkaren Bertil Wikström i Strömsund (1921–2014), som också medverkade i filmen *Nyfiken – blå* 1968.

Doc Martin är en brittisk tv-serie i 70 avsnitt om en kirurg med blodfobi som blir husläkare i en småstad. Eftersom han saknar social kompetens går det inte så bra.

Åreakuten är en serie i tio delar från 2020 där man kan uppleva den dramatiska delen av glesbygdsmedicin. En planerad fortsättning, en vintersäsong, blev inte av.

Huvudpersonen är Zara som kom som barn till en flyktförläggning i Åre. Många år senare är hon tillbaka på HC (hälsocentralen) som ST-läkare. Den gamla doktorn ska vara hennes handledare, men serien startar med att han omkommer i en bilkrasch. Zara bestämmer sig för att visa att hon klarar sig på egen hand. På bara ett par avsnitt utvecklas hon från okunnig AT-läkare till nästan fullfjädrad akutläkare.

Hela det vältrimmade gänget (fjällräddare, brandmän, ambulans, polis, läkare), som fikar tillsammans på HC, åker ofta ut på komplicerade olycksfall. De flesta olycksfall inträffar under kontorstid, och därefter tar man sig gärna ett glas tillsammans. Till HC kommer nästan bara akutfall, patienter som sjukvårdspersonalen inte känner. I de flesta fall får de träffa läkare väldigt snabbt. I sista avsnittet poängteras dock vikten av kontinuitet. Det är ganska ovanliga fall som presenteras, och ST-läkaren genomför, utan handledning, ovanliga behandlingar. Relationer mellan rollpersonerna finns men kommer i bakgrunden.

Efter att ha varit på två glesbygdsmedicinska konferenser så tror jag att filmen någorlunda väl skildrar det akuta arbetet på en hälsocentral i glesbygd med stora mängder turister. Där emot har man helt glömt bort vardagssjukvården. Även i Åre finns diabetiker, hjärt-kärlsjuka, barn- och mödrahälsovård, förkylningar och annat odramatiskt. "För livräddarna i Åre är varje dag en kamp. ... För landskapet må vara idylliskt, men vardagen är det sällan" står det på hemsidan. Men kraschande skärmflygare, skottskador och dödsmisshandling är lyckligtvis sällsynta händelser även på turistorter. Och ett fjälllandskap kan aldrig vara idylliskt när man vet hur snabbt vädret kan ändras.

Det här är en actionfilm som hade kunnat utspela sig på en akutmottagning i storstad. Den storslagna naturen och den lilla tätorten finns där bara som bakgrund.

Skärgårdsdoktorn är en populär svensk tv-serie som hade

premiär 1997. Den gick i repris 2020. Den riktiga skärgårdsdoktorn hette Per Ullhammar (1932–2011). Han körde läkarbåten i delar av Stockholms skärgård under 30 år. Hans efterträdare var Hans Östergren, Djurö vårdcentral på Värmdö [5]. Numera är man tre läkare som delar på jobbet.

Handlingen börjar med att den gamla doktor Holst väntar på dottern som ska komma hem från Afrika och ta över mottagningen. Dock är det svärsonen som inställer sig, tillsammans med sin dotter Vilma. Hon saknar sin mamma som prioriterar "barnen i Afrika", och sin pappa som alltför ofta måste åka iväg på akuta uttryckningar. Den barska sjuksyster Berit är lojal med dr Holst och framför läkarbåten med stor kompetens. Hennes bror är den mångkunniga slarvern som lyssnar på Vilma.

Här finns alla ingredienser: spänningarna mellan den gamle och den unge doktorn, mellan de gamla skärgårdsborna och nollåttorna (stockholmarna), mellan familjemedlemmar. Som på alla mindre orter blir det ibland svårt att hålla de professionella gränserna. Därtill kommer vädrets oförutsägbara makter. De medicinska problemen varierar mellan en glasbit i hundtassen, sömnmedelsintoxikation och akut sätesförlossning i läkarbåten. Lokalkännedomen är god. Kontinuiteten har fått sig ett avbräck i bytet mellan de två läkarna, men efter tre säsonger har den yngre kommit en bit på väg.

Du-reformen ägde rum i slutet av 60-talet. Redan innan sade vi kandidater "du" både till övriga läkare och till sjuksköterskorna. På 80-talet niade jag fortfarande vissa gamla patienter, men det slutade jag snart med. Att höra hur man på 90-talet titulerar varandra "doktor", "syster" och använder "ni" som tilltalsord känns uppstylat.

Läkaren på landet är en fransk film från 2016. Jean-Pierre bor i en liten by där alla känner alla. Varje dag gör han många hembesök på den franska landsbygden, med sin tunna läkarsäcka. Så får han diagnosen inoperabel hjärntumör. Han har svårt att acceptera detta, låtsas inför andra som om allt är bra trots att han får fler symtom. Fortsätter köra bil trots vänstersidigt synbortfall. Hans kollega sänder honom en assistent, den nyutexaminerade läkaren Nathalie med 10 års erfarenhet från akutmottagning som sjuksköterska.

Även här finns konflikten mellan den äldre erfarne läkaren och den yngre, som ibland vet mer och som vissa patienter föredrar. "Man kan inte lära sig att vara läkare på landet" sade Jean-Pierre. Det blir inte bättre av att Nathalie lägger in 92-åringen på sjukhuset när Jean-Pierre lovat att vårda honom i hemmet till slutet.

Miljöerna är köken i bondgårdar, ett husvagnsläger för romer, den enkla mottagningen med ett överfullt väntrum och



Läkaren på landet.

bilfärder över det platta trädlösa landskapet. Bara på sjukhuset har neurologkollegan en kortärmad vit rock över långärmad rutig skjorta – annars är det civila kläder som gäller.

Tempot är långsamt, eftertänksamt med tid för reflektion över liv och död och människans villkor. Musiken är stilla och vacker. Det är när Jean-Pierre smugglar ut 92-åringen från sjukhuset för att dö hemma som filmen kommer närmast action.

”Det här är ett påfrestande arbete. Det känns som om jag har arbetat 20 år under lidande”, säger Jean-Pierre som slutligen accepterar både sin sjukdom och sin assistentläkare. En film att rekommendera.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Referenser:

I e-tidningen kan du klicka på länkarna direkt. Ladda hem appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

1. Kultur på recept? Lakartidningen Lakartidningen.se 2007-04-04 <https://lakartidningen.se/debatt-och-brev/2007/04/kultur-pa-receptae/>
2. Vill vara till nytta. Christina Barklund lämnade teatern för att bli läkare. DN 19.10.1997 <https://www.dn.se/arkiv/jobb/vill-vara-till-nytta-christina-barklund-lamnade-teatern-for-att-bli-lakare/>
3. Distriktsläkare som spelar teater. Lakartidningen.se 2006-02-15 <https://lakartidningen.se/aktuellt/2006/02/distriktslakare-som-spelar-teater/>
4. Allmänläkare Lindell spelar Doktor Glas. AllmänMedicin 2016;2:31-33 <https://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1462537054/tidskriften/bvs7doitalcfmfiqmxoi.pdf>
5. Dagens skärgårdsläkare. AllmänMedicin 2017;1:30-31. <https://res.cloudinary.com/sfam/image/upload/v1489498440/tidskriften/vabbyuxiuewqfd-cyfkir.pdf>

En otippad läsupplevelse

Jag hittade en bok i en bokhylla jag råkade passera.

Det var en bok om en rysk psykiater i Sibirien, kanske var det därför jag blev intresserad. Kanske tänkte jag att det var intressant att läsa om en rysk psykiater. Kanske var det för att jag nyss varit i Murmansk med ett projekt som skulle hjälpa ryska allmänläkare att bli mer som svenska allmänläkare. Jag minns inte.

Det var intressant att läsa om rysk läkarvardag. Den kvinnliga psykiatrikern jobbade mest, levde mycket enkelt och arbetsbördan var stor. Men så fick hon en ledighet och begav sig ändå längre norrut, till de vilda folken. På något konstigt sätt sögs hon in i en annan verklighet och blev så småningom shaman.

Här kunde jag som är jordfast och ointresserad av det mystiska och övernaturliga ha slutat läsa. Men jag fortsatte.

Huvudpersonen återvände till psykiatriverksamheten i den lilla sibiriska staden i norr. Och nu hade hon ett annat sätt att arbeta; inspirerad av sina shamanerfaren-

heter började hon känna efter. Hon kände sig in i hur patienterna tänkte och kände sig. Det hela blev lyckosamt, arbetet blev mindre slitsamt och patienterna blev bättre hjälpta.

Jag la ifrån mig boken. Jag minns varken titel eller författare. Men jag fick tydligen med mig en tråd rätt in i kliniken. När jag kände mig villrädig efter anamnes och undersökning började jag med att stanna upp. Jag gjorde en kort sväng in i mig själv, ibland till och med, med slutna ögon inför patienten. Som en sorts förutsättningslös hopsamling av ingående ingredienser. Efter det kunde jag oftare fokusera på det viktiga. Jag gjorde alltså ungefär som shamanen. Det blev lättare att arbeta och jag tror att fler patienter kände sig bättre hjälpta.

Jag hade alltså från början inte haft en aning om att det skulle bli en läsupplevelse som skulle förändra mitt sätt att arbeta. Men så blev det.



Jag får väl kanske tillägga att jag varit kliniskt verksam mer än 15 år när jag snubblade över den där boken. Och att jag läser rätt mycket skönlitteratur av alla möjliga sorter. Men aldrig har jag läst något som fått så stor påverkan på mig och min arbetsvardag.



Annika Andén
Luleå
annika.anden@gmail.com

Narrativ medicin och den andra ronden

Utvärdering av IV Workshopen i Narrativ medicin

På medicinkliniken, Kungälv's sjukhus, infördes 2010 ett nytt sätt att ronda patienterna, *Den andra ronden*, där samtalet mellan patient och personal gav tid och rum åt patientens berättelse och integrerades i den medicinska bedömningen [1]. Det är ett tidigt exempel på tillämpad narrativ medicin i vårt land [2]. Gruppen som utvecklade *Den andra ronden* har fortsatt att intressera sig för narrativa metoder. Hittills har fyra workshops arrangerats, varav den fjärde, som genomfördes 2020, redogörs för nedan.

Deltagarna i gruppen har under det senaste decenniet haft regelbundna kontakter med Rita Charon, läkare och litteraturvetare, verksam vid Columbiauniversitetet i New York City [2]. Gruppen har gjort studiebesök i New York, deltagit i kurser och utvecklat egna narrativa metoder som tillämpats i årliga workshops. Den första workshopen i narrativ medicin i vårt land genomfördes 2016 vid Kungälv's sjukhus, med Rita Charon som huvudtalare [3]. De narrativa metoder som använts under de hittills genomförda seminarierna kan sägas ha sitt ursprung i verksamheten vid Columbiauniversitetet i New York [2]. Metoderna har emellertid utvecklats vidare och anpassats till lokala förhållandena i vårt land [4].

Upplägg / Utförande

Inbjudan till IV Workshopen i Narrativ medicin vände sig till läkare, sköterskor och alla som arbetar i vården men också till dem som intresserar sig för berättelsens betydelse. Workshopen genomfördes under två dagar, fredag–lördag, januari 2020 vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal och arrangerades av Svensk förening för Narrativ medicin i samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset – medicinkliniken Mölndal, Sjukhuskyrkan Kungälv's sjukhus och Columbia University, New York [2]. Den uppfyllde kraven för del av delmål a1, a2 och b1 enligt läkarnas specialiseringsjämföring SOSFS 2015:8.

Programmet för Workshopen's två dagar bestod av fyra författarföredrag/samtal och fyra gruppövningar om vardera en timme.

Den första förmiddagen talade Jonna Bornemark, författare, docent och lektor i filosof vid Södertörns högskola, om *Det omätbaras renässans* [5], och på eftermiddagen Nina Cavalli-Björkman, författare, överläkare, specialist i onkologi vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, om *Att skriva om läkaryrket* [6].

Under kvällen den första dagen inbjöds deltagare, tillsammans med kursledning och författare till en middag med ett musikaliskt uppträdande, genomfört med utgångspunkt från berättartraditionen inom musiken, av Daniel Lemma [7].

Den andra förmiddagen samtalade Maciej Zaremba, författare och journalist och Astrid Seeberger, författare, överläkare, specialist i njurmedicin och docent vid Karolinska institutet, över ämnet: *Svensk sjukvård i ett vägsäl – ett samtal om vårdens mening*. Under eftermiddagen intervjuade Astrid Seeberger

Maciej Zaremba om hans senaste bok, *Huset med de två tornen* [8].

Författarföredragen/samtalen följdes av gruppövningar, en på förmiddagen och en på eftermiddagen. Varje grupp bestod av åtta deltagare samt en gruppleddare. Deltagarna fördelades till de olika grupperna med ambitionen att skapa spridning i ålder, kön och yrke inom varje grupp. Gruppövningarna startade med en kort deltagarpresentation och hade samma gruppleddare första och sista övningen. Gruppövningarna valdes med utgångspunkt från och som exempel på narrativ metod [2].

"Svaren som framkom på den korta skrivuppgiften om vad workshopen haft för betydelse för deltagarna visar att det finns viktiga områden inom vården som behöver utvecklas."

Det fanns tid för deltagarna för reflektion, att föra informella samtal och att knyta kontakter under pauser och luncher samt under middagen med underhållning under kvällen. Den sammanlagda tiden för de olika aktiviteterna under de två dagarna fördelade sig enligt följande: *Författarföredrag/samtal* 6 timmar och 45 minuter; pauser med förtäring (exklusive fest) 5 timmar; *Gruppövningar* 4 timmar.

Vid slutet av de två dagarna utvärderades workshopen med en enkät. Ifyllandet av enkäten var frivillig och svaren anonyma. Frågeformuläret innehöll bl. a. en skrivuppgift: *Skriv helt kort (på 5 minuter) om vad Workshopen's två dagar har haft för betydelse för dig som yrkesperson*. Svaren på skrivuppgiften analyserades



med hjälp av kvalitativ innehållsanalys [9], vilket innebar att de uttrycktes i meningsbärande enheter vilka kategoriserades och tematiserades enligt en metod som tidigare använts för utvärderingen av ett fortbildningsprogram för barnläkarspecialister i öppenvård [10]. Av de 57 deltagare som svarade på enkäten var 39 läkare av vilka 30 var äldre än 35 år.

Resultat

Svaren som framkom på den korta skrivuppgiften om vad workshopen haft för betydelse för deltagarna visar att det finns viktiga områden inom vården som behöver utvecklas. I den kvalitativa innehållsanalysen kunde deltagarnas svar samlas under tre teman:

Det fanns hos deltagarna en *Samsyn* kring berättelsens betydelse inom vården, att se människan som en helhet, inte bara som ett fysiskt objekt.

Deltagarna lyfte också fram värdet av *Att mötas* kring viktiga frågor. Att kunna föra öppna, prestigelösa samtal och uppleva samhörighet. Temat *Vilja till förändring* talar för att deltagarna upplever att omhändertagandet av patienter inom vården har väsentliga brister. Det framkom en önskan om att få öppna upp för nya tankar och perspektiv men också uttryck för mod, kraft och inspiration till att försöka göra vården mera mänsklig.

Den aktuella IV Workshopen i narrativ medicin skulle enkelt kunna beskrivas som ett två dagars arbetsseminarium med författarföreläsningar och samtal, praktiska gruppövningar utifrån texter, konst

och berättelser, och ett musikaliskt framträdande i samband med en middag. Workshopens innehåll och former, för föreläsningar, samtal och gruppövningar, gör emellertid tillsammans workshopen till ett exempel på narrativ praktik. Ett aktivt deltagande i gruppövningarna och väl tilltagen tid för pauser under de två dagarna gav deltagarna möjligheter till samtal, möten och reflektion.

Det övergripande resultatet av utvärderingen visade att deltagarna uppskattade workshopen och att de gärna skulle rekommendera workshopen till en kollega. Spridningen i ålder hos deltagarna talar för att workshopen värdesattes som ett lärandemoment inom såväl grundutbildning som fortbildning. Den stora variationen i yrken visar att den uppskattades av en bred grupp av vårdarbetare.

Diskussion

Den snabba ökningen av medicinska kunskaper under de senaste decennierna har lett till allt mer specialiserade och komplexa behandlingar, vilket resulterat i kraftigt förbättrade medicinska resultat, men också i en ökad risk för fragmentering av omhändertagandet av patienter [11]. Mycket tid och engagemang går åt till att hitta rätt diagnos, rätt vårdprogram och rätt vårdnivå vilket gör att det kan vara svårt att finna utrymme för att lyssna till patienten och få en bild av denne som en "hel människa". För detta krävs tid, engagemang och närvaro. Vi behöver inom vården hitta metoder som hjälper oss och påminner oss om att se patienten som något mer än bara summan av sina organ. Ett sätt behövs att i det dagliga arbetet lyfta fram, diskutera och levandegöra de humanitära och etiska värden som formuleras i våra medicinska och humanitära riktlinjer [12, 13, 14], så att dessa inte bara blir "pappersprodukter" och tomma ord.

Berättelsen är en viktig del i arbetet inom vården. Att lyssna på patienters, närståendes och medarbetares berättelser skapar sammanhang som gör det möjligt att begripa och agera utifrån en helhetssyn som ger liv och mening till både vårdtagare och medarbetare. Motsatsen kan i värsta fall leda till missuppfattningar och allvarliga misstag i behandlingen av patienter, men också till att medarbetare far illa och lämnar vården [15].

Den aktuella utvärderingen av den IV Workshopen i narrativ medicin bör inte betraktas som ett formellt forskningsprojekt utan

som en pilotstudie. Forskningen inom området narrativ medicin och berättelsens betydelse för patienter, vårdarbetare och det kliniska arbetet är fortfarande begränsad. En genomgång av forskningsområdet för några år sedan visar att det saknas en gemensam strukturerad metodik [16]. Det finns ett behov av att utveckla tydliga och specifika protokoll för att kunna studera, och få en fördjupad förståelse för, berättelsens inverkan på medicinsk praxis och patienters liv. Ett möjligt framtida forskningsområde kan vara att studera hur människor skapar sin identitet genom att konstruera berättelser om sina liv, s.k. narrativ identitet [17]. Denna idé uppstod under tidigt 2000-tal och har slagit rot inom både samhällsvetenskap och humaniora. I vårt land har begreppet använts för studier av identitetsutvecklingen hos unga vuxna [18]. Kanske kan en

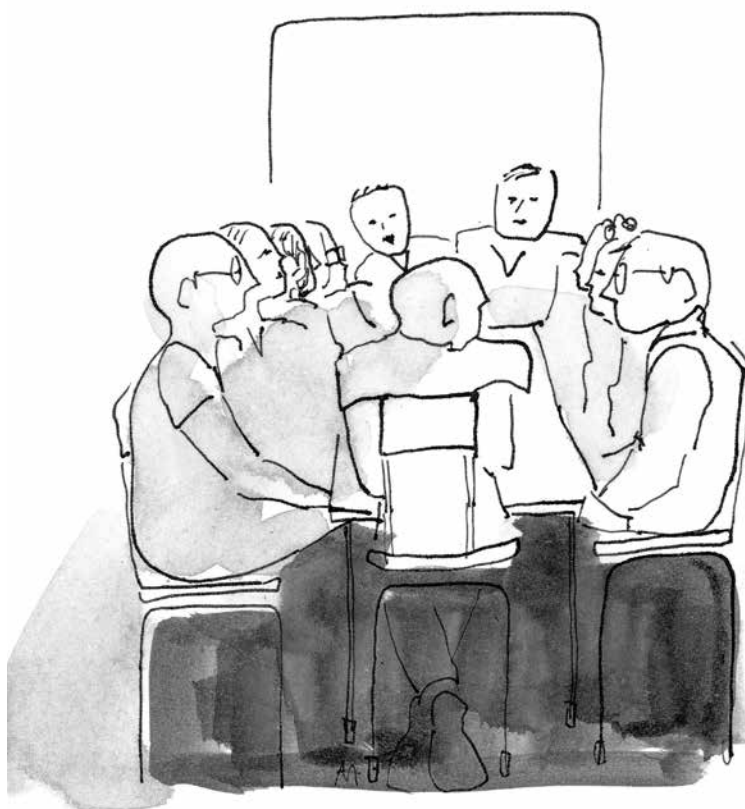


Illustration: Annika Andén

sådan forskningsansats appliceras också på identitetsutvecklingen hos vårdpersonal?

Resultatet av utvärderingen av den IV Workshopen i narrativ medicin talar, trots allt, för att den kliniska vardagen kan utvecklas genom att skapa tid och rum för berättande. Narrativ medicin kan ge vårdpersonalen möjligheter att utveckla sin

kompetens att lyssna till, reflektera över och beröras av patienters sjukhistoria, vilket kan ses som ett sätt att möta hela människan, öka empatin men också effektiviteten i vården.

Jäv saknas för alla författarna.



Daniel Holmgren

Docent, senior studierektor
Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs universitet
Regionala fortbildningsrådet för
specialistläkare, VGR Akademien
daniel.holmgren@vgregion.se



Marie Pervik

Socionom
legitimerad psykoterapeut
Sjukhuskyrkan
Kungälvssjukhus



Ala Mejaddam

ST-läkare i medicin
Sahlgrenska US Östra



Valdemar Erling

Överläkare
Sektionen för Hematologi,
Sahlgrenska US

Referenser:

I e-tidningen kan du klicka direkt på länkarna. Ladda ner appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

- Erling V. Om konsten att runda. I: Kultur och hälsa i praktiken. Sigurdson O, Sjölander A, redaktörer. Kultur och hälsa i praktiken. Göteborg: Göteborgs universitet; 2016. p. 151-74.
- Charon R et al. The Principles and Practice of Narrative Medicine. New York: Oxford University Press; 2017.
- Svensk förening för narrativ medicin. [citerat 1 sept 2020]. <http://narrativmedicin.se/>
- Erling V, Bolin M. Kurs i narrativ medicin och narrativ metod. Svensk förening för Narrativ Medicin. [citerat 1 sept 2020].
- Bornemark J. Det omätbara renässans: En uppgörelse med pedanternas herravälde. Stockholm: Volante; 2018.
- Cavalli-Björkman N. Vård av våra sjukaste: Hur ska doktorn orka? Stockholm: Studentlitteratur; 2014.
- Lemma D. Hemsida. [citerat 1 sept 2020]. <https://www.daniellemma.com/>
- Zaremba M. Huset med de två tornen. Stockholm: Weyler förlag; 2019.
- Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys: Granskär M, Höglund-Nielsen B, redaktörer. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 187-201.
- Holmgren D, Skyvell-Nilsson M, Wekell P. Combining learning for educators and participants in a paediatric CPD programme. BMC Med Educ. 2019 Jan 21;19(1):28.
- Regionala medicinska riktlinjer och rutiner. [citerat 1 sept 2020]. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/varldriktlinjer/styrande-dokument-inom-halso-och-sjukvard/amnesomraden/alla-regionala-medicinska-riktlinjer/>
- FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter. Regeringskansliet 2011. Art.nr: A11.017.
- Konventionen om barnets rättigheter. Regeringskansliet 2017. Prop. 2017/18:186.
- Läkarförbundets etiska regler. Sveriges läkarförbund 2017.
- Wahlberg Å. Second Victims in Swedish Obstetrics. [avhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2018.
- Fioretti C, Mazzocco K, Riva S et al. Research studies in patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. BMJ Open 2016;6: e011220. doi:10.1136/bmjopen-2016-011220.
- Mc Adams DP and Mc Lean KC. Narrative identity. Current Direction in Psychological science. 2013;22: 233-238.
- Eriksson PL, Wängqvist M, Carlsson J, Frisén A. Identity Development in Early Adulthood. Developmental Psychology. 2020. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/dev0001093>

SFAM informerar

Allmänmedicinska webinarier

Under hösten har SFAM:s digitala lunchmöten fortsatt, ofta med en fördjupning senare på eftermiddagen. Många möten har spelats in och kan ses på SLS youtubekanal. <https://sfam.se/foreningen/organisation/sfam-projekt/>

Även WONCA, allmänläkarnas internationella organisation, har börjat med webinarier. <https://www.woncaeurope.org/m/events/webinars>



Annons

Underbehandlas verkligen osteoporos?

Peter Olsson i Jokkmokk reflekterar

FRAX är ett omdebatterat kommersiellt riskbedömningsverktyg för osteoporosrelaterade frakturer. Trots stark kritik finns verktyget fortfarande kvar i såväl nationella som lokala riktlinjer. Eftersom algoritmen är hemlig går det inte att bedöma hur stor en eventuell underbehandling av osteoporospatienter är.

I sina nya riktlinjer för osteoporos påpekar Läkemedelsverket alla de faktorer som FRAX inte tar hänsyn till [5]. "Därför ska alltid en samlad klinisk bedömning göras, där riskvärdet är en del av bedömningen."

I presentationen av riktlinjerna i Region Norrbottens "Behandlingsblad" [6] nämns inte FRAX. Det är dock fortsatt bärande i Regionens Handläggningsöverenskommelse HÖK [7].

Olle Svensson, professor emeritus i ortopedi från Umeå, ifrågasatte Läkemedelsverkets riktlinjer och FRAX hemliga algoritmer i LT [1]. WHO har slagit fast att de aldrig har haft något samöre med FRAX och att de inte kan uttala sig om dess lämplighet [4]. Det framgår även tydligt av FRAX hemsida. Läkemedelsverket avfärdar envist och nonchalant kritiken och svarar inte i sak [8].

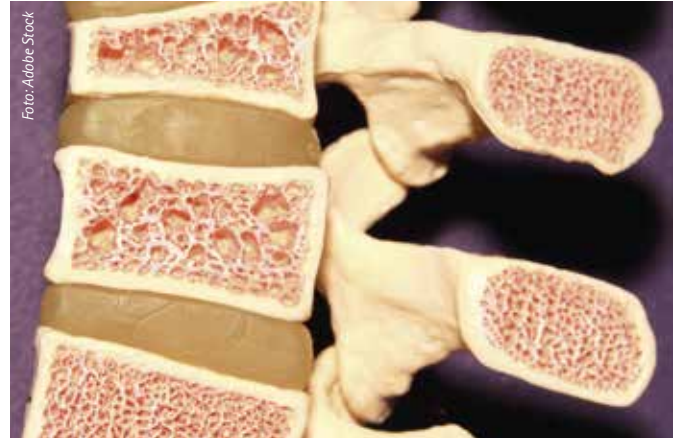
"En hel generation av kvinnor har skrämts upp om benskörhet."

Ett internationellt expertmöte fastslog i ett konsensusdokument att alla beslutsalgoritmer som används i medicinska beslutsstöd ska vara öppet tillgängliga för granskning och kritik [9]. Mikael Hoffman, vd för NEPI och ordförande i Läkarsällskapetets kommitté för läkemedelsfrågor, och Lars Gustafsson, professor klinisk farmakologi, föreslår ett nationellt expertmöte för att myndigheterna inte ska bli offer för ovetenskapliga algoritmer och kommersiella aktörer. Det blir allt viktigare med framtidens digitala kunskapsdatabaser.

Sannolikt kommer det tyvärr inte leda till framgång. Tidigare har myndigheterna gemensamt försvarat de jäviga experternas personliga ekonomiska integritet gentemot krav på öppenhet [10].

Kritiken av FRAX är inte ny. Det påtalades tidigare, bl.a. i samband med SFAM:s presentation 2016 av en svensk version av "choosing wisely". Där avråddes från screening av osteoporos [11]. Förtroendet för specialister och internationella osteoporossällskap fick sig ännu en rejäl törn av Per Aspenbergs rapport i BMJ [12] och Läkartidningen [13] där ett akademiskt möte visade sig vara rådgivande för företag. Deltagarna var författare till nationella riktlinjer.

Jag tror att en förklaring till min egen tveksamhet inför den ibland aggressiva marknadsföringen av FRAX, Dexamätning och bisfosfonater varit just att man skjutit över målet. En hel generation av kvinnor har skrämts upp om benskörhet.



72 % av alla amerikanska vita kvinnor över 64 år och 93 % av dem över 74 år rekommenderas benspecifika mediciner! [14, 15] Jag har inte fått svar på frågan om hur många det skulle gälla i Norrbotten. Finns det en uppskattning av det? Det går väl inte då algoritmen är företagshemlighet. Det kan vi inte veta! Skulle vi behandla tio eller hundra gånger så många som nu sker för att det inte skulle kallas underbehandling?

I behandlingsbladet beskrivs kortfattat för- och nackdelar med behandling i mycket fördelaktiga siffror (NNT/NNH) från de nya riktlinjerna. En helt annan bild ger professor Karl Michaëlsson i Svensk Geriatrik [16]. Han lyfter fram atypiska frakturer och käkbensnekros. I följande nummer svarade Mattias Lorentzon och 27 medförfattare i sak men de gick också till ovidkommande personangrepp [17]. Diskussionen, inklusive Michaëlssons replik [2] klargör hur olika industri och oberoende forskare tolkar data. ➡

Vad är Frax?

FRAX, Fracture Risk Assessment Tool, är ett verktyg som togs fram i syfte att identifiera individer som skulle kunna bli föremål för läkemedelsintervention [1, 2]. De riskfaktorer som valdes var sådana som beräknades kunna modifieras av läkemedelsintervention. Verktyget, som finansierades av åtta läkemedelsföretag och två företag som tillverkar benträthetsmätare, utvecklades vid Sheffields universitet under den period ett WHO-center för metabola skelettsjukdomar var placerat där, och FRAX baseras på data från centret [3]. I motsats till vad som dyker upp vid googling stod WHO aldrig bakom projektet som sådant [4]: "By this statement, the World Health Organization wishes to make clear that the FRAX® tool to evaluate fracture risks of patients is not a 'WHO tool' and has not been developed, endorsed, evaluated or validated by WHO, notwithstanding any public statements and claims to that effect."

Mattias Lorentzon, professor i geriatrik, har förekommit mycket i mediakampanjer och är en av tre författare till "en praktisk handbok" Osteoporos och frakturrisk [18]. Där presenteras FRAX (s. 43–47), men det nämns inte att WHO tagit avstånd. Industrin kan inte ha något att invända mot innehållet i boken.

"Skulle vi behandla tio eller hundra gånger så många som nu sker för att det inte skulle kallas underbehandling?"

En enkel slagning på de tre författarna i LIF:s samarbetsdatabas [19] visar på sexsiffriga ersättningar från företag i branschen till experternas egna privata bolag. Databasen är en för mottagarna frivillig redovisning av ersättningar från industrin, just en sådan databas som myndigheterna motsatte sig [20].

Vår HÖK (handläggningsöverenskommelse) har fortsatt

FRAX som bärande moment [7]. Hur kan seriösa endokrinologer och ortopedier försvara det?

Däremot finns vårt VIS-dokument om "frakturkedja", där instrumentet utesluts [21]. Det är möjligt att det är en framkomlig väg att rikta behandling på ett mera rationellt och avgränsat sätt. Det kan jag tro som praktisk verksam allmänmedicinare som ska orientera mig i olika riktlinjer som företräder så olika ekonomiska intressen.

När Läkemedelsboken ännu gavs ut som fysisk bok efterlyste jag jävsdeklarationer specifikt för osteoporos avsnittet. Då ändrades, kompletterades, texten om biverkningar i den elektroniska versionen. Det var ett tidsmässigt samband, inte nödvändigtvis kausalt.

Eller, för att avslutningsvis citera Woody Allen: "Att man är paranoid utesluter inte att man är förföljd".

Peter Olsson
Jokkmokk

peter_olsson@hotmail.com



Referenser:

I e-tidningen kan du klicka direkt på länkarna. Ladda ner appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

- Läkemedelsverkets rekommendation håller inte måttet. Läkartidningen.se 23.7.2020, uppdaterad 27.7.2020. Läst 26.10.2020 <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/07/lakemedelsverkets-rekommendation-haller-inte-mattet/>
- Michaelsson K. Klarsynhet krävs för att bedöma evidensläget för att förebygga frakturer hos äldre. Svensk Geriatrik 2018;2:31-34. <https://drive.google.com/file/d/1L7mF-7ZwkXNoWqhJqYHbGIUlobQCzXU/view>
- Välkommen till FRAX. University of Sheffield. Läst 28.10.2020 <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/index.aspx?lang=se>
- Ford NN, SL, Hill SR. Clarifying WHO's position on the FRAX tool for fracture prediction. Bull World Health Organ. 2016;94(12):862. <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/12/16-188532/en/>
- Läkemedel vid osteoporos för att förhindra benskörhetsfraktur 2020. Behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 30.4.2020. Pdf. <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation-osteoporos.pdf>
- Osteoporos – ett underbehandlat tillstånd. Behandlingsbladet. Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté - NLK. NLL Plus 3.9.2020. Pdf. <https://www.nllplus.se/publika/lg/verk/LE/Behandlingsbladet/2020/Behandlingsbladet%20nr%203%202020.pdf>
- HÖK Osteoporos. Allmänläkarkonsulterna Norrbottens läns landsting. Godkänt 8.4.2019. Pdf. <https://vis.nll.se/process/ward/Dokument/>
- vard/Vardrutiner/Diagnos/ICD10/HÖK%20osteoporos.pdf
- Replik från Läkemedelsverket: FRAX är bara en del av bedömningen. Läkartidningen 23.7.2020, uppdaterad 27.7.2020. Läst 26.10.2020 <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/07/replik-fran-lakemedelsverket-frax-ar-bara-en-del-av-bedomningen/>
- Hoffman M, Gustafsson L L. Ta fram en långsiktig nationell plan för digitala kunskapsdatabaser. Läkartidningen.se 4.9.2020, uppdaterad 9.9.2020. Läst 26.10.2020 <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/09/ta-fram-en-langsiktig-nationell-plan-for-digitala-kunskapsdatabaser/>
- Inte aktuellt med databas för jäv. Läkartidningen.se 1.11.2011 Läst 27.10.2020 <https://lakartidningen.se/debatt-och-brev/2011/11/inte-aktuellt-med-databas-for-jav/>
- SFAM gör lista över åtgärder som är onödiga. Läkartidningen.se 2014-06-26. Läst 27.10.2020 <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2014/06/sfam-listar-onodiga-atgarder/>
- Aspenberg P. How I was nearly duped into "authoring" a fake paper. BMJ 2015;351:h6605 <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h6605.full.print>
- Aspenberg P. Akademiskt »möte« visade sig vara rådgivarmöte för företag. Läkartidningen.se 30.12.2015 Läst 27.10.2020 <https://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2015/12/Forskare--marknadsforare/>
- Svensson, O. Kräv att FRAX-algoritmer publiceras öppet! Läkartidningen.se 3.8.2020 <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/08/slutreplik-krav-att-frax-algoritmerna-publiceras-oppet/>
- Donaldson MG, Cawthon PM, Lui LY, et al; Study of Osteoporotic Fractures. Estimates of the proportion of older white women who would be recommended for pharmacologic treatment by the new U.S. National Osteoporosis Foundation Guidelines. J Bone Miner Res. 2009;24(4):675-80.
- Michaelsson K. Att förebygga frakturer hos äldre. Svensk Geriatrik 2018;1:28-31. <https://drive.google.com/file/d/1pB-UCYNrci9gtiLcZ9enBXgqIIrSFdv/view>
- Lorentzon M et al. Evidensbaserade metoder för att förebygga frakturer hos äldre. Svensk Geriatrik 2018;2:26-30 <https://drive.google.com/file/d/1L7mF-7ZwkXNoWqhJqYHbGIUlobQCzXU/view>
- Wallander M, Lorentzon M, Kindmark A. Osteoporos och frakturrisk. En praktisk handbok. Studentlitteratur 2017. ISBN 9789144113814
- Samarbetsdatabaser. Etik, LIF.se. Läst 1.11.2020 <https://www.lif.se/etik/samarbetsdatabaser/>
- Inte aktuellt med databas för jäv. Läkartidningen.se 1.11.2011. Läst 27.10.2020 <https://lakartidningen.se/debatt-och-brev/2011/11/inte-aktuellt-med-databas-for-jav/>
- Osteoporosbehandling vid redan inträffad fraktur eller kortisonbehandling 3 månader. Vard 5-7147, 2.0, Vardrutin, Region Norrbotten. Godkänt 3.3.2020. Pdf. <https://vis.nll.se/process/ward/Dokument/ward/Vardrutiner/Diagnos/ICD10/Osteoporosbehandling%20vid%20redan%20intraffad%20fraktur%20och%20eller%20kortisonbehandling%20mer%20an%203%20manader.pdf>

SFAM:s råd för hållbar diagnostik och behandling: <https://sfam.se/foreningen/radet-for-hallbar-diagnostik-och-behandling/>

Just do one på hudmottagningen

Tumörmottagning står det på schemat. De är tre studenter på en läkare. Och totalt är det väl deras andra förmiddag i livet på hudkliniken. Om den första ens kan räknas. Den bestod mest av rundvandring bland badkar och solarier. Här står de i alla fall nu, redo att se hur en hudspecialist jobbar. Tji får de när läkaren snart säger: "Vi har fyra patienter idag, vem vill ta vem?" Innan hon skickar in dem till varsin patient påminner hon om att fråga om immunsupprimerande läkemedel, solvanor och hereditet för hudtumörer. Okej. Och juste, hon brukar börja med hårbotten när hon undersöker hudkostymen och sedan jobba sig nedåt. Allt ska undersökas. Alla veck!

Inne hos patienten presenterar hon dem som "snart färdiga läkare" innan hon stänger dörren efter sig och försvinner ut. "Tillbaka om en kvart". Okej. De känner sig knappast som snart färdiga läkare där de står kvar framför patienten. De kan ju ta anamneser. Men vad ska man tänka på när man tar just en hudanamnes? Och de har ju lärt sig undersöka mycket. Kan lyssna på hjärtan och lungor, känna på leder och lymfkörtlar. Men hur tänker man när man undersöker hudkostymen egentligen? Förutom att man ska börja i hårbotten och arbeta sig nedåt? (Och inte glömma vecken). De är lite rädda för vecken. Förväntas de klä av patienten underkläder också? Det har de aldrig gjort tidigare. Följdfråga: hur kan de på bästa sätt dölja hur obekväma de skulle



Illustration: Annika Andén

vara inför det faktumet? Snart färdiga läkare var det ja. See one, do one, teach one. Or just ... do one.

Efter att de för första gången i livet försökt sätta sig in i rollen som hudläkare och tagit sin anamnes är det dags att undersöka. Hudläkare undersöker med dermatoskop. Fram tills nyligen visste de inte ens hur ett sådant såg ut. Snart har

en av dem spritat linsen så som läkaren gjorde för en stund sedan och den andra står med det i handen redo att undersöka något. Dock misslyckas de med att sätta på dermatoskopet och står båda en stund och fipplar med knappar, vrider och vänder. Patienten verkar inte syna deras bluff. Eller så bluffar han själv. Som de snart färdiga läkarna de är får de till slut igång lampan och undersökningen kan börja. Första patienten är skallig och har en utbredd solskada på hjässan. De ögnar sig igenom hela kroppen, ber honom lyfta på armarna så de kan kika i armhålorna och tar av strumporna så de kan undersöka fotsulor och kolla mellan tårna. Från topp till tå. Precis som de skulle. Dock struntar de i underkläder. Det går bara inte! Hittar inte ens orden.

Läkaren kommer tillbaka och undersöker hon med. De ser hur hon gör och försöker absorbera så mycket de bara kan. Hur hon ber patienten ta av sig underkläder på det där självklara okonstlade viset som de snart också lärt sig. Det är uppenbarelsernas eftermiddag; Aha! Det kan vara bra att känna också när man undersöker huden, inte bara titta med ögonen. Till nästa patient, en tysk yngre man, tar de med sig denna nya lärdom. Inte bara titta – känna. Han är lång och smal. Och har hår på skallen. Vad tusan, ser ju ingenting? De känner runt lite med fingrarna mellan hårstråna. Så där ja! Vidare till ryggen. Glöm nu inte händerna också.... Medan den undersökande handen dras över patientens rygg slås de av



Vem är Hanna Bielawska Bokliden

Jag kommer från Stockholm och flyttade till Lund för 5,5 år sedan för att plugga till läkare. Här i Skåne har jag blivit kvar. Efter att jag tog examen i juni har jag vikat som underläkare på medicinkliniken i Malmö. Till våren börjar jag AT vilket jag ser fram emot! På fritiden ägnar jag mig åt friluftsliv och allra helst vandring i svenska fjällen.

Jag skrev texten under min placering på hud under termin 7. Att se sig själv som läkare tar tid tycker jag. Speciellt den första tiden som student kändes läkarrollen väldigt främmande och jag hade lättare att se och tänka utifrån patientperspektivet. Ofta hade jag känslan av att jag var en bluff som patienten snart skulle syna. Jag tror det var mycket sådana känslor jag hade när jag skrev texten. Det, samt komiken som kan uppstå ur många sådana "första gången"-situationer. Det lustiga och absurda som man bara känner själv och kanske inte kan dela med någon i rummet just då, eftersom det inte hade varit särskilt passande. Det behövde jag nog få ur mig på något sätt vilket resulterade i denna text.

frågan. Hur känner en hudläkare på en patients nakna kropp egentligen?

I deras tidigare liv, innan denna stund när de står som hudläkare med sina händer på en nästan naken mans kropp, har händer på en naken kropp inneburit något helt annat. Det är så deras händer är vana att röra vid någon annans kropp. Men hur ska de göra med händerna nu, nu när de är hudläkare? Kan de vara säkra på att deras händer agerar som professionella hudlä-

karhänder mot den tyska mannens hud, och inte händer som tar på en naken hud av helt andra anledningar? Det kan de inte vara säkra på. Och när de undersökande händerna letar sig upp längst med låret är det ytterst tveksamt. De behåller poker face. Hoppas att han varken sett eller känt deras tankar. Säger att undersökningen är klar och kallar på den riktiga läkaren. Tänker att det här måste det övas på. Är ju ändå snart färdiga läkare.

En skavande känsla håller sig kvar när de lämnat rummet. Känslan av att i det tillstånd de nu befinner sig i, verkar gränsen mellan patient och läkare stundtals vara alldeles obehagligt hårfin. Resan därifrån har börjat.

Jäv saknas.



Hanna Bielawska Bokliden
Vik. underläkare

Medicinkliniken, Malmö
hanna.bokliden@gmail.com

Skrivartävlingen för studenter och AT-läkare är ett samarrangemang mellan Svensk Förening för Medicinsk Psykologi (SFMP) och Svenska Läkaresällskapet Kandidat- och underläkarförening (KUF).



Svenska
Läkaresällskapet

KANDIDAT/UNDERLÄKARFÖRENINGEN

Genomskådande skrivet om corona medan det pågår

Tidskriften The Lancet har en bred syn på hälso- och sjukvård. De har ett internationellt perspektiv i sina ledare, publicerar alltid artiklar om medicinsk humaniora och kommenterar sjukvårdens organisation i olika länder. Utöver det tar de in tre vetenskapliga artiklar per nummer och det är synnerligen höga krav för att bli publicerad.



Dr Richard Horton, redaktör för tidskriften The Lancet.

The Lancets redaktör Richard Horton är drivande i dessa frågor. Nu har han publicerat en bok – *"The covid-19 catastrophe"* – om de första 3–4 månaderna av coronapandemin. Hans fokus är på den vetenskapliga och politiska reaktionen på covid-19, kritiken faller hårt mot många.

Så här beskriver Horton infektionens utveckling i början. Covid-19, som den kom att bli kallad i januari 2020, uppenbarade sig redan i början av december 2019. Under den decembermånaden kom nästan ingen information utanför en liten grupp i Wuhanområdet. I slutet av månaden började sjukdomsfallen bli allt fler, och plötsligt kunde kinesiska myndigheter inte undanhålla fakta om läget. Nu kommer i snabb följd PCR-testet (30 december) och gensekvensen av coronaviruset (12 januari) som omedelbart publiceras och tre vetenskapliga artiklar i The Lancet (24 och 31 januari). Artiklarna, skrivna av kinesiska forskare, beskriver symtomen, prognosen och varnar för att en spridning över världen redan har ägt rum. Första fallen i Frankrike och Tyskland inträffar i slutet av januari.

De kinesiska forskarnas uppmaning till ansvariga politiker resulterade inte i något mer kraftfullt svar i stora delar av världen förrän en bit in i mars. Redan den 18 februari vidtar Taiwans regering kraftfulla åtgärder. Det spelade säkert in att man hade erfarenhet från Sars1-epidemin 2003 och kanske att vicepresidenten är epidemiolog.

De stora länderna i Europa vidtar mycket kraftfulla infektionsspridningsbegränsande åtgärder (s.k. lockdowns) först 9–24 mars. Sist av alla är Hortons eget Storbritannien. Horton

anklagar både Storbritanniens vetenskapliga etablissemang och ledande politiker för passivitet och nonchalans. När Europas länder reagerar är det för sent, coronavirus är redan allmänt spritt. Horton noterar att Sverige väljer en något annorlunda väg att begränsa smittspridningen. I juni månad är Hortons dom hård över Sveriges strategi. Kanske kan den domen komma att mildras så småningom?

Man kan ändå hysa en viss förståelse för denna medicopolitiska saktfärdighet. Att politiker ska besluta om kraftfulla åtgärder när det bara finns enstaka sjukdomsfall blir en svår sak att förklara för en befolkning där alla möjliga känslor väcks, allt från rädsla till bagatelliserande. När dödsfallen börjar komma blir situationen annorlunda, regeringars åtgärder får legitimitet.

Ändå kan man som Richard Horton beklaga att forskares varningar inte når fram. Här finns också ett ansvar hos forskare, kanske en oförmåga att kommunicera, en oförmåga att transformera sin medicinska kunskap till kraftfulla förslag om politisk handling och kanske också bristande intresse för att nå utanför en renodlad medicinsk kontext.

WHO är det samverkansorgan som ska agera när pandemier är på gång. Den 30 januari utfärdade WHO en s.k. PHEIC (Public Health Emergency of International Concern). Då var saken uppenbar för åtminstone hälsoansvariga. Inte mycket hände, och WHO tog inte tillräckliga egna initiativ för en samlad internationell aktion. Länder kom att agera var och en för sig och kraften blev betydligt svagare. Saken försvårades av att USA i april drog sig tillbaka från WHO under förevändningen att WHO var styrt av kinesiska intressen. Richard Horton häpnar över den amerikanska ansvarslösheten.

Människor reagerar olika på en epidemisk fara. Albert Camus har gestaltat olika förhållningssätt på ett konkret sätt i sin roman "Pesten" från 1947. Den kunskapskällan kunde tjänat som en bas för ett gemensamt handlande.

Europeiska länders sjukvårdsbudgetar har beskurits senaste 15–20 åren. Många länder visade sin bristande sjukvårdskapacitet i mars och april. I Sverige var det inte lika illa. Det land som stod bäst emot var Tyskland vars hälso- och sjukvårdssystem visade bättre effektivitet. Storbritanniens sjukvård får i Hortons tolkning skamligt dåligt betyg – inte minst i bristen på skyddsutrustning, och därmed sammanhängande sjukdoms- och dödsfall hos sjukvårdspersonal.

Varför är samhällena så oförberedda på pandemier? Ulrich Beck skriver redan 1986 i sin bok *Risk society* att vetenskapen är inkapabel att reagera med kraft på risker genom sitt smala spe-

cialiserade synfält. Det synfältet har bestått som smalt sen dess.

För Richard Horton och The Lancet innefattar hälsa också de sociala förhållanden som människor lever under. Denna syn på hälsa har ju blivit tydliggjord under pandemin genom att människor i sämre ekonomiska förhållanden drabbats hårdare.

Genom att nya virus som drabbar människor alltid har ett ursprung i djurvärlden får nu kanske begreppet *One Health* en starkare ställning. Begreppet innebär att djurs och människors hälsa och sjukdomar hänger ihop och att kunskaper från olika fält måste sammanföras för att både människors och djurs hälsa ska skyddas.

Richard Horton hoppas på att coronapandemin ska få oss att vara bättre förberedda vid nästa pandemi. Han betonar vikten av "vetenskaplig litteracitet" (*science literacy*). Enkelt förklarat innebär det att tänka kritiskt utifrån tillgänglig forskning. För allmänläkare borde det vara en ledstjärna. Tillsammans med att vårda den personliga relationen till patienterna är det kritiska tänkandet fundamentalt för att ge en bra vård och ett memento till den som bara ställer frågan "hur ska man göra?" och där förlorar sin kritiska blick.

Denna korta bok är skriven när pandemin pågår som värst. Den är en rapport där den senaste kunskapen saknas men där blicken över hur kunskap växer fram är desto starkare.

Björn Landström

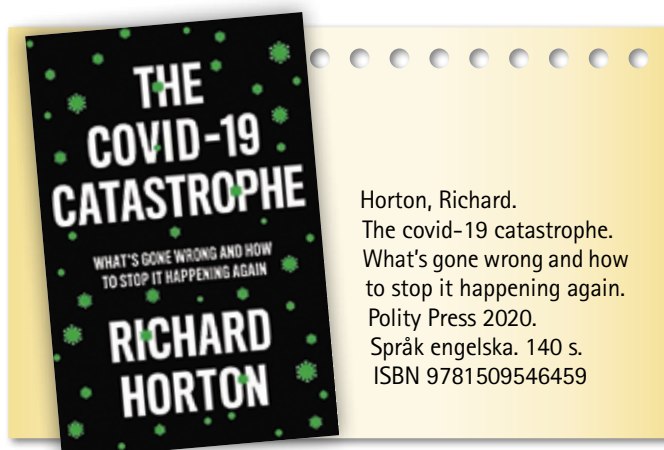
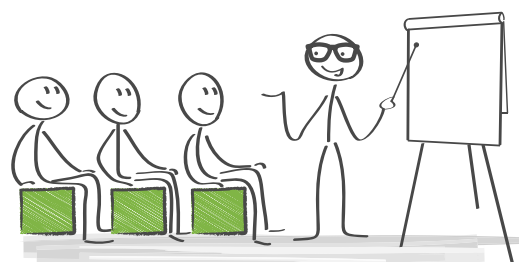
Verkställande direktör
Skaraborgsinstitutet för forskning och utveckling, Skövde
bjorn.landstrom@sfam.se



AllmänMedicin informerar

Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida: sfam.se/tidskriften "för kursgivare".



Horton, Richard.
The covid-19 catastrophe.
What's gone wrong and how
to stop it happening again.
Polity Press 2020.
Språk engelska. 140 s.
ISBN 9781509546459

Det som förloras – vad kan vi offra under en pandemi?

Ett norskt perspektiv

Fara för allvarlig sjukdom och död har utlöst ännu mer dramatiska åtgärder under coronaepidemin i Norge än i Sverige. Färre än i Sverige har dött men många har drabbats på andra sätt. Det gäller särskilt de mest sårbara, inklusive barn och unga. Många har berövats närhet och beröring, trygghet, inkomster och autonomi. I det ekonomiska språk som används för att beskriva problemen oroas man över minskande ekonomisk tillväxt.

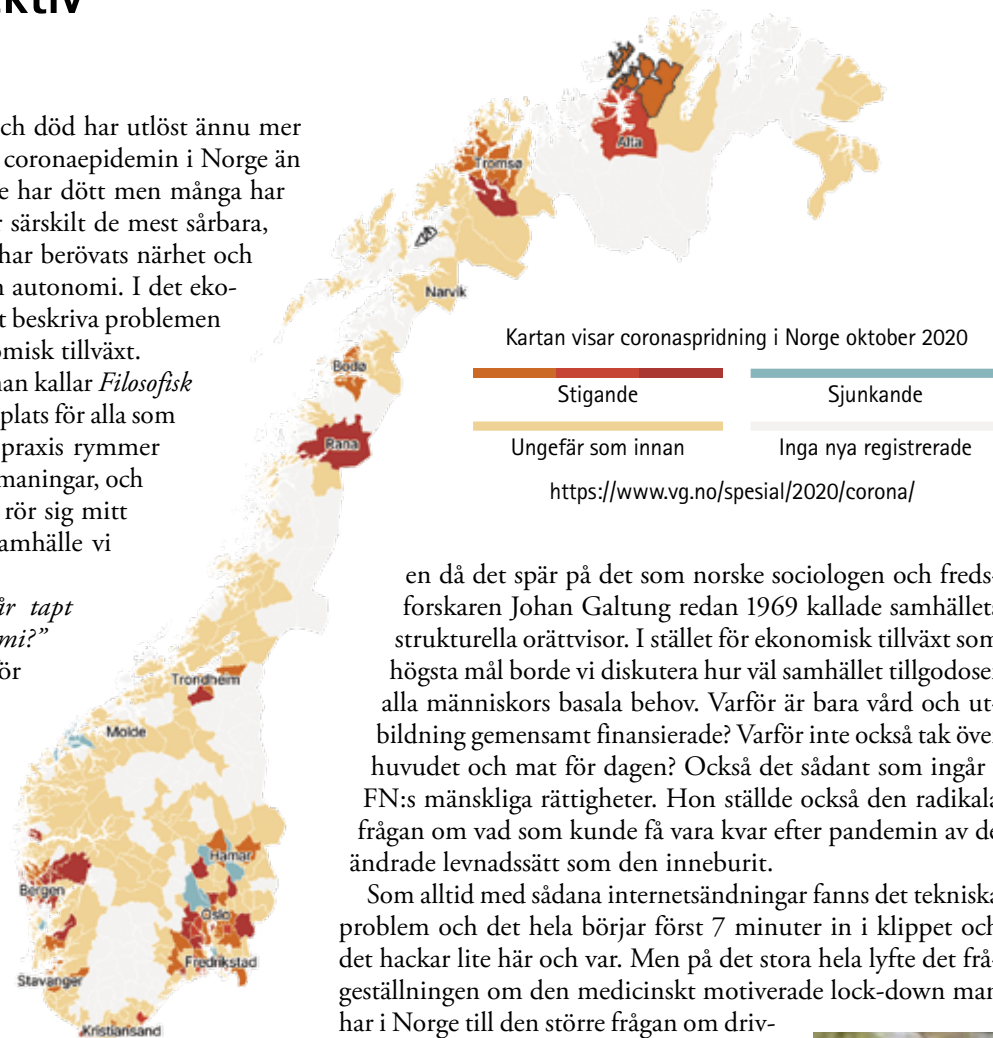
I norska Bergen finns det som man kallar *Filosofisk poliklinikk*. Det vill vara en "mötesplats för alla som ser att medicinskt tänkande och praxis rymmer paradoxer, dilemman och etiska utmaningar, och att den medicinska debatten ofta rör sig mitt i den svåra debatten om vilket samhälle vi vill ha."

Under rubriken "*Det som går tapt – vad kan ofres under en Pandemi?*"

diskuterade bland andra den för svenska allmänläkare välkända brittiska GP:n Iona Heath med sin norska kollega och diskussionsledare Stefán Hjörleifsson. Andra deltagare var Ingrid Kiær från norska kyrkans stadsmission som gav tre exempel på hur åtgärderna under pandemin slagit mot samhällets olycksbarn. Den disputerade ekonomen Tone Smith diskuterade de ekonomiska frågorna.

Iona Heath pekade på att man nu i UK har normala dödstal sammantaget sedan i början av juni, men att man trots detta inte släpper på de drastiska åtgärderna som bland annat lett till en polarisering mellan generationerna. De som är över den "bibliska livslängden 70" isoleras i "isoleringsceller" i en situation där det verkar vara OK att dö av allt annat än av just covid-19. Hon berättade om den man som varje dag varit på institutionen hos sin dementa fru och matat henne. När han plötsligt portades avled frun inom en vecka. Hans saknad var stor och hans uppfattning var att frun dött av isolering och inte av covid-19. Iona tycker att de isoleringar som liknar de som de svåraste förbrytarna utsätts för borde prövas utifrån perspektivet av brott mot mänskliga rättigheter.

Tone Smith kom med ett radikalt ifrågasättande av det ekonomiska system som bygger på ekonomisk tillväxt som det högsta måttet på framgång i ett samhälle. Tillväxten skapar klimatproblemen och ökar dessutom lidandet i covidisolerings-



en då det spär på det som norske sociologen och freds-forskaren Johan Galtung redan 1969 kallade samhällets strukturella orättvisor. I stället för ekonomisk tillväxt som högsta mål borde vi diskutera hur väl samhället tillgodoser alla människors basala behov. Varför är bara vård och utbildning gemensamt finansierade? Varför inte också tak över huvudet och mat för dagen? Också det sådant som ingår i FN:s mänskliga rättigheter. Hon ställde också den radikala frågan om vad som kunde få vara kvar efter pandemin av de ändrade levnadssätt som den inneburit.

Som alltid med sådana internetsändningar fanns det tekniska problem och det hela börjar först 7 minuter in i klippet och det hackar lite här och var. Men på det stora hela lyfte det frågeställningen om den medicinskt motiverade lock-down man har i Norge till den större frågan om drivkrafter i vårt samhälle. Jag tyckte det var tankeväckande minuter som muntrade upp i den lite dystra covidstid vi lever i.

Lars Englund
Jakobsgrändarnas vårdcentral, Borlänge
englund1@telia.com



Länkar:

I e-tidningen kan du klicka direkt på länkarna. Ladda ner appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

Filosofisk poliklinikk <https://filosofiskpoliklinikk.no/>

Mötet finns på Youtube. Det varar i 90 minuter.
<https://youtu.be/Z6ZhCKbQicY?t=445>

Annons

Behandling av opioidmissbrukare – inte för primärvården

S om chefredaktör fick jag en inbjudan till ett utbildningswebbinarium anordnat av ett läkemedelsföretag. Kan det vara 40 år sedan sist? Allmänläkarna blev ointressanta som målgrupp när Läkemedelskommittéer och Månadens vara tog över. Efter påstötningar tackade jag ja. I min pensionärstillvaro glömde jag bort tiden och missade gruppdiskussionerna. Jag har här utgått från slides.

Inbjudare var Indivior, ett läkemedelsföretag som säljer läkemedel med buprenorfin. Ämnet för var *How to address the crisis of increasing opioid use in Europe*. Målgruppen var journalister som skriver för medicinsk press. Elva tidningar deltog, varav två från Sverige.

Markus Heilig, professor i neuropsykiatri vid Linköpings universitet, inledde med att tala om opioidberoende som en potentiellt dödlig sjukdom som framgångsrikt kan behandlas. Han redogjorde också för sina jäv.

Globalt finns 40 miljoner opioidberoende. Sverige ligger bland de lägsta, med 100–250 per 100 000 invånare. Dödligheten är många gånger högre än för alkohol. Det är bara en liten del av användarna som utvecklar beroende, där genetiska och miljöfaktorer påverkar.

Kostnaderna för en opioidmissbrukare är höga, för utebliven produktivitet, sjukvård och kriminalvård. Kostnaderna för metadonbehandling är i detta sammanhang negligerbara. Behandling med agonist minskar dödligheten kraftigt. Vad som behövs är uppsökande verksamhet, behandling och social integration.

Dr Rosemarie Delaney från Indivior påpekade att opioidmissbruk globalt sett är en större sjukdomsburda än bröstcancer. Underhållsbehandling är mycket kostnadseffektiv, men endast hälften av Europas opioidmissbrukare får tillgång till den. Enligt EU:s handlingsplan mot droger är tillgången till läkemedelsassisterad behandling allt för begränsad.

År 2018 fick 4 000 personer i Sverige substitutionsbehandling. Enligt dr Delaney är tillgängligheten alldeles för låg. I flera länder, Sverige inräknat, får man behandlingen vid specialistmottagningar. I Frankrike och Tyskland är det som regel allmänläkarna som erbjuder den. Många patienter behandlas med doser som är för låga för att hålla dem borta från droger från annat håll. Metadon och buprenorfin är de preparat som används.

Vad gäller i Sverige?

I regeringens ANDT-strategi 2016–2020 är ett av målen att antalet personer som dör och skadas av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.

Sedan 2016 kan även personer som är beroende av smärtstillande läkemedel få läkemedelsassisterad rehabilitering (LARO) med buprenorfin eller metadon samt psykologiskt och socialt stöd. Ordinerande läkare ska vara specialistkompetent i psykiatri eller beroendemedicin. De tre första månaderna ska läkemedlet intas på vårdinrättning.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd 2019 är samverkan och



Illustration: Katarina Liljequist

brukarinflytande viktigt. Naloxon ska ges till opioidberoende personer med risk för överdos. Buprenorfin har blivit förstahandsvalet före metadon på grund av mindre andningspåverkan. I undantagsfall kan depåbehandling med naltrexon erbjudas.

Dödligheten hos svenska opioidmissbrukare är hög, oftast i överdos men även suicid. Uppsalas metadonprogram från 1966 är ett av de äldsta i världen. Både metadon och buprenorfin har hittat ut på svarta marknaden. Idag har blandberoendet ökat, vilket försvårar behandling. LARO finns på ett fåtal platser. Utredning och behandling är komplicerat och platsar bäst på specialistklinik.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Länkar:

I e-tidningen kan du klicka direkt på länkarna. Ladda ner appen AllmänMedicin eller gå via sfam.se.

- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Översyn 2019. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16-sammanfattning-av-nya-rekomendationerna.pdf>
- Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2020-3-6607 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-3-6607.pdf>
- Eriksson, Tobias. Laroboken. Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende. Ett beslutsstöd vid utredning och behandling. Beroendemedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala 2017 <https://www.akademiska.se/contentassets/8abcf46c866743a28c0f4471c799ab71/klinisk-handbok-laro-2018-01-03.pdf>

Noll alkohol bäst även för äldre

Bakom rapporten *Alkohol och äldre* står Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, IOGT-NTO och Centrum för utbildning och forskning kring riskbruk, missbruk och beroende (CERA) vid Göteborgs universitet.

I Sverige har alkoholkonsumtionen bland äldre ökat, både i absoluta tal och i jämförelse med andra åldersgrupper. Dödligheten bland äldre har minskat, samtidigt som antal levnadsår med sjukdom har ökat. Risken som alkohol innebär läggs ovanpå de naturligt ökade riskerna för sjukdom.

Minskad muskelmassa innebär minskad mängd vatten i kroppen och därför högre alkoholhalt i blodet. Koncentrationen av det cancerframkallande ämnet acetaldehyd, som bildas när kroppen



bryter ner alkohol, ökar också, liksom stresshormonerna. Alkohol ökar risken för läkemedelsbiverkningar.

I rapporten går man noga igenom forskningsläget och tittar på total dödlighet, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, cancer, demens och kognitiva funktioner, akuta skador, trafikolyckor, fallolyckor, fysisk och psykisk misshandel, depression samt alkoholberoende.

Antalet dödsfall hos äldre på grund av sjukdomar som enbart orsakas av alkohol har ökat med 30 procent mellan 2000 och 2016. Skrumplever har ökat med mer än 100 procent. Mellan 1970 och 2016 har antalet fall av cancer i åldersgruppen 65-85 ökat med 50 procent.

Antalet studier ökar som visar att alla nivåer av alkoholkonsumtion är skadligt för den kognitiva funktionen. Risken för sjukdom och olycksfall ökar av små mängder alkohol.

Studier på yngre åldersgrupper som följts upp i hög ålder visade inga belägg för att alkohol skulle vara skyddande för hjärtat. Författarnas slutsats är att måttlig alkoholkonsumtion är ett *tecken på god hälsa*, men inte att den *orsakar* god hälsa.

Avslutningsvis rekommenderar man äldre att totalt avstå från alkohol. Detta gäller framför allt dem som har leversjukdom, magsår, ojämn hjärtrytm, kör bil, har kognitiva problem, riskerar att falla, har dålig balans, eller tar psykoaktiv eller lugnande medicin.

För dem som fortsätter dricka föreslår man en gräns på ett standardglas per dag och högst två standardglas på en och samma dag. De flesta äldre skulle förbättra sin hälsa om de minskade sin alkoholkonsumtion.

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se



Länkar:

- SFAM:s nätverk för riskbruk. <https://sfam.se/natverk-for-riskbruk/>
- SFAM:s råd för sköra äldre <https://sfam.se/foreningen/radet-for-skora-alldre-i-primarvarden/>

Kommunikationsstöd vid afasi

Afasiförbundet har översatt ett visuellt kommunikationsstöd för personer med afasi som kan användas i samtal med personal i hälso- och sjukvården.

Personer med afasi har ofta svårt att hitta orden, förstå tal samt att läsa och skri-

va. Med hjälp av kommunikationsstödet kan man visa på vanliga besvär, som exempelvis depression, sömnsvårigheter och olika typer av smärta. Det lämpar sig därför väl i kontakt med till exempel primärvård och hemtjänst.

Materialet kan laddas ned eller beställas mot porto på www.afasi.se.



Anders Anell: Två vårdnivåer i primärvården

Anders Anell, professor vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet, har ett gott renommé hos SFAM efter att ha skrivit rapporter om bland annat ersättningsmodeller. Nu har han författat en rapport om vårdens styrning. Referensgruppen var spretigt sammansatt med 22 organisationer varav två nätläkarbolag.

Anell konstaterar att de reformer som införts sedan 1980-talet inte varit framgångsrika när det gäller utveckling av arbetsformer och arbetsmiljö. Den statliga styrningen har framför allt varit riktade statsbidrag för särskilda satsningar vilket lett till kortsiktighet och fragmentisering. Staten ägnar sig åt problem som regionerna borde lösa, samtidigt som regionerna försöker lösa nationella problem. Styrning måste även utgå underifrån, från professionella drivkrafter och lokalt utvecklingsarbete. När det gäller primärvården konstaterar han att primärvårdens roll har urholkats i brist på övergripande beslut.

Den statliga finansieringen ska öka och inriktas på långsiktiga investeringar och stöd för omställning. Kortsiktiga öronmärkta insatser ska minska. Detta bör leda till mer likvärdiga insatser över landet. Även ersättningssystemen och privata sjukvårdsförsäkringar diskuteras.

Anell anser att digitalisering ger förutsättningar för ökad

Anell, Anders. Vården är värd en bättre styrning. SNS 2020.
<https://sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/08/vrden-r-vrd-en-bttre-styrning.pdf>



personcentrering och utveckling av arbetsformerna och därmed följande ökad produktivitet. Han betonar vikten av att anpassning och utveckling måste ske underifrån, i en lokal process. Det är där vinsterna uppstår.

Anell har ett förslag som inte tidigare diskuterats. Han föreslår två vårdnivåer i primärvården. Den ena är för vård som kan klaras huvudsakligen på distans, med fysiska besök vid behov. Den andra vårdnivå riktar sig till äldre och andra med remiss och innebär listning på fysisk mottagning. Kraven på bred kompetens, kontinuitet, fast vårdkontakt och samverkan med andra vårdgivare ska vara högre.

Avslutningsvis menar han att vägen till framgång är ”många små förändringar inom nuvarande institutionella ramar”. Det kan dock leda till stora förändringar.

Ingrid Eckerman, Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Befolkningen och kontinuiteten

Vårdanalys (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) har i en befolkningsenkät frågat om synen på kontinuitet i vården. Kontinuitet beskrivs på flera sätt: relationskontinuitet, informationskontinuitet, samordning, delaktighet, tillgänglighet.

Det fanns olika preferenser för vilken kontinuitet som värderades högst: delaktighet, fast kontakt eller kort väntetid även till icke-akuta besök.

I rapporten tittar man på olika sätt att öka patientens upplevelse av kontinuitet. Det finns flera exempel på att det inte räcker med att få en namngiven läkare. Den som har rollen som patientens fasta kontakt måste också ha möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt.

Personer med flera långvariga sjukdomar upplever delaktigheten sämre än dem som har en långvarig sjukdom. Anledningen kan vara att vårdens kunskapsstyrning och organisation utgår från enskilda diagnoser.

Arbetsätt som stödjer kontinuitet är t.ex. många vägar till kontakt (telefon, mail, chat, video, hembesök), schemaläggning och olika rutiner. Stora vårdcentraler kan organisera sig i mindre team. I kvalitetsarbetet kan man identifiera patienter med dålig kontinuitet.

Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet på vårdcentraler. Vårdanalys 2020:9.
<https://www.vardanalys.se/rapporter/primart-i-varden/>



Chefredaktören erinrar sig besöket på Sandvikens vårdcentral 2016 [1]. Där delade man mottagningen i två: En del bestod av seniora allmänläkare plus ST-läkare som tog hand om listade patienter. Den andra bestod av hyrläkare, som ofta var regelbundet återkommande, dit de olistade fick komma. Det visade sig att båda patientgrupperna fick bättre kontinuitet!

Chefredaktören ser också hur kontinuiteten kan minska på grund av trenden med sjuksköterskors specialisering i primärvården (astma, diabetes, hemsjukvård). En diabetessköterska måste inte ta hand om alla patienter själv, utan kan i stället vara den som organiserar vården, samordnar, förmedlar kunskap och ser till att alla patienter får bra vård.

Ingrid Eckerman, Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Prioritering av sjukdomsgrupper

I rapporten *Styra mot horisonten* diskuterar man den etiska plattformen, prioriteringar och vård efter behov. Man konstaterar att hälso- och sjukvården har fler mål än vård efter behov, och att dessa kan vara motstridiga. Dit hör tillgänglighet och valfrihet.

Utredarna finner att bland dem som har ansvar för att fördela resurser mellan sjukdomsområden (s.k. horisontella prioriteringar) finns en motvilja att välja bort något. Vård efter behov mellan sjukdomsgrupper har en undanskymd roll i styrningen av hälso- och sjukvården. Statliga styrmedel har inte som syfte att förstärka principen om vård efter behov mellan sjukdomsgrupper. Man anser att ett förstärkt kunskapsstöd för horisontella prioriteringar behövs, men vet inte hur det skulle utformas.

Utredarna förklarar inte *varför* horisontella prioriteringar mellan sjukdomsgrupper behövs. Jag har svårt att se hur relevanta "sjukdomsgrupper" skulle se ut. Kirurgi mot medicin? Endokrinologi mot hjärt-kärl?

Två patienter med samma diagnos kan ha helt olika förutsättningar och lida olika mycket av sin sjukdom. Ska de vara i

Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar. Vårdanalys 2020:7. <https://www.vardanalys.se/rapporter/styra-mot-horisonten/>



samma "sjukdomsgrupp" och prioriteras lika? Vad händer om en patient tillhör flera olika sjukdomsgrupper?

Prioriteringsutredningen talar inte om sjukdomsgrupper utan om människors olika behov. Man tog fram de fyra behovsgrupperna och överlät sedan ansvaret till vårdgivaren. Är detta dokument ett försök att öka detaljstyrningen från statens sida?

Ingrid Eckerman, Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Vårdens svåra val

Den etiska plattformen innebär att tre principer ska ligga till grund för prioriteringar inom vården:

- Människovärdesprincipen: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället
- Behovs- och solidaritetsprincipen: Resurserna bör satsas på områden (individer eller verksamheter) där behoven är störst.
- Kostnadseffektivitetsprincipen: En rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälso- och livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika åtgärder eller verksamheter.

Prioriteringsutredningen konstruerade utifrån den etiska plattformen de fyra grupper som är riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom vården. Det är vårdgivarna som har det slutliga ansvaret.

Grupp 1 a: Vård av livshotande akuta sjukdomar.

Grupp 1 b: Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

Grupp 2: Prevention, habilitering/rehabilitering.

Grupp 3: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Grupp 4: Vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Svårighetsgraden av sjukdom kan bedömas efter olika kriterier: det lidande som den sjuke upplever, den medicinska prognosen, den funktionsnedsättning och den existentiella nöd som sjukdomen ger upphov till.

Prioriteringar

Horisontella prioriteringar är mellan verksamheter, medan vertikala prioriteringar sker inom verksamheter.

Arbetet med Nationella programområden (NPO) inriktas på

sjukdomsgrupper och riskerar att formulera "stuprör". SKR har nu tillsatt en nationell expertgrupp för att utarbeta en modell för horisontell prioritering.

Svart på vitt: Vi behöver en primärvårdsreform

Jag läste igenom lagrådsremissen om en primärvårdsreform nyligen och i den stötte jag på en undersökning gjord av SKR 2012, som så tydligt beskriver en av anledningarna till varför vi behöver en primärvårdsreform. Otroliga siffror när man ser det svart på vitt.

”Inom ramen för satsningen *De mest sjuka äldre* genomförde SKR tillsammans med 12 regioner och 29 kommuner 2012 en kvalitativ uppföljning av vården av multisjuka äldre. Sammanlagt intervjuades cirka 300 sjuka äldre personer samt deras närstående. Journaler och registerdata studerades, läkemedelsbehandlingen undersöktes och de totala kostnaderna för vård och omsorg för varje intervjuad person beräknades.

I denna studie utgjorde primärvård endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. I genomsnitt hade de tillfrågade fyra läkarbesök inom primärvården och lika många sjukhusinläggningar under den studerade perioden av 18 månader. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska. Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar då 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av

Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning. SKR 2012. Pdf. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7164-763-4.pdf>



distriktssköterska (SKL, Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, 2012).

Dessa resultat ger uttryck för att samhällets insatser för de mest sjuka äldre fortfarande präglas av ett reaktivt snarare än proaktivt mönster. Stora och kostsamma insatser sätts in sent i sjukdomsförloppet, när de är oundvikliga, i stället för att satsa på tidiga riskförebyggande insatser. Förebyggande insatser kan ges till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas rätt och riktas till rätt målgrupper.”

Magnus Isacson
Ordförande
magnus.isacson@sfam.se



Klimat och miljö på vårdcentral – steg för steg

Vi svenskar lever som om vår jord var fyra gånger större än vad den faktiskt är. Därför, och bara just därför, måste även en svensk allmänläkare tänka till om hur hen lever sin tillvaro. En tredjedel av ditt liv, kanske mer, tillbringar du på din arbetsplats. Även om vi svenskar är få i det stora hela, måste även vi dra vårt strå till stacken, det vill säga att vi måste agera i riktning mot en klimatsmartare arbetsplats nu, utöver hur du sen gör på din fritid.

Det är uppenbart att även en vårdcentral belastar såväl sin närmiljö som klimatet i stort. Onödigt mycket. Inte vårt bord, kanske du tycker, men om enkla åtgärder gör skillnad, varför inte agera?

Miljövänligare och klimatsmartare

NHS (National Health Service) i England bestämde sig för ett decennium sedan för att sjukvården skulle minska sitt koldioxidavtryck. Man satte därför igång ett top-down- och i sam-

klang med många bottom up-projekt, vilka berörde alltifrån operationers plastkonsumtion till transporters fossilutsläpp och mycket annat. Häpnadsväckande resultat åstadkoms. Hälso- och sjukvårdens koldioxidutsläpp reducerades med 18,5 % på 10 år och den kliniska aktiviteten ökade med 27 %. Utsläpp från energikonsumtion, affärsresor och medicinska gaser minskade med 18,5 % samtidigt med besparingar £ 1,8 miljarder. På bara 10 år! Win win, alltså!

Om alla gör lite blir det mycket tillsammans

Vårdcentralerna i Sverige är inte många jämfört med England och varje vårdcentral ensam kanske inte gör så stor skillnad i klimathänseende. Men om de är 1 100 tillsammans utgör de en avsevärd del av svensk sjukvård. Om många gör lite grand kan det ge en påtaglig minskning av verksamheternas totala koldioxidutsläpp.

England har anammat detta synsätt. Genom deras egen

Verktöglådan

Uppsök www.greenimpact.org.uk/giforhealth.

Använd loginordet:

gifh@greenimpact.org.uk

och lösenordet:

testtoolkit.



allmänläkarorganisation Royal College of GP:s (RCGP) har ett intressant projekt satt i sjön: "Green Impact for Health". Med detta projekt vill man helt enkelt ge GP:s "a guide to help you make your General Practice more environmentally sustainable". Vad man erbjuder är en verktöglåda med goda tips och förslag som, om de genomförs, kan minska klimat- och miljöbelastningen för vårdcentralen.

Toolkit

I min kontakt med projektansvariga har man visat en stor generositet och låter även dig som svensk läsare att, om du vill, kolla in verktöglådan (se ruta). Man kan kolla vad som verkar intressant, men också ladda ner en kopia av denna verktöglåda och utveckla den utifrån egna nationella/lokala förutsättningar.

Själva grunden med olika förslag på koldioxid-förbättringar grundar sig på *"thinking globally but acting locally"*. Genom att bryta ner dessa ganska enorma utmaningar till enkla insatser får man en hanterbar information, anpassad till mer lokala ambitioner.

Man kan använda denna verktöglåda på två sätt. Dels för att få tips om vad man kan göra på sin egen vårdcentral och dels för att visa andra hur man successivt visar på förbättringar, något som kan utgöra ett tävlingsmoment. Man skapar en tävlingsform där man utmanar andra vårdcentraler i att tävla om vem som får flest "miljöbelöningar" och diplom. I andra länder hänger man upp diplom och utmärkelser på väggen i sin ateljé, frisörsalong och på sin mottagning, och det kan ju i detta sammanhang sporra många verksamheter.

94 kriterier ryms inom 2020–21 toolkit. Några förslag är relaterade till energi:

- Att mäta enhetens energiförbrukning månatligen.
- Se till att alla dörrar och fönster utåt är stängda då AC:n eller värmen är igång.

- Ha påminnelser av olika slag om att släcka ljuset när man inte är i rummet.
- Byta ut ljuskällor till motsvarande lågenergiförbrukande lampor.
- Feedback till personalen genom att visa en eventuellt minskad energiförbrukning över 12 månader jämfört med de 12 föregående månaderna (givet med hänsyn till temperatur).

Det finns också rent patientnära förslag, som att man vid behandling av astma/KOL hellre ska använda pulverinhalatorer än drivgasinhalatorer. Det är en av mina käpphastar för tillfället. Om alla förskrivna drivgasinhalatorer byttes mot pulverinhalatorer skulle det ge en koldioxidminskning på 22 000 ton CO₂ ekvivalenter årligen i Sverige.

Man kan botanisera mycket i alla de förslag till klimatförbättrande åtgärder som presenteras. Förslagen är inte bara riktade mot själva verksamheten utan även till dig som förskrivare av läkemedel. Något jag särskilt uppskattar är: *"The practice has reviewed the choosing wisely recommendations to help reduce unnecessary tests and procedures"*.

Än så länge är mycket av det som finns i verktöglådan under utveckling, men här presenteras redan långt mer avancerade funderingar vad gäller klimat och miljö än de tankar som möjligen gror på svenska vårdcentraler.

Ja, utom i Värmland då förstås, där händer en del klimatsmarta saker, för där försöker man på två vårdcentraler reducera sitt CO₂-utsläpp med 25 % (Kronoparken vårdcentral i Karlstad och Eda vårdcentral i Charlottenberg). Projekten har startat genom medlemmar i Läkare för Miljön, men drivs nu mer från centralt håll av Region Värmland. Siktet är inställt på att försöka kartlägga vårdcentralens klimatavtryck och för att sedan minska det med olika åtgärder.

Det är klart att om SFAM skulle vilja utveckla detta klimat- och miljöverktyg utifrån en svensk kontext vore det fantastiskt, men oavsett det, finns det all anledning för våra vårdcentraler att kolla in detta spännande verktyg. Gör det! Logga in!

Har du problem eller frågor och funderingar kan du med stor säkerhet få hjälp av Terry Kemple tjkemple@gmail.com, verksam med den engelska och ursprungliga upplagan.



Bertil Hagström
Allmänläkare Med.dr
Horred
hagstrom.bertil@gmail.com

SFAM informerar

Lider du av klimatångest?

Gå med i Läkare för Miljön! lakareformiljon.org



Annons



Utbildningsmottagningen i Skäggetorp fyller 100 adepter

2008 noterade dåvarande chefen för Allmänmedicinskt utbildningscentrum Göran Sommansson ett problem med många nyutbildade läkare som i finanskrisens spår kom till Sverige från EU-länder. Samma höst startades en utbildningsmottagning. Nu har den hundra läkaren påbörjat sin utbildning.

De nyutbildade läkarna hade läkarlegitimation inom EU-systemet efter att ha genomgått en sexårig läkarutbildning i hemlandet, framförallt i Grekland. De fungerade dåligt när de blev anställda som underläkare i svensk sjukvård, dels på grund av att utbildningen varit till största del teoretisk med mycket lite klinisk praktik, och dels för att sjukvårdens strukturer och system var väldigt annorlunda mot vad de var vana vid.

"Det har varit en ynnest och en glädje att lära känna alla dessa kollegor och lotsa dem in i svensk sjukvård."

Samtidigt hade Skäggetorps vårdcentral i Linköpings mest utsatta område stora problem med bemanningen, framförallt av läkare men också övrig personal. Det fanns stora och lämpliga lokaler att använda på den tämligen nybyggda vårdcentralen.

Göran lyckades övertyga landstingsledningen och politiker att avsätta projektmedel till en nystartad utbildningsmottagning som kunde hjälpa till till bägge dessa problem. Han ringde runt till ett antal handledningserfarna allmänläkare som nappade på idén. Efter två träffar var vi igång, i vad som sannolikt är landstingshistoriens mest obyråkratiska process!

Vi startade med fem utbildningsläkare som skulle stanna sex månader. Konceptet var sambedömningar av varje patient, hög grad av medsittningar, seminarier två gånger per vecka om medicinska, konsultativa och administrativa frågor och kontinuerlig kompetensvärdering via lärrarmöten och dokumentation i mappar för varje adept. Ibland ingick även extra språkträning. Vi var åtta handledare som arbetade en dag per vecka på mottagningen, strikt med handledning, inga egna patienter. Efter sex månader hos oss var adepterna betydligt mer anställningsbara i svensk sjukvård och kunde ju också få användbara referenser.

Konceptet har stått sig under åren med en del justeringar. Från början var det ett sätt att hjälpa nyutbildade med legitimation inom EU-systemet att komma in i svensk sjukvård utan några formella krav. Därefter började vi med provtjänstgöringar för att erhålla svensk legitimation, ofta specialistutbildade läkare, företrädesvis från mellanöstern. Då blev tyngdpunkten förskjuten mot kompetensbedömning.



Vårdcentralen Skäggetorp.

Denna väg in till svensk läkarlegitimation är nu stängd.

2016 infördes det svenska kunskapsprovet för läkare utbildade utanför EU/EES vilket gjorde att vi började erbjuda



Fr.v.: handledare Bo Forsman, adept nr 100 Yasin Ali och adept nr 99 Abdulahi Abdijamal Omar.



praktisk tjänstgöring efter avklarat kunskapsprov, även detta formellt kompetensvärderande.

Verksamheten hade fallit så väl ut att den permanentades 2015. I samband med detta startade också liknande mottagningar i något mindre skala i östra och västra länsdelen.

2018 erhöll vi tillsammans med vårdcentralen regionens etikpris. Vi har under åren haft många studiebesök och inspirerat till liknande mottagningar runt om i landet.

Vi välkomnar vår hundra utbildningsläkare

För närvarande finns det fyra platser som rullar på med utbildningsläkare och nu välkomnar vi nr 100. Vad har det nu blivit av alla dessa 100? Vi har försökt följa upp det i samband med detta jubileum. Alla har vi inte fått tag i så siffrorna inte helt exakta.

Ursprungsländerna domineras av Grekland med 20 stycken, följt av Irak med 12, Sverige(!) 6 och Portugal 5 stycken. 29

nationaliteter allt som allt! Att Sverige är med på listan beror på ett antal likt Yasin utlandsutbildade svenskar, som återvänt till hemlandet och hamnat i samma situation som sina andra europeiska kollegor, dock utan behov av språkträning.

97 stycken är kvar i Sverige varav 68 i Östergötland. Av dem som har hunnit bli specialister eller har ST-block är allmänmedicin dominerande med 29 stycken. Det var ju också en målsättning från början att hjälpa till med allmänläkarbristen vilket man väl får sägas har lyckats, både vad gäller vårdcentralen Skäggetorp och Östergötland i stort.

18 andra specialiteter har fått påfyllning. Fyra stycken ägnar sig åt endokrinologi. Internmedicin, ortopedi, oftalmologi och dermatologi delar tredje platsen med tre specialister vardera.

En handfull personer har vi bedömt ha så stora svårigheter att kunna nå upp till vad som krävs för svensk läkarlegitimation att vi inte godkänt provtjänstgöring. Dessa personer är, vad vi vet, inte yrkesverksamma som läkare. Det

uppfattar vi inte som ett misslyckande från vår sida utan som en insats för patientsäkerhet.

Under åren har 26 lärare passerat, vissa bara något år, en av oss hela tidsperioden. Det har varit en ynnest och en glädje att lära känna alla dessa kollegor och lotsa dem in i svensk sjukvård. Vi hoppas att vi kan fortsätta att utveckla verksamheten allt efter som verkligheten förändras.

Jäv saknas.



Lärargruppen vid
Utbildningsmottag-
ningen Vårdcentralen
Skäggetorp genom

Bo Forsman

Utbildningsmottagningen, Vårdcentralen
Skäggetorp Linköping
Vårdcentralen Nygatan Linköping
bo.forsman@regionostergotland.se

Utbildningsläkare nr 100



Vår hundra utbildningsläkare heter Yasin Yusuf Ali och är 28 år gammal. Han är av somaliskt ursprung, kom till Sverige när han var ett par månader gammal och växte upp i Tensta. Han har läst medicin i Rumänien och tog läkarexamen 2019. Efter läkarexamen har han arbetat som underläkare några månader i Vasa, Finland.

Intresset för medicin väcktes i högstadiet, inspirerat av en läkarevän till familjen. Är intresserad av både psykiatri och allmänmedicin så här långt. Utbildningsmottagningen hittade han information om på internet och tyckte det verkade vara en bra introduktion till svensk sjukvård. Han sökte, blev intervjuad och erbjuden plats. Har för övrigt som junior varit svensk mästare i boxning!



Yasin Ali. Bakom honom porträtt av hans föregångare.



FQ-gruppen – en nygammal fortbildningsform

Antalet FQ-grupper i landet ökar, särskilt bland nyblivna specialister. Helena Gedeberg arbetar på Vårdcentralen Näsby i Kristianstad och blev färdig specialist 2017. Hon avsätter fyra timmar av sin arbetstid i månaden till sin FQ-grupp. Gruppmedlemmarna kommer från olika vårdcentraler och träffas nio gånger om året. Här svarar Helena på frågor om FQ-gruppen.

Vad tillför en FQ-grupp?

– För min egen del jättemycket. När jag blev specialist insåg jag hur få fortbildningstillfällen vi har som allmänläkare. Visst åker man på kurs ibland, men tiden rinner iväg och så blir det inte av. En FQ-grupp träffas regelbundet på fasta tider. Har vi bestämt att ta upp en fråga så blir det av. Kurser är ett sätt att hämta kunskap medan FQ-gruppen är problembaserad och interaktiv och ett sätt att lära av varandra.

Vilken typ av frågor brukar ni ta upp?

– Allt möjligt. Nya riktlinjer och vårdprogram, Läkemedelsverkets rekommendationer, spirometri...

Kan man inte lära sig det på egen hand?

– Jo, men i FQ-gruppen finns möjlighet till fördjupning och reflektion över hur vi ska förhålla oss till alla gamla och nya behandlingsmetoder, regler och direktiv. Det är minst lika viktigt.

Hur bestämmer ni ämnen?

– Vi planerar en termin i taget. Ibland använder vi en metod där vi skriver ner tre förslag var på post-it lappar och sedan gemensamt diskuterar fram ämnen för kommande möten. Det kan handla om allt från handledning av AT- och ST-läkare till patologiska prover, diabetesbehandling och anemiutredning.

Diskuterar ni egna patientfall?

– Det blir en eller två fallbeskrivningar i slutet av mötet om någon har behov av det. Och det händer att vi tar med kopior på de tre sista remisserna som vi har skickat. "Jaså, du skickar sådana patienter? Det brukar inte jag göra." Den återkoppling man får är värdefull.

Har ni fler aktiviteter?

– Vi har varit på studiebesök på patologen och fått titta på preparat i mikroskop, hälsat på hos en naprapat och sett hur en kiropraktor arbetar. En gång tog vi med grissvårar till kirurgen och tränade på att suturera. Och vi har besökt minnesmottagningen och klinfys. Vi har alltid blivit positivt bemötta när vi frågat om vi får komma på besök.

SFAM har tagit fram flera studiebrev, har ni använt dem?

– Ja, men det var ganska längesedan. De kan nog vara bra för en nystartad grupp som har svårt att komma på diskussions-



FQ-gruppen. Fr.v. Mia Levin Ohlgren, Helena Gedeberg, Annica Fröjd, Ida Klasson, Eva Berg Petersson. Frånvarande är Karin Thapper och Ingela Wadelius Gustavsson.

ämnen, men i vår grupp har vi inte haft något sådant behov. Men ibland har vi testat våra kunskaper på frågorna i SFAM:s specialistexamen.

Är den sociala biten viktig?

– Ja, absolut. Vi brukar alltid ägna en stund i början åt annat än medicinska frågor. "Nu har min vårdcentral bestämt att vi ska göra så och så, och det känns jättejobbigt. Är det likadant hos er?" Så kan det låta. Att kunna lufta problem hemmavid med kollegor från andra arbetsplatser är viktigt, och är någon i gruppen i behov av stöd, så är vi andra beredda att stötta.

Umgås ni på fritiden?

– Vi har visserligen lärt känna varandra väldigt väl, men vi träffas inte utanför FQ-gruppen.

Är det svårt att få gehör hos cheferna för att delta i FQ-grupp?

– Ingen verksamhetschef har ifrågasatt att vi använder arbetstid till FQ-gruppen och flera av oss har tagit upp det som ett önskemål vid nyanställning. Men man måste vara beredd att förklara för utomstående hur FQ-gruppen arbetar och varför den är värdefull för hela vårdcentralen, att det handlar om fortbildning som leder till bättre vård och patientsäkerhet.



Har ni haft några interna problem i gruppen?

– När gruppen var ny hände det ofta att folk kom försent eller inte dök upp. Men sedan vi skrev ett kontrakt har mötesdisciplinen varit bra. Det är bra för alla om det finns överenskommer att hänvisa till.

Vad kan hota gruppen?

– Det skadar gruppen om medlemmarna använder tiden åt att gnälla över saker och ting som inte går att påverka. För man måste känna sig upplyft och stärkt när man lämnar ett möte. Och om man bara träffas på fritid, och kanske äter middag tillsammans, så finns det risk att yrkesmässigheten försvinner och det enda som blir kvar är social samvaro.

Kan en FQ-grupp fungera utan gruppleddare?

– Om gruppen pågått länge och mötesformen är stabil så kan den kanske fungera utan gruppleddare. Men är den nybildad är gruppleddaren nödvändig. Någon måste ju sammankalla gruppen, hålla tiden och fixa kaffet.

Kan FQ-grupper vara digitala?

– Nej, jag anser att det krävs fysisk närvaro och att det inte går att få samma diskussion och samspel mellan deltagarna i en digital miljö. Men vem vet, det kanske blir mer digitalt i framtiden.

Vilket råd vill du ge till dem som vill starta en FQ-grupp?

– Prata igenom ordentligt vad gruppmedlemmarna vill och vad de förväntar sig av FQ-gruppen. Skriv ett kontrakt med punkter som alla är överens om i tidigt skede. En annan sak: för att en FQ-grupp ska hålla i längden räcker det inte att bara en person är engagerad. Flera måste vara drivande.

Jäv saknas.

Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



Kris & utveckling i Visby 8–10 september

I kristider blandas haverier och möjligheter i en enda röra. Å ena sidan detta svåra som världen och våra patienter spelar upp framför våra ögon. Å andra sidan öppna schakt till kanske helt nya och tidigare otänkta liv och drömmar. Vi känner alla igen dem eftersom de rör sina armar oavbrutet över vardagens brutna himmel. Covid-19. Greta Thunbergs appell.

Regionernas företrädare som öppnar och sluter sina munnar. Avvikelserna i datorsystemets läkemedelsmodul. Förskolan som inte tar emot ditt snuviga barn. ST-planens gåtfulla språk. Dikt an till våra egna innersta hemligheter. Och all vår längtan.

Ja. Längtan efter möten oss emellan. Samtal och dialog. Vänner. Kollegor. I törst efter kunskap och gemenskap. Och saknad. Efter ett delvis bortglömt eller borttappat 2020 på avstånd överallt. Försiktighet. Förhållningsregler. Ständiga rapporter och spekulationer.

I ljuset av detta ser vi fram emot att välkomna dig som ST-läkare till våra dagar i Visby 8–10 september 2021. Vi planerar för att inviga och påbörja mötet redan tisdag kväll 7 september med en båtresor från Nynäshamn. Det kommer att erbjudas



gott om sociala mötesplatser liksom ett gediget allmänmedicinskt innehåll. Alltsammans är under utarbetande. Men vi kan hittills under tema "Kris och utveckling" locka med t ex Johan Cullberg och Folkhälsomyndigheten som gäster. Den förra med foten gediget i vår uppfattning om krisers historias mylla. Den senare mitt uppe i den mest världsomspännande farsoten sedan Spanska sjukan.

Och naturligtvis mycket mer därtill. I själva verket är det du och dina kollegor som är navet i och bestämmer riktningen på vår seglats.

Vi räknar med att lägga ut fortlöpande information i fråga om såväl anmälan som innehåll snart efter årsskiftet.

Väl mött!

Arrangörsgruppen på Gotland
genom
Torsten Green-Petersen



Kontakt: Lisa Emilsson lisa.emilsson@ptj.se | Kajsa Estrin kajsa.estrin@gotland.se | Hemsida: <https://sfam.se/foreningen/st/st-dagarna/>



ST-DAGARNA 2021

Visby 8-10/10

Kris och utveckling

SEGLA MED OSS!

Gemensam båtresa från Nynäshamn 7 september

Några axplock ur programmet:

- **Johan Cullberg, författare till boken "Kris och utveckling"**
- **Folkhälsomyndighetens syn på kris**

Mer kommer!

Håll utkik på <https://sfam.se/foreningen/st/st-dagarna/>



"Rural lock-down"- fakta och farhågor

Det gångna året och framtiden

23 – 25 mars 2021 i Arvidsjaur

Mer information kommer på vår hemsida www.glesbygdsmedicin.info
Vi kommer att arrangera konferensen covidsäkert!



Inbjudan

KARDIOVASKULÄR SJUKDOM I ETT BRETT PERSPEKTIV

Snart är det dags för den 19:e upplagan av den årliga konferensen för läkare inom hjärt-kärlområdet. Hjärt-Lungfonden är stolta över att från och med i år ha tagit över värdskapet för konferensen.

KARDIOVASKULÄR SJUKDOM I ETT BRETT PERSPEKTIV är en av landets mest omfattande utbildningsaktiviteter. Under två dagar får du möta forskare vars resultat ligger bakom behandlingsriktlinjer och lyssna till föreläsningar om viktiga

nyheter av praktisk och klinisk betydelse. På grund av den rådande situationen med Covid-19 satsar vi på ett digitalt möte 2021.

Läs mer och anmäl dig på:
hjart-lungfonden.se/kardmotet2021

NÄR: 22-23 JANUARI 2021

VAR: ONLINE

CME – poäng:

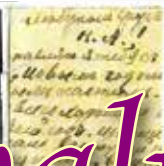


Oberoende fortbildning
av läkare

Godkänd av:



Lipus har granskat och godkänt denna kurs.
Fullständig kursbeskrivning finns på lipus.se
(Lipus-nr: 20200077)



Kultur-spalten

Himmel och helvete på bioduken

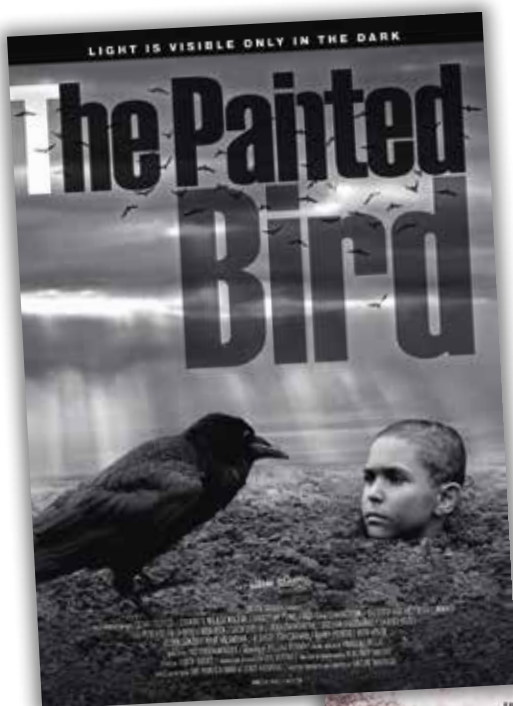
Det är lättare att gestalta olycka än lycka i konsten. Sjukdom är mera gångbar än hälsa. Så tycks det åtminstone vara i den västerländska traditionen. Olyckan leder mot de existentiella djupen och lyckan blir lätt ytlig och banal. Serriös konst ger i allmänhet tragedin företräde framför komedin.

Jag blev plågsamt medveten om det när jag nyligen såg den prisade filmen *The painted bird*. Filmen bygger på den polsk-amerikanske författaren Jerzy Kosiński (1933-1991) roman med samma namn. Kosiński var omstridd på grund av sina nihilistiska romaner och sin dekadenta, överklassiga livsstil, som mynnade ut i ett självmord.

Filmen är två timmar och 49 minuter lång; ett smärtsamt utdraget konstverk i svartvitt. Man får följa en ung judisk pojkes flykt genom fattiga östeuropeiska byar under slutet av andra världskriget. Många scener för tankarna till medeltid, snarare än modern tid. Alla detaljer i filmen är utmejslat vackra, varje kameravinkel rätt. Filmen var Oscarsnominerad och har fått motta många priser.

Jag älskar vanligen långsamma, svartvita filmer av det här slaget, men nu fick jag nog redan efter en timma. Kräkfärdig lämnade jag biosalongen eftersom jag inte stod ut med den värld den tjeckiske regissören Václav Marhoul visade mig. Allt i filmen var fattigdom, språklöshet och sadistiskt våld. Svårt att hitta ett enda ögonblick av ljus, barmhärtighet eller medkänsla. Trots relativt god förtrogenhet med konstens mörka sidor blev jag knockad av den samlade ondskan.

I min samtida värld, där mörkret förvisso tycks tättna, finns åtminstone nyanser i ondskan och till och med punkter av ljus. Inget av detta fanns i filmen, där alla plågade varandra och tycktes njuta av det. Den unge pojkes vandring genom stationerna i helvetet var osannolik. Vem kan överleva sådant?



Fattigdom och krig kan inte ha varit de enda anledningarna till människornas beteende i detta jordiska helvete.

Jag gav alltså upp och lämnade filmen med en och annan tanke om lycka och olycka i konsten. På vägen hem kom jag att tänka på den japanska regissören Naomi Kawases film *Under körsbärsträden*. Kanske dök den upp i minnet som en livgivande kontrast?

Under körsbärsträden

Jag såg den filmen för några år sedan på Folkets bio. På vägen in i salongen mötte jag en verklig filmentusiast som berättade att filmen var "en liten söt historia". Hon sade det på ett sätt, som gjorde att jag höll på att vända i dörren. Men det gjorde jag inte. Jag såg filmen och kunde konstatera att min filmkännare

hade fel. Förvisso var filmen vacker, men allt annat än söt. Den var tragisk, men mitt i tragiken reste sig starka, kärleksfulla människor, djupt sårade av livet, men med bevarad känslighet för glädjen i själva existensen, trots att de aldrig blev något särskilt.

Huvudperson var en gammal kvinna som hade tillbringat nästan hela sitt liv i en spetäls-kekoloni avskuren från samhället. Ändå hade hon bevarat sin kärlek till naturen och människorna. Hon hade lärt sig avlyssna världen omkring

sig. Hur var det möjligt? Hur hade hon kunnat lära sig att lyssna till bönorna hon kokade pasta av? Och sedan förmedla den kunskapen till restaurangföreståndaren, som tidigare nöjt sig med färdigköpt, usel pasta? Den gamla kvinnan förmedlade kunskap bygd på erfarenhet och kärlek och en barnslig förvissning om att alla företeelser i världen har ett budskap. Bönorna hade något



att berätta liksom vinden, träden och körsbärsblommorna. Alla hade något att berätta.

Den spetälska kvinnan med sina förvridna händer utstrålade insikten att hela världen är en väv av sammanhang och mening. Hon var ett med den. Hennes bönpasta var ett starkare vittnesbörd än någon skriven text. Den var släkt med Torgny Lindgrens *Pölsa* [1] men skapad ur ett större lidande, ur utstöttheten och gemenskapen med andra "medlidande" i den spetälskekoloni, där hon hamnade som tioåring. Och den hängde samman med rörelserna i naturen på ett självklart sätt. Så ofattbart ensam och så bortom allt i det vanliga samhället präglad av karriär, prestation och ömsesidighet hade hon kunnat utveckla en djup kärlek till livet.

Kontrasten till helvetet i *The painted bird* kunde inte vara större. Jag tänker inte bedöma vem som ger den sannaste eller mest verkningsfulla bilden av verkligheten. Vanligen föredrar

jag tragedins svärta och hyser misstankar mot konst som syftar till uppbyggelse, men när jag jämför dessa båda filmer ser jag tydligt att det finns en gräns för hur mycket djävulskap jag kan ta in. Och att det är möjligt att skildra mening och lycka utan att hamna i det banala. Kanske är godhet trots allt möjlig? Det kan gå att leva rikt och starkt trots en stigmatiserande sjukdom. Även detta kan filmen och konsten visa.

Christer Petersson

Växjö

cpetersson121@gmail.com



Referens:

1. Lindgren, Torgny (2002). *Pölsan*. Stockholm: Norstedts förlag

AllmänMedicin gratulerar

Handledarpris i Stockholm

Eva Hedström på Tullinge vårdcentral nominerades för SFAM Stockholms handledarpris av ST-läkaren Rebecka Isacson.

Motivering: Eva är en sann inspirationskälla och förebild. Hon är mån om både patienter, medarbetare och sig själv. Förutom föredömlig klinisk handledning och vägledning genom ST-utbildningen (där hon har beundransvärd ordning och reda) så är hon en medmänniska att dela både glädje och bekymmer med. Sammanfattningsvis en fö-

rebild för oss mer juniora läkare, som förtjänar att uppmärksammas för sin handledargärning.



Forskarskolans grundare hedersledamot i SFAM

SFAM:s styrelse har utsett Lars Hjalmar Lindholm, professor i allmänmedicin vid Umeå universitet, till hedersledamot.

Lars Hjalmar startade år 2009 landets första nationella forskarskola i allmänmedicin. Genom sina internationella kontakter fick skolan redan från början internationella medarbetare och möjlighet till pre-doc utomlands. Genom idogt arbete har Lars Hjalmar fått

pengarna att räcka länge, och har också fått nya anslag så att skolan kunnat fortsätta. Hittills har 90 doktorander antagits.

AllmänMedicin har tidigare publicerat många artiklar om forskarskolan.

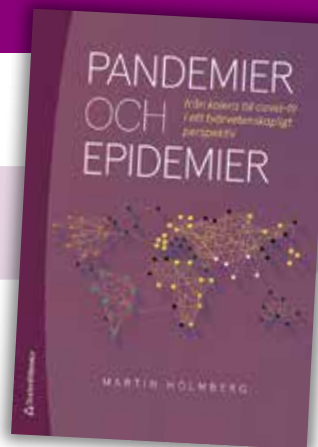


Länkar: (i e-tidningen kan du klicka direkt på länkarna. Ladda ner appen AllmänMedicin eller gå via sffam.se)
Forskarskolans hemsida <http://www.forskarskolanallmanmedicin.se/>

Griffin S, Spencer S, Lindholm L H. Framgång för den nationella forskarskolan i allmänmedicin. *Läkartidningen*.se 28.8.2017
<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/kommentar/2017/08/framgang-for-den-nationella-forskarskolan-i-allmanmedicin/>

Myleus A, Lindholm L H, Östgren C J. Apropå! Nationella forskarskolan i allmänmedicin lever vidare. *Läkartidningen*.se 3.4.2019
<http://www.forskarskolanallmanmedicin.se/>

Holmberg, Martin. *Pandemier och epidemier – från kolera till covid-19 i ett tvärvetenskapligt perspektiv*. Studentlitteratur 2020. 192 s. ISBN: 9789144142692



Högaktuell bok om pandemier

Plötsligt fanns det ett betydande behov av systematik och vetenskaplig bredd för att förstå och hantera pandemier. För egen del hade jag studerat epidemiologi på Nordiska Hälsovårdshögskolan, KI och i Umeå, men infektions-epidemiologi med dess utbrott, epidemier och pandemier var något annat. Praktiskt hade jag tillämpat mina kunskaper på hjärt-kärlsjukdomar i Norrland, och på HIV-prevention, vaccinationsplanering och kontroll av ebolautbrott i Östafrika. Men med nya, snabbt påträngande, pandemier behövdes något mer.

Visserligen hade jag som medicinhistorisk entusiast grävt bland gamla skildringar av spanska sjukan och andra farsoter, men kunskapen om hur sådana betar sig och förhåller sig till både dagens mänskliga samhälle, naturens livsbetingelser och den globala klimatkrisen har ändrats radikalt. Hur hänger allt ihop?

Det finns böcker som skildrar delar av denna komplexitet. Men systematiken, och framför allt bredden, saknades. Epidemiologi är en samhällsvetenskapligt grundad tvärvetenskap.

I detta vakuum dyker infektionsläkaren Martin Holmbergs bok *"Pandemier och epidemier"* upp. Valet av tidpunkt är nästintill fullkomligt: mitt i covid-19-pandemim.

Boken sätter in dagens pandemi, och andra epidemier, i flera sammanhang. Inte bara biologiskt, hur smittämnen lever, sprids, förökar sig och drabbar andra varelser med sjukdom. Också den ekologiska miljön, fysiska miljön och samhällsomvandlingar behandlas, liksom människans hantering av utbrott, epidemier och pandemier.

Framställningen är faktsäckad och systematisk. Forskningsläget är uppdaterat. Boken innehåller också rikligt med referenser, vilket gör det lätt för läsaren att fördjupa sig i olika perspektiv.

Ett kapitel följer tre utvalda historiska pandemier: polio, HIV/AIDS och influensa. I boken skildras bakgrunden, de komplexa orsakssambanden och människors olika förhållningssätt till farsoterna. Olika skolbildningar inom epidemiologi och folkhälsa diskuteras.

Utifrån dessa mer teoretiska avsnitt tar boken ett steg ut i världen för att skapa ett sammanhang av fattigdom, ojämlikhet, miljöförstöring och klimatförändringar. Pandemier är inte naturkatastrofer, de är en del av antropocen – den era där mänskliga handlingar utgör den främsta drivkraften som omformar planeten.

Sammantaget är det en dynamisk skildring av ämnet, som ibland kan te sig faktsäckad och något mödosam. Men resultatet är en skildring som är helt aktualiserad, intersektionell och som blickar framåt. Boken passar såväl som uppslagsverk

som lärobok på läkarprogrammet, specialistutbildningar och på högskolans övriga vårdutbildningar, men också som lärobok för studenter inom epidemiologi och folkhälsovetenskap, medicinsk sociologi och medicinsk humaniora, och inte minst till beslutsfattare inom folkhälsoområdet och till en intresserad allmänhet.

Ett ytterligare plus är att boken i den andra upplagan fått ett helt nyskrivet kapitel om covid-19-pandemin. I detta diskuteras olika möjliga förhållningssätt till pandemin, som kan utgöra en utgångspunkt för en konstruktiv diskussion. Liksom i tidigare kapitel betonas pandemiernas komplexitet. Detta gäller även covid-19. Inga enkla lösningar finns – inte heller några absoluta sanningar.

Boken fyller ett stort behov och är dessutom högaktuell under den rådande covid-19-epidemin. Den har alla förutsättningar att bli ett standardverk inom ämnet för lång tid framåt.



Anders Jeppsson
Specialist i allmänmedicin och socialmedicin
Antropolog
andjep@gmail.com

AllmänMedicin informerar

Omslagsbild sökes!

Ta bilder i stående format med bra kamera som ger högupplösta bilder.

Skicka till:
chefredaktor@sfam.se.





Tamas, Gellert. *De apatiska – om makt, myter och manipulation*. Natur & Kultur 2009. 639 s. ISBN 9789127129610



Sandstigs, Ola. *De apatiska barnen och samhället som svek*. Mondial 2020. 335 s. ISBN 9789180020138



Hultcrantz, Elisabeth. *Om dessa vore svenska barn*. Vulkan 2020. 174 s. ISBN 9789189219526

Läkarna och de apatiska barnen

Framför mig har jag tre böcker: *De apatiska* av Gellert Tamas från 2009, *Om dessa vore svenska barn* av kollegan Elisabeth Hultcrantz och Ola Sandstigs *De apatiska barnen*.

De tre böckerna ger olika bilder av samma företeelse: barn med uppgivenhetssyndrom. En fråga som var infekterad för 15 år sedan blir inte mindre infekterad av årets nyutkomna böcker. Den berör hundratals barn som legat i dvala i årtal, med sondmatning och blöjor, och inte tillfrisknat förrän familjen fått permanent uppehållstillstånd.

Striderna i media och i läkarkåren för 15 år sedan omkring de "apatiska" barnen var uppsplitande och resulterade i en tillfällig lag som gav uppehållstillstånd åt 17 000 personer, varav många barnfamiljer. Inom läkarkåren fanns två grupperingar: en grupp barnläkare, tillika flyktingaktivister, och barnpsykiatrikerna, som hade ansvaret för barnen. Barnläkarna kämpade för att få sjukdomstillståndet erkänt och grund för uppehållstillstånd. Barnpsykiatrikerna ansåg, med vissa undantag, att "Münchhausen by proxy" inte var ovanligt.

Viktiga ingredienser i "epidemin" av uppgivenhetssyndrom är att det finns få fall rapporterade från andra länder, att barnen kom från vissa f.d. öststater, att den geografiska fördelningen i Sverige var skev, att frånvaron av muskelatrofi, kontrakturer och liggsår förbryllade, och att inga ensamkommande fick motsvarande sjukdomsbild.

År 2019 framträdde två före detta "apatiska" barn och berättade sina historier. På föräldrarnas uppmaning, ibland under hot, simulerade de apati eller snarare medvetlöshet. Diskussionen tog ny fart.

När jag för några år sedan läste Tamas bok blev jag mycket upprörd. Här fanns fakta som stämde överens med den rättssäkerhet som jag upplevt de senaste fem åren.

Sandstigs bok är av samma sort – men tvärtom. Han lyfter fram fakta som tidigare tystats ner: vittnesmål från sjukvårdspersonal och personal som följde med på transporter, de "norska journalerna" som visade hur barn tillfrisknade när sjukvårdspersonal tog kontrollen och föräldrarnas inflytande minskade, de positiva resultaten på behandlingshemmet Solsidan där barnen separerades från föräldrarna. En rapport som beskrev detta ska

inte ha diarieförts då innehållet ej fick komma till allmänhetens kännedom. Han antyder att Elisabeth Hultcrantz och hennes psykiaterkollega, som sedan tio år på volontärbasis träffar apatiska barn framför allt i Dalarna, låter sig föras bakom ljuset.

Hultcrantz bok innehåller en rad berörande fallhistorier från 2010 och framåt. Tidigare exponering för trauman anses förklara barnens tillstånd idag. Hon beskriver hur läkarna, med stöd från andra asylrättsaktivister, arbetar med intyg efter intyg för att familjerna ska få sina uppehållstillstånd. När detta sker tillfrisknar barnen – ibland snabbt, ibland långsamt. Hon är absolut övertygad om att bara något enstaka av de barn hon sett simulerar eller har blivit manipulerat. Eftersom hon gav ut sin bok före Sandstigs kan hon inte bemöta hans påståenden.

Jag saknar en vetenskaplig ansats: en sammanställning av barnen, ålder, kön, familjesituation, härkomst etc., eventuell behandling med psykofarmaka mm. Vilka kliniska faktorer grundar hon sin uppfattning på? Vad hittade hon hos de olika barnen? Metoden att mäta eventuell blodtrycksstegring när is läggs på magen för att avgöra grad av medvetande – är den validerad? Fanns tecken på manipulation, t.ex. oanvänd sondmat eller olämpliga sedativa? Talade läkarna ensamma med barnen?

Dessa tre böcker ger anledning till reflektioner. Som läkare utbildas vi i att lyssna till patienten och tro på hans historia. Inom t.ex. beroendemedicin och rättsmedicin är man mer van att ifrågasätta patientens berättelse. Många av oss har säkert varit med om att ha blivit förda bakom ljuset.

Vi vill patientens bästa. Men vad är barnets bästa? Att till priset av en lång kamp få stanna i Sverige, eller att acceptera faktum, dvs. utvisning till en osäker tillvaro? Ska vår inställning till asylpolitiken påverka läkarintygen?

En svårare frågeställning är: Hur stort inflytande ska starka läkare ha på politik?

Jäv: Engagerad i asylrättsrörelsen.

Ingrid Eckerman
Chefredaktör
chefredaktor@sfam.se



Jörgen Malmquist.

Trött hela livet. Sjukdomen ME (ME/CFS, kroniskt trötthetssyndrom)

– tragisk, gåtfull, omstridd. 130 s.

Recito förlag AB 2020.

ISBN 978-91-7765-476-6



Trött hela livet

En långvarigt svårt sjuk person ska kunna räkna med att mötas med förstående och professionell bedömning oavsett vilket namn diagnosen har”. Så avslutar Jörgen Malmquist sin lilla faktatäta bok om den problematiska diagnosen ME/CFS.

Boken har den intresseväckande och skrämmande titeln *Trött hela livet – sjukdomen ME, tragisk, gåtfull, omstridd*. Varje allmänläkare har säkert träffat på tillståndet/diagnosen och vridit händerna i förtvivlan över bristande kunskaper och terapeutiska möjligheter. Malmquist löser inte problemen åt oss, men på bara 110 sidor (plus bilagor) ger han en fyllig bild av sjukdomens historik, symtombild, diagnoskriterier (det finns olika skolor), prövade behandlingsmetoder och prognos. Han särskiljer begrepp som sjukdomsorsaker, sjukdomsprocesser och diagnos och för ett principiellt viktigt resonemang om *diagnoser som sociala konstruktioner*. Dessa är inte alls begränsade till problematiska diagnoser som exempelvis ME och fibromyalgi.

I Sverige finns 4–5 särskilda ME-mottagningar och en aktiv patientförening med flera associerade forskare. Några av mottagningarna står för en strikt biologisk grundsyn och några för ett mera öppet synsätt.

Mycket sakligt redogör Malmquist för den tidvis heta debatten mellan dem som hävdar att ME är en rent biologisk sjukdom med säte i nervsystemet och de som tillämpar ett mera biopsykosocialt synsätt och alltså menar att det kan finnas både biologiska och psykosociala orsaksfaktorer och att sjukdomen utvecklas i samspel mellan dessa och viss individuell sårbarhet. Malmquist själv menar att det inte finns någon stabil vetenskaplig evidens för att ME/CFS är en primärt neurologisk sjukdom. Man har inte kunnat påvisa några mätbara

sjukdomsprocesser eller biologiska markörer varken i hjärnan eller någon annanstans. Han ställer flera gånger med viss förvåning frågan varför varje tanke på psykosociala orsaks- eller förstärkningsfaktorer är så motbjudande för vissa forskare och ME-föreningen. Som om inte varje sjukdom innehåller sådana aspekter.

Direkt kritisk är han till den deterministiska synen, inom inte minst patientföreningarna, att sjukdomen (med nuvarande kunskaper) är livslång och obotlig. Han refererar till flera mindre studier och enkätundersökningar som ger en betydligt ljusare bild. Många patienter blir bättre och kanske helt bra med tiden. Den bilden stämmer bättre med min egen uppfattning av möten med ME-patienter inom primärvården genom åren.

Diagnosen Chronic fatigue syndrome (CFS) godkänns av ”biologisterna”, men märkligt nog avvisar de den direkta svenska översättningen kroniskt trötthetssyndrom, som anses trivialisera sjukdomen. Den hållningen är enligt min mening närmre släkt med ordmagi än vetenskap.

Malmquist är invärtesmedicinare och betonar att han själv inte mött några patienter med ME. Han är sedan många år medicinsk skribent och en upplysningsman som skyr grumligt tänkande och vilseledande (medicinsk) ideologiproduktion. Läs boken och invänd gärna. Författaren är öppen för diskussion.

Christer Petersson

Växjö

cpetersson121@gmail.com



AllmänMedicin informerar

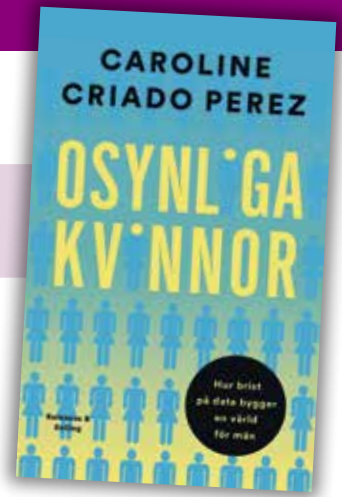
Bokrecensenter sökes! Det utkommer många intressanta böcker varje år. Du som recenserar en bok för AllmänMedicin får behålla ditt gratisexemplar.

Hör av dig till chefredaktor@sfam.se!



Criado Perez, Caroline. *Osynliga kvinnor: hur brist på data bygger en värld för män.*

Övers. Annika H. Löfvendahl och Jan Hultman. Romanus Selling 2020. 457 s. ISBN 9789189051218



Vill du bli upprörd å kvinnors vägnar?

Då kan den här boken vara rätt för dig ...

Det här är en bok som beskriver några av de underliga fenomen som hälften av jordens befolkning (kvinnor) måste stå ut med. Som exempelvis bristen på fickor, eller hur båda föräldrar förväntas arbeta heltid utan tillgång till barnpassning i vissa länder. Jag har själv läst den engelska versionen och kan inte uttala mig om språkliga värdet men recenserar nu här eftersom den nyligen översatts till svenska.

Den har en bred ansats med stor mängd, spridda exempel med spretiga ekonomiska, sociala och fysiska komponenter. Boken inkluderar dessutom många och tydliga referenser som upptar cirka 20 % av sidorna eftersom referenserna står i mindre textstorlek. Sverige lyfts ofta som föregångsland, annars är boken känslomässigt tung läsning. Min indignation å mina könsfränders vägnar blir ibland övermäktig och jag kollar upp referenser flera gånger eftersom de verkar så orimliga. Men de är inte fel! Däremot har flera av dem några år på nacken och världen börjar vakna upp så smått, hoppas jag. Inom det medicinska området redovisar nyare studier ofta könssupplade resultat och framöver ska jag aktivt titta efter dem. Metoo-rörelsen kan eventuellt ha bidragit till att boken blivit utgiven överhuvud taget.

Några ytterligare reflektioner jag själv gör när jag läser:

Muskulär överbelastning på grund av hushållsarbete har nog de flesta allmänläkare sett en hel del av, men hur många av fallen handlar om män?

Hushållshandskar finns inte i tillräckligt stor (läs bred) storlek för flertalet av de män jag har i min omgivning medan arbetshandskar först på senare år börjat dyka upp i mindre storlekar. Personligen har jag aldrig hittat mindre än storlek 7 i butik, och jag har letat mycket! Finare damhandskar brukar finnas åtminstone från 6–6½, varför inte arbetshandskar? Det är ju inte konstigt att kvinnor kan bli fumliga och lätt skadar sig med för stora handskar!

Det beror dock inte bara på bristande tillgång till skyddsutrustning med god passform. Många maskiner och handverktyg har även för långa skaft, för stora handtag och har dessutom knappar och reglage som sitter för långt ifrån greppytan. Lättare, mindre redskap som sägs vara anpassade för kvinnor verkar ofta vara av sämre kvalitet och ha svagare effekt. Är det verkligen bara på grund av lägre vikt?

Inte ens i vårt upplysta Sverige brukar kvinnor köra traktor

särskilt ofta. Beror det verkligen på att det är ett traditionellt mansjobb trots att det inte kräver någon stark överkropp? Det skulle istället kunna ha att göra med att stor andel av kvinnorna inte når pedalerna ...

Det är välkänt att kvinnors Hb har annat normalintervall än mäns, men jag undrar om alla våra medicinska mätvärden ens är utredda för eventuella könsskillnader? Om man inte ser upp kan normalkurvans fördelning vara baserad på friska, unga, eventuellt enbart ljushyade, män.

Boken svarar inte på frågan om varför det ser ut så här, men tar upp en mängd exempel och områden där det skulle kunna finnas stora skillnader och där data uppdelat på kön istället helt saknas. Författaren presenterar tanken att manliga delen av mänskligheten antas beskriva hela mänskligheten, vilket kan innebära att en kvinna per automatik är udda och annorlunda. Den tar även upp en mängd studier kring både fysiska och sociala skillnader där bristen på förståelse och anpassning till dessa könsskillnader påverkar kvinnors hälsa negativt.

Inte minst inom trafikplanering finns en könsskillnad som är viktigt att ta hänsyn till eftersom det främst är kvinnor som vårdar och besöker anhöriga parallellt med eget arbete och därför tar helt andra resvägar än män. Vi tar oftare omvägar till och från arbetet för att lämna barn, utträtta ärenden och titta in till åldrade släktingar. Dessutom kör vi mer sällan bil vilket gör att vi är mer beroende av lokaltrafiken samtidigt som de snabbare busslinjerna med fåtal hållplatser inte är lika användbara eftersom kvinnors rörelsemönster kräver flera byten.

Sammantaget undviker författaren ändå i stort sett att skuldbelägga mansläktet för dessa brister, vilket ju är tur eftersom även kvinnor gör och har gjort samma misstag. Däremot känns resonemangen ibland alltför förenklade och exemplen onödigt extrema, men det kanske har varit nödvändigt för att få genomslag för boken.



Petra Widerkrantz

Medicinsk rådgivare, Region Skåne
p@widerkrantz.se

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande

Magnus Isacson
magnus.isacson@sfam.se

Vice ordförande

Annika Larsson
annika.larsson@sfam.se

Facklig sekreterare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Björn Landström
bjorn.landstrom@sfam.se

Skattmästare

Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter

Maria Wolf, maria.wolf@sfam.se

Andreas Thörneby
andreas.thorneby@sfam.se

Ulrika Elmroth
ulrika.elmroth@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet

Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q

Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet

Susanne Steen
susanne.steen@yahoo.com

Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården

Sonja Modin, sonja.modin@gmail.com

Forskningsrådet

Anna Nager, anna@nager.se

Rådet för levnadsvanefrågor

Sven Wählin
sven.wahlin@sl.se

IT-rådet

Vilande

Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Hålfån Pétursson
halfdanpe@gmail.com

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog

Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com
Sonja Holmquist
sonja.holmquist@sl.se

Gastroprima – för mag-tarm-intresserade allmänläkare

Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Studierektorsnätverket

Helena Schildt Tossman
helena.schildt-tossman@sl.se

Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se
Hanna Sandelowsky
hanna.sandelowsky@sl.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Swe-GRIN

– Infektioner i primärvården

Katarina Hedin
katarina.hedin@rjl.se

Konsultationsnätverket

Staffan Ahlkvist
staffan.ahlkvist@gmail.com

Nätverket för fortbildningssamordnare

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

SPUR-inspektioner – samordning

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Svensk förening

för Glesbygdsmedicin

www.glesbygdsmedicin.info
Lars Agréus, lars.agreus@ki.se

Nätverket för psykisk ohälsa

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

Internationella kontaktpersoner

EGPRN

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

Euract

www.euract.se
Eva de Fine Licht
eva.de_fine_licht@vgregion.se

Equip

www.equip.ch
Eva Arvidsson
evaarv@gmail.com

Vasco da Gama Movement,

vdgm.woncaeurope.org
Joana Goncalves-Gomes
joana.goncalves-gomes@sl.se

Euripa

euripa.woncaeurope.org
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se

Nordic Federation of General Practice/APS

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

Nordiska kongressen

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.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 webmaster@sfam.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Anna Karin Fahlén
annakarinfahlen@gmail.com

VÄSTERBOTTEN

Jenny Lillqvist
jenny.lillqvist@regionvasterbotten.se
Andreas Lindmark
andreas.lindmark@regionvasterbotten.se

JÄMTLAND

Kristina Halldorf
kristina.halldorf@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND*

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Pécclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Madeline Hyttring
madelene.hyttring@regionvarmland.se
Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@regionvarmland.se

VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott
hanna.trillkott@gmail.com

UPPSALA

Anne Björk
annebjork@gmail.com

SÖRMLAND

Stina Schell
stina.schell@regionsormland.se

STOCKHOLM

Maria Wolf
maria.wolf@sl.se

GOTLAND

Susanna Althini
susanna.althini@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND

Helena Glad
helena.glad@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.troon@rjl.se

KRONOBERG

Olof Cronberg
olof.cronberg@abc.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE

Anna Lövgren
annalovgren4@hotmail.com
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE

Ingrid Stener
ingrid.stener@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE

Catarina Önning Seyer
c.seyer@telia.com

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Katarina Hansson
kah@nlg.nu

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Ordf: Bernd Sengpiel
bernd@sengpiel.se
Kont.person: Sekreterare
Niklas Lehtipalo
niklas.lehtipalo@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

Märit Löfgren
marit.lovgren@ptj.se

SKARABORG

Margareta Leonardsson-Hellgren
margareta.leonardsson-hellgren@vgregion.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

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

Layout

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd
Annika Cederlund & Camilla Wixenius

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10 C
Helen Semmelhofer
415 02 Göteborg
031-707 19 30
helen@mediahuset.se

Illustratör

Annika Andén
annika.anden@gmail.com

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen
karin.lindhagen@sfam.se

Petra Widerkrantz
p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Christer Petersson
christer-p@telia.com

David Svaninger
david.svaninger@gmail.com

Tryck

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

Hemsida: www.sfam.se
webmaster@sfam.se


 Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

**2021****Januari**

Kurs i kompetensvärdering
(vecka 3-kurs)
18-20.1 Nyköping

Kardiovaskulär sjukdom
Hjärt-lungfonden
22-23.1 Stockholm

EQuiP

26-27.1 Utrecht

Mars

Relationen, samtalet och läkares självkänedom
För mitt-i-ST-värderare och examinatore
8-10.3 Oxelösund

Mitt-i-ST-seminarium
För mitt-i-ST-värderare
22.3 Stockholm

Maj

Prekongress för ST-läkare
18.5 Åre

Svensk allmänmedicinsk kongress
19-21.5 Åre

September

Balintkongress
1-5.9 Bryssel

2022

22nd Nordic congress of family medicine
22-24.6 Stavanger, Norge

Utgivningsplan för 2021

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	11.1	8.2	15.3	Vaccination, infektion, pandemi
2	29.3	10.5	14.6	Hur hanterar vi kunskap? Psykisk ohälsa
3	23.8	20.9	25.10	Allmänläkarrollen i förändring Diabetes
4	11.10	8.11	13.12	Den nya primärvården Hjärt-kärl

Använd AllmänMedicin i ut- & fortbildning! Gör din beställning av extra nummer i god tid. Se sfam.se/tidskriften "för kursgivare".

SFAM:s kansli

Box 503, Grev Turegatan 10E,
114 11 Stockholm
www.sfam.se, kansli@sfam.se

Heléne Swärd
helene.sward@sfam.se,
Tel: 08-23 24 05

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

Webmaster
webmaster@sfam.se

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 SFAM på**Följ debatten på Ordbyte!**

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

VÄRVA nya medlemmar:

Be dem skicka ett tomt brev (utan rubrik eller innehåll) till adress: sfam-subscribe@yahoo.co.uk från den epost-adress de vill använda.

AVSLUTA medlemskap:

Skicka, från den adress du är registrerad på, ett tomt mail till: sfam-unsubscribe@yahoo.co.uk

På grund av rådande läge rekommenderas att kontrollera aktuell information på respektive hemsida.

KursDoktorn

www.kursdoktorn.se
KursDoktors kurser är granskade och godkända enligt SFAM:s kriterier och anvisningar.

KursMedicin

www.kursmedicin.se
Nationella kurser i allmänmedicin i samarbete med SFAM.

Provinsiälläkarstiftelsen

Kurser i samarbete med Distriktsläkarföreningen.
<https://slf.se/dlf/provinsiälläkarstiftelsen/aktuellakurser>



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



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