

# AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 2 2018 ÅRGÅNG 39



Genusfrågor

SFAM  
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 **Genusfrågorna är extra komplexa inom området medicin**  
*Hanna Åsberg*
- 3 **Hederskultur – en rättighet för "Svärjevänner"?**  
*Ingrid Eckerman*
- 4 **Fullmäktige 2018**
- 9 **Träning ger färdighet**  
*Anders Lindman*
- 10 **#me too – vad hände?**  
*Ingrid Eckerman*
- 12 **Att vara kvinna och läkare är ett privilegium**  
*Gita Rajan*
- 14 **Julia Schou utvecklar IT för vardagen**  
*Ingrid Eckerman*
- 16 **Finns det någon jämlikhet med alkohol?**  
*Sven Wählin*
- 19 **När mina ögon och öron öppnades för genusfrågor**  
*Ingrid Eckerman*
- 20 **Birgitta Hoveliuss: Allmänläkare och kvinna i ett historiskt perspektiv**  
*Ingrid Eckerman*
- 22 **En flykting berättar – Anförande inför läkarstudenter termin 5 i Göteborg 13 februari 2018**  
*Jihad Eshmawi*
- 25 **Sjukvården måste bli bättre på tortyrskador**  
*Frida Johansson Metso*
- 28 **Tortyr – ett mordförsök på tilliten**  
*Kristian Svenberg*
- 31 **Socialstyrelsen har definierat nätläkartjänster**
- 33 **Skarpt förslag eller mesig kompromiss? Höga förväntningar på Anna Nergårdhs utredning**  
*Gösta Eliasson*
- 35 **Kristdemokraten Acko Ankarberg Johansson vill öka statens inflytande över sjukvården**  
*Gösta Eliasson*
- 37 **Hallå där, Göran Sjönell, vad tänker du om det som händer i primärvården?**  
*Gösta Eliasson*
- 40 **Vad gjorde König?**  
*Peter Rosenberg*
- 43 **Flippen, Floppen och "Framtidens vårdcentral"**  
*Ingrid Eckerman*
- 44 **Rapport om verkligheten: Mitt i sjukvården**  
*Gerda Antti*
- 46 **Personligt hälsokonto för alla australiensare**  
*Ingrid Eckerman*
- 46 **Artificiell intelligens och automatisering för första linjens vård**  
*Ingrid Eckerman*
- 48 **FQ-gruppen – erfarenheter som kan inspirera**  
*Björn Rydhög*
- 50 **Save the date: Konferensen Berätta för livet!**
- 51 **Att åldras med intellektuell funktionsnedsättning**  
*Wilhelmina Hoffman och Barry Karlsson*
- 52 **Första nationella konferensen om Kliniskt kunskapsstöd för primärvården**  
*Eva Pulverer Marat*
- 54 **Reflexioner över ett SFAM-möte**  
*Kenneth Widäng*
- 57 **Vårt behov av rastplatser**  
*Christer Petersson*
- 58 **AllmänMedicin gratulerar**
- 61 **In memoriam: Göran Westman – en nydanande och mångsidig professor**  
*Katarina Hamberg, Eva Johansson, Roger Karlsson och Håkan Östling*
- 62 **Recension: Att möta lidande människor utan att gå under**  
*Meta Wiborgh*
- 63 **SFAM informerar, kalendarium**

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



## Omslagsbild AllmänMedicin nr 2-2018

### Genusfrågor

Under handledarutbildningen provade vi att byta roller. De som då fick prova gynstolen, fullt påklädda, blev förvånade över hur utlämnad man kände sig.



Annika Andén  
Luleå  
Illustratör

# Genusfrågorna är extra komplexa inom området medicin

**D**etta nummer av AllmänMedicin har genusfrågor som tema. Genusfrågorna har många aspekter och genomsyrar alla samhällsområden och vetenskaper. Det som gör dem extra komplexa (och intressanta tänker jag) inom just medicin som vetenskap, är att de sociala och biologiska faktorerna samverkar på ett så tydligt sätt.

En undersökning har visat att kvinnor får sämre hjärtinfarktsvård än män. Men vi vet också att atypiska symtom på hjärtinfarkt är vanligare hos kvinnor än hos män. Och då kommer nästa fråga: varför är det den manliga patienten som räknas som skolboksexemplet och kvinnans symtom som atypiska? Jag har inte läst de senaste versionerna av fysiologi- och patologiböckerna, men så beskrevs det i alla fall i kurslitteraturen för drygt 10 år sedan då jag läste min läkarutbildning.

Till detta måste vi sedan lägga kunskap om våra kliniska metoders effekter och träffsäkerhet på kvinnliga respektive manliga patienter, och anpassa vår utredningsgång därefter. Ett arbetsprov har ju till exempel lägre sensitivitet för ansträngningsutlöst ischemi hos en kvinna jämfört med en man.

Den här veckan när jag skriver denna ledare går jag en kurs i äldrepsykiatri. Idag tittade vi på statistik över suicidfrekvensen i befolkningen, uppdelat på kvinnor och män samt inom olika ålderskategorier. Männens använder i högre utsträckning våldsamare metoder än kvinnor och männen är överrepresenterade för fullbordade suicid. Siffrorna för männen ökar dessutom med stigande ålder. Kursledaren ansåg att detta är i högsta grad en genusfråga och det håller jag med om till fullo. Det finns många sjukdomar/diagnoser/besvär som har lägre status och som det forskas betydligt mindre på än hjärtinfarktsvården eller cancervården, och där genus antagligen spelar en minst lika stor eller större roll. Vi får inte glömma att genusbias kan drabba båda könen negativt. Ibland är det männen som är de stora förlorarna.

Transpersoner som önskar byta kön, men ännu inte har gjort det, har mycket hög risk för suicid. Om det finns problem med att sjukvården inte är jämställd mellan manliga och kvinnliga patienter, hur ser det då ut för transpersoner och icke-binära personer? Vilket bemötande får dessa patienter och får de lika

hög kvalitet på vården som andra patienter? Vilka fysiologiska aspekter blir viktiga att ta med i den medicinska bedömningen av patientens tillstånd när patienten har bytt kön? Här tycks behovet av god forskning om möjligt än större.

Sist men inte minst så handlar genusfrågorna givetvis om läkaren. Där är vi många kolleger, både kvinnliga och manliga, som kan vittna om personliga erfarenheter av ojämställdhet på arbetsplatsen. Det finns exempelvis undersökningar gjorda lokalt på arbetsplatser som visar att olika typer av patienter med olika vårdtyngd bokas på kvinnliga respektive manliga läkare. Till sakens natur landar det mest inom den fackliga sfären, dit SFAM inte hör, men icke desto mindre präglas hela vårt arbete av relationen mellan patienten och läkaren. Därför måste genusaspekter i den relationen också studeras utifrån bemötande, patientsäkerhet och sjukvårdens kvalitet.

**Hanna Åsberg**  
Ordförande

*hanna.asberg@sfam.se*



*Hanna Åsberg öppnar fullmäktigemötet 2018.*

## Annons

# Hederskultur – en rättighet för "Svärjevänner"?

**Som dotter till en yrkesarbetande kvinna som själv velat bli läkare, och efter att ha lagt ner nästan 30 år på min utbildning, så är det ganska självklart att jag inte haft några tankar på att bli hemmafru. Mina barn började på dagis när akademikerfruar var hemma med sina barn.**

Att jag däremot är batikhäxa [1] har jag förstått länge. Förutom att en batikhäxa gillar jämställdhet och ogillar främlingsfientlighet så håller hon heller inte käft på sig.

De som definierat begreppet "batikhäxa" anser uppenbarligen att kvinnor ska vara under 40, att de ska underordna sig mannen och att de ska lägga ner mycken omsorg på sitt utseende. Det låter misstänkt likt det som man brukar beskylla muslimsk kultur för.

Detta bekräftas när en nazistbesläktad grupp demonstrerar på kvinnodagen den 8 mars med "Hemmafruar: en manlig rättighet". Spelar det någon roll för en flicka om hon enrolleras till en högerextrem rörelse eller till IS?

De s.k. "Svärjevännerna" ser som en av sina uppgifter att skydda flickor och kvinnor från sexuellt våld från pojkar och män med utländskt påbrå. I detta syfte anser de sig ha rätt att använda ett synnerligen våldsamt språk på sociala media, och fysiskt våld i andra sammanhang.

Det påminner om hur familjer med annan kulturell bakgrund tillgriper hot och våld för att skydda sina kvinnor från att utsättas för andra mäns intresse.

Svärjevännerna var påtagligt tysta under metoo-hösten, då det blev uppenbart att de flesta män som förgripit sig på kvinnor är vanliga hederliga svenska män. Troligen går de manliga Svärjevännerna heller inte fria från anklagelser.

Heder och skam har spelat en stor roll för att kontrollera individen även i svenska och nordiska samhällen [2]. Kontrollen utövades av kyrkan på uppdrag av staten. August Strindbergs "Kronbruden" är ett bra exempel. I ett patriarkat är kvinnans heder viktig i samhällsklasser med egen-

dom – den som ska ärva måste ha både biologiskt och juridiskt släktskap med den avlidne. Även här har det förväntats att en man ska kunna försörja sin familj. Om han inte lyckats med detta har han kanske rymt utomlands eller begått självmord.

**Jag lever för närvarande i två parallella samhällen.** Det ena är mitt "riktiga", med trädgården utanför mitt fönster, mina grannar i kollektivhuset, alla ni läsare av AllmänMedicin, folkmusiken.

Den andra är en parallellvärld. Här delar jag, som en del av er läsare, oron och ångesten med "mina killar". De som trodde sig ha hittat trygghet och framtid, men blivit så grymt besvikna. De som inte vet hur deras liv ser ut om sex veckor, när tidningen landar i era brevlådor. Är de på väg mot ett tältläger på gatan i Paris? Eller har de redan landat i en okänd stad i ett okänt land? Vissa av dem är hotade till livet på grund av något hedersrelaterat som ligger generationer bort. Andra hotas av tvångsgiftermål. Alla tvingas in i ett mentalt fängelse där deras möjlighet att bestämma över sig själv upphör.

Att lyssna, om och om igen, på berättelserna om vad talibanerna gjorde med honom. Att försöka förstå hur en människa kan bära sig åt så mot ett barn. Att försöka utforma ett läkarintyg som är tillräckligt detaljerat och sakligt för att inte kunna avfärdas av Migrationsverket. – Efter att ha arbetat med de två tortyrartiklarna i detta nummer tänkte jag att detta nummer av tidningen vill jag aldrig öppna mer.

**Här finns också tjejerna.** De två systerarna som fick uppehållstillstånd och där lillasystern genast slängde sin hijab och fick pojkvän. Storasyster tog längre tid på sig – slående är hennes ändrade kroppsspråk när hon släppte ut sitt hår.

Flickan som är här med sin familj och olovandes har en pojkvän. Nu har man fått avslag. Om hon återvänder måste hon gifta sig med en 50-åring. Om hon offentliggör sin relation ökar hennes chans att få uppehållstillstånd, men hon tvingas leva under ny identitet. Om pojkvännen tvingas lämna Sverige blir hon mycket ensam.

Det är alldeles för stora beslut för tonåringar att fatta.



Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

#### Referenser:

1. En batikhäxa ber inte om ursäkt för sig <http://ingrideckerman.blogspot.se/2017/10/en-batik-haxa-ber-inte-om-ursakt-for-sig.html>.
2. Hedersrelaterat våld och förtryck. Kunskapsbanken <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/arnesguider/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/begreppet-heder/>.

**Stöd utvisningshotade ungdomar!**  
Ge ditt bidrag till bostad, advokat, kollektivtrafik!



**Stöttepelaren – stödförening  
för ensamkommande  
barn och ungdomar**

Bankgiro 5228-2381  
Swish 123 583 19 04  
Bankkonto SEB 5368 11 065 76  
<http://stottepelaren.se>

# Fullmäktige 2018

**S**FAM:s fullmäktige innehöll i år inga överraskningar. Allt gick lugnt till. Inte ens genomgången av ekonomin medförde några frågor från medlemmarna.

Tre styrelsemedlemmar avgick: Anna Nager, Åke Åkesson och Peter Berggren.

*Efter nyval har styrelsen följande sammansättning:*

**Ordförande:** Hanna Åsberg  
**Vice ordförande:** Ulrika Elmroth  
**Facklig sekreterare:** Gösta Eliasson  
**Vetenskaplig sekr.:** Björn Landström, Skövde (nyval)

**Kassör:** Magnus Kåregård  
**Ledamöter:** Maria Wolf, Andreas Thörneby, Marks kommun, VGR (nyval) och Annika Larsson, Skellefteå (nyval)



Hanna Åsberg tackar avgående Anna Nager.



Styrelsen 2018. Från vänster Björn Landström, Andreas Thörneby, Annika Larsson, Hanna Åsberg, Maria Wolf, Magnus Kåregård, Ulrika Elmroth och Gösta Eliasson.

**Chefredaktörens fråga:**

**Vad är "en god och nära vård"?**

Mina tre ord – kanske ett rekviem över ett av många förlorat hopp om den goda primärvården:

- Kompetent
- Personlig
- Uthållig

Eller blev det för dystert?



**Ingvar Krakau**  
ansvarig utgivare

**Doktor Glad AB**  
**@doktor\_glad**

Begreppet "stuprörsmedicin" har oförtjänt dåligt rykte. Stuprör ger ju optimal flöde-hastighet från start till mål. Ideal primärvård bemannas av parallella subspecialister så att alla kan få vara sin egen generalist, bara att googla och sen få remiss till valfritt stuprör.



Alias Andreas Thörneby

## Nytt ställningstagande om överdiagnostik

Det nybildade Rådet för hållbar diagnostik och behandling har gjort sin första arbetsuppgift: översatt det *position paper* om överdiagnostik och annan överanvändning av medicinska metoder som Nordic Federation for General Practice (NFGP) tagit fram.

Dokumentet finns på sfam.se på rådets egen sida.



## SFAM i Almedalen 2018

SFAM ska åter delta i Almedalen med två egna seminarier i Läkartidningens tält.

Måndag 2 juli kl 11.00: Den ojämlika vården (preliminär titel)  
Onsdag 4 juli kl 15.20: Vad betyder listningstak i primärvården?  
Därefter inbjuder SFAM Gotland till mingel i tältet.

Även Distriktsläkarföreningen är på plats med seminarier.

## Läkarförbundet: Reform för en god, nära och trygg vård

Inom Läkarförbundet har det skett en smärre revolution. För första gången lyfts primärvården upp som det bärande elementet i svensk sjukvård. I en broschyr beskriver man sina krav: **Kontinuitet är nyckeln till en fullt fungerande primärvård.** Detta kräver listning på läkare och ett listningstak.

**En fullt utbyggd primärvård för hela befolkningen**, vilket kräver en nationell reglering av primärvårdens grunduppdrag. **Primärvården ska vara en attraktiv arbetsplats.** Därför behövs reglerad rätt till fortbildning och sänkt tröskel för etablering av små professionsdrivna verksamheter.



20th-22nd AUGUST **2018 | COPENHAGEN**

It is true that one can sometimes have too much of a good thing. In healthcare this has been referred to as “too much medicine”, although because of potential confusion with “too much medication” a better term might be “too much healthcare”.

### **Overdiagnosis: what it is and what it isn't**

Broadly, overdiagnosis means making people patients unnecessarily, by identifying problems that were never going to cause harm or by medicalizing ordinary life experiences through expanded definitions of diseases.

Overdiagnosis has two major causes: overdetection and overdefinition of disease. While the forms of overdiagnosis differ, the consequences are the same: diagnoses that ultimately cause more harm than benefit. Confusion about what constitutes overdiagnosis undermines progress to a solution. We aim to draw boundaries around what overdiagnosis is and to exclude what it is not.

John Brodersen, Lisa Schwartz, Carl Heneghan, Jack William O'Sullivan, Jeffrey K Aronson and Steven Woloshin.  
Full article available in Evidence-Based Medicine BMJ Journal January 2018.

## **Call for Abstracts OPEN**

Accepted submissions will be published in **BMJ Evidence-Based Medicine**

[preventingoverdiagnosis.net](http://preventingoverdiagnosis.net)

# Välkommen på SFAMs ST-dagar i Allmänmedicin 15-17 oktober i Jönköping

Vi utlovar ett gediget program med föreläsningar, seminarier, diskussioner, paneldebatter, möjligheter till erfarenhetsutbyte och sociala evenemang.

Mer information och anmälan via [www.st-dagarna.se](http://www.st-dagarna.se)

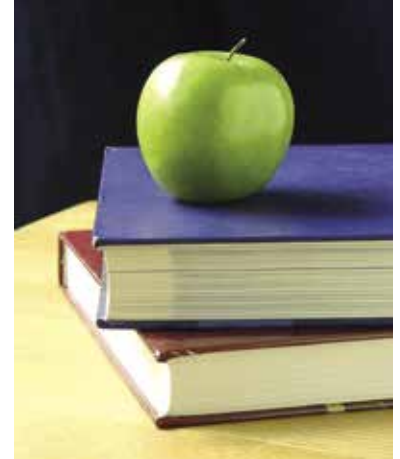
**Miss inte årets händelse för ST-läkare i allmänmedicin!**



# Inbjudan

SFAM – Svensk förening för allmänmedicin bjuder genom sitt kvalitets- och patientsäkerhetsråd SFAM Q in till den

## XV:e Nationella Kvalitetsdagen för Primärvården



Torsdagen den 15 november 2018  
på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm

*Dagen är en mötesplats för ca 150 kvalitets- och utvecklingsintresserade medarbetare och chefer inom primärvården. Alla yrkeskategorier är välkomna.*

### TEMAT FÖR ÅRET:

**Initiativet är vårt! Hur kan IT-stöd stärka kvaliteten i primärvården?  
Föreställningar, förväntningar och farhågor?**

Gästföreläsare: **Ilkka Kunnamo**, adjungerad professor i allmänmedicin Helsingfors Universitet, som har utvecklat guidelines and kliniska beslutsstöd. Just nu arbetar han med Evidence-Based Medicine electronic Decision Support, EBMeDS, [www.ebmeds.org](http://www.ebmeds.org), med automatiska påminnelser, interaktiva algoritmer och behandlingsplaner.

Vi kommer som vanligt ha fokus på redovisning av, och diskussion om, förbättringsprojekt från olika delar av landet och utbyte av erfarenheter.

**Mer info på SFAMs hemsida [www.sfam.se](http://www.sfam.se).**

Har du frågor om din konferensanmälan kontakta:  
[katarina.boltenstern@sfam.se](mailto:katarina.boltenstern@sfam.se)

**Varmt välkomna till Stockholm den 15 november 2018 för att utbyta erfarenheter och inspireras till utveckling av svensk primärvård!**

**SFAM**  
Svensk förening för allmänmedicin

### Har du frågor kontaktar du din närmaste SFAM Q representant:

Eva Arvidsson.....	Jönköping .....	<a href="mailto:evaarv@gmail.com">evaarv@gmail.com</a>
Hans Brandström.....	Visby .....	
Stina Gäre Arvidsson (webb) .....	Sundbyberg .....	<a href="mailto:stina.gare.arvidsson@gmail.com">stina.gare.arvidsson@gmail.com</a>
Nimisha Chanduka.....	Stockholm .....	<a href="mailto:Nimisha_24@hotmail.com">Nimisha_24@hotmail.com</a>
Rita Fernholm (ordf).....	Nacka .....	<a href="mailto:rita.fernholm@gmail.com">rita.fernholm@gmail.com</a>
Christer Rosenberg		
Robert Kristiansson.....	Uppsala .....	<a href="mailto:robert.kristiansson@regionupsala.se">robert.kristiansson@regionupsala.se</a>
Ulrika Elmroth (styr, repr) .....	SFAM .....	<a href="mailto:ulrika.elmroth@skl.se">ulrika.elmroth@skl.se</a>





## 21st Nordic Congress of General Practice 2019

Promoting General Practice Perspectives

17-20 June 2019, Aalborg, Denmark

SAVE  
THE  
DATES

[www.nordicgp2019.dk](http://www.nordicgp2019.dk)

### Main themes:

- core values
- current challenges
- changing practice

**dsam**  
Danish College of General Practitioners





# Träning ger färdighet

**A**ntalet vetenskapliga artiklar ökar raskt. Vi har redan i dag mera kunskaper än vi har möjlighet (råd med) att nyttja. Det ligger bakom den ökande specialisering som nu sker och som starkt bidrar till krisen i dagens sjukvård. En effekt av kunskapsstillväxten, vilket i grunden är bra, är att den ställer krav på träning.

SBU:s f.d. chef, Måns Rosén presenterade i SOU 2015:98 en utredning om att ”träning ger färdighet”. Den avsåg den högspecialiserade vården på nationell och regional nivå. Av utredningen framgick att i Sverige skulle förslaget spara 500 liv varje år. Men det förutsatte att regeringen tog fasta på förslagen, som bl.a. skulle innebära att staten tog ansvar för centralisering av sällan-sjukvården och att antalet sjukvårdshuvudmän skulle reduceras från 21. Roséns förslag har ännu inte realiserats.

Stenmark sa i en intervju med Bedrup att ”ju mer han tränade ju mera tur hade han”. Min bilmekaniker sade att han gör ett svårt ingrepp sex gånger snabbare andra gången jämfört med den första. Nu har vi nyss haft OS och hört att träning även ger färdighet inom sporten. Att så är fallet tycks ”träning ger färdighet” vara allmängiltigt.

Men varför talar vi så lite om det? Hur kan vi acceptera att en kirurg gör ett specifikt ingrepp väldigt sällan och ändå remittera till hen för operation? Dr Michael Mosley lät sig scoperas av en dr med väldigt många scopier bakom sig. Varför kräver vi inte att vi och patienten får veta erfarenheten hos dem vi remitterar till?

Kiruna sjukhus lade ned sin förlossningsavdelning först när det gick mer än 40 timmar mellan varje förlossning! Det var



inte hederligt mot vare sig dem som arbetade på förlossningen eller dem som skulle förlösas i Kiruna.

Men hur göra med det akuta? Hur sätta gräns för hur sällan ingreppen bör göras och hur beräkna erfarenheten på exempelvis bakjouren? Vad blir politikens roll? Det är frågor som vi borde diskutera nu.

Kanske bör vi införa SOU 2015:98 och fortsätta med att se över den akuta sjukvårdsorganisationen, exempelvis ta bort landstingen.

Anders Lindman  
Umeå

[anderslindman@gmail.com](mailto:anderslindman@gmail.com)



## AllmänMedicin informerar

# Akademiska öppnar e-mottagning för alkoholproblem



Vårdkontakt via videolänk som alternativ till mottagningsbesök på sjukhus ska underlätta för personer med alkoholberoende att söka vård för sina problem. Akademiska sjukhuset, Uppsala, öppnar en e-mottagning för att göra vården mer tillgänglig.



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**

Pilotstudien ska pågå under ett halvår, fram till november 2018. Målgruppen är personer över 18 år med riskabel alkoholkonsumtion som i dagsläget inte har kontakt med vården.

Patienter som deltar i studien erbjuds totalt sex virtuella vårdmöten inom en tremånadersperiod. I upplägget ingår virtuell kontakt med läkare vid beroendemedicinska mottagningen för bedömning, uppföljning och medicinering, provtagning samt kontakt med beroendesjuk-sköterskor som erbjuder återkoppling och motivationshöjande behandling.

# #me too – vad hände?

Hösten 2017 skakades mediasverige av tusentals vittnesmål från kvinnor i olika positioner som blivit utsatta för oönskade sexuella närmanden. I november öppnade Kvinnliga Läkarens Förening (KLF) en facebookgrupp som snabbt fick många medlemmar som vittnade om vad de varit med om.

Uppropet #utantystnadsplikt undertecknades av 10 400 kvinnliga läkare – ett av de största (ruta på nästa sida) [1]. Uppropet avslutas: "Vi som skriver under detta har inte alla utsatts för sexuella övergrepp. Men vi arbetar alla i samma makistruktur." En rad exempel togs upp [2]. Läkare- och sjuksköterskestudenter vittnade om samma sak [3]. Patienter kom med #vårdensomsvek [4].

Några veckor senare publicerade de medicinska fakulteternas dekaner ett uttalande till stöd för de kvinnliga läkarna [5]. Så kom 1 500 manliga läkare



Initiativtagarna till #utantystnadsplikt fick Sjukhusläkarens "Friska sjukvårdspriset".

och utlovade sitt stöd och att rannsaka sig själva [6].

Läkareförbundets ordförande Heidi Stensmyren uttalade sitt stöd [7] liksom SYLF:s vice ordförande Anne Liljedahl [8].

**Uppropet satte inte bara tillfälliga spår.** Akademiska sjukhuset i Uppsala

satsar på att utbilda personalen om våld mot kvinnor [9]. KLF:s vårseminarium 2018 har titeln "Sexuellt våld – vad är läkarens roll?" [10]

Att Sjukhusläkaren gav "Friska sjukvårdspriset" till #utantystnadsplikt får ses som att frågan tas på stort allvar [11].

Att läsa vittnesmålen är en deprimerande läsning. Jag har svårt att acceptera att mina manliga kollegor bär sig åt på detta sätt. Det är framför allt yngre läkare och studenter i beroendeställning som vittnar.

**Primärvården är en utpräglat kvinnlig arbetsplats**, där männen har en högre position än många av kvinnorna. Jag har själv upplevt hur en manlig chef systematiskt uppvaktade unga sekreterare och andra. Med ålderns och oberoendets rätt sade jag ifrån att det inte var acceptabelt – han sa att han inte tyckte det var olämpligt.

Idag hade jag väl vågat ett steg till – talar med hans överordnade. Troligen hann han med att uppvakta ett flertal yngre kvinnor innan han gick i pension.

Samtidigt vet jag att de manliga läkarna kan bli utsatta för ovälkommen uppvaktning av kvinnlig personal – något vi gärna talar tyst om.

Inte många chefer lär ha tagit initiativ till någon metoo-diskussion på arbetsplatsen. I bästa fall finns det någon snutt om jämställhetsarbete med i samverkansavtalet.



Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se



Illustration: Annika Andén

## Referenser

- 10 400 läkare skriver under uppropet #utan-tystnadsplikt SvD 30.11.2017 <https://www.svd.se/10400-kvinnliga-lakare-mot-overgrepp-och-trakasserier>.
- Överläkaren tryckte sitt stånd mot mig i hissen SvD 30.11.2017 <https://www.svd.se/han-sa-ga-harifran-annars-valdtar-jag-dig#sida-4>.
- Han undrade om jag ville sova över med honom i jourrummet Läkartidningen 30.11.2017 <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/11/Han-undrade-om-jag-ville-sova-over-med-honom-i-jourrummet/>.
- #metoo – värden som svek Feministiskt perspektiv 9.1.2018 <https://feministisktperspektiv.se/2018/01/09/vardensomsvek-om-overgreppen-mot-patienterna/>.
- #utantystnadsplikt – ett uttalande från dekaner vid medicinska fakulteter Umeå Universitet 14.12.2017 <https://www.aurora.umu.se/nyheter/2017/12/utan-tystnadsplikt2/>.
- Tillsammans kan vi skapa förändring Läkartidningen 19.12.2017 <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/12/Tillsammans-kan-vi-skapa-forandring/>.
- Det är viktigt att våga berätta Läkartidningen 23.11.2017 <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/11/Patienter-samlas-i-upprop-mot-sexuella-overgrepp-inom-varden/>.
- Det är otroligt viktigt att stötta dem som faktiskt kliver fram Läkartidningen 30.11.2017 <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/11/Det-ar-otroligt-viktigt-att-stotta-dem-som-faktiskt-kliver-fram/>.
- Akademiska utbildar personal om våld mot kvinnor efter metoo Läkartidningen 29.11.2017 <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/11/Akademiska-utbildar-personal-om-vald-mot-kvinnor-efter-metoo/>.
- Kvinnliga Läkares Förening <https://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Intrasseforening/Kvinnliga-Lakares-Forening/>.
- #utantystnadsplikt får årets Friska Sjukvårdspris Sjukhusläkaren 8.3.2018 <http://www.sjukhuslakaren.se/utantystnadsplikt-far-arets-friska-sjukvardspris/>.

# #utan tystnads- plikt

Läkaryrket bygger på respekt för andra människor. I det ingår respekt för andras kroppar. Vi är 10 400 läkare och läkarstudenter som står bakom denna text. Vi är kvinnor, icke-binära och transpersoner.

Som läkare blir vi aldrig färdigutbildade. Vi börjar längst ner i en hierarki, och måste steg för steg arbeta oss uppåt till nästa nivå. Läkarstudent, underläkare, AT-läkare, ST-läkare, specialistläkare, överläkare. Ständigt är vi beroende av dem som står över oss i karriärtrappan. Det här betyder att vi är i beroendeställning gentemot seniora kollegor, inte under några år, utan i decennier. Majoriteten av läkare över 60 år är män, medan mer än hälften av de yngre läkarna är kvinnor – andelen kvinnor som läser på läkarprogrammet är 57 procent.

De två senaste veckorna har vi gått samman i en sluten Facebookgrupp där vi har kunnat dela berättelser om kränkande upplevelser från yrkeslivet med varandra. Ett urval av dem publiceras med denna text. Våra vittnesmål beskriver bland annat sexuella trakasserier och osynliggörande av läkare och läkarstudenter. Utövarna är ofta manliga läkare som står högre upp i maktordningen. Men vittnesmålen visar också att trakasserier kan komma från yngre manliga kollegor och från manliga patienter. Sexuella övergrepp anmäls sällan, bland annat eftersom den utsatta ofta är

underordnad förövaren. Några av de läkare som ändå vågat anmäla vittnar om uteblivet stöd.

**En färsk undersökning** gjord av Sveriges Läkarförbund – Om kliniska studier vid Sveriges läkarutbildning 2016 – visar att fler än hälften av alla kvinnliga läkarstudenter upplever att de har blivit diskriminerade på grund av sitt kön. Det tar sig framför allt uttryck i att manliga studenter fått företräde i praktiska moment, samt i nedlåtande kommentarer från manliga handledare.

Enligt den nya avhandlingen *Det är ju bara ett jobb – En ny generation läkare hanterar karriär och arbetsideal* från Umeå universitet, har man kunnat se att kvinnliga och manliga läkarstudenter har liknande karriärdrömmar i början av utbildningen. Men under de kliniska placeringarna känner sig hälften av de kvinnliga läkarna exkluderade och väljer därför framför allt bort vissa kirurgiska specialiteter.

**Tittar man på den senaste statistiken från Sveriges läkarförbund kan man konstatera att endast 16 procent av landets ortopedier är kvinnor, inom thoraxkirurgi och neurokirurgi är siffran 13 procent.**

Läkarförbundets etiska regler, punkt 6, lyder: ”Läkaren ska aldrig frångå principen om människors lika värde.” I detta ingår att behandla andra människor med respekt, inklusive att visa respekt för andras kroppar. Det gäller alla människor, även kollegor.

Samtidigt som detta upprop publiceras, skickas det även till Sveriges sjukhusledning, primärvårdschefer och ansvariga vid Sveriges sju medicinska fakulteter med läkarprogram. Många av de händelser vi vittnar om bryter mot diskrimineringslagen, arbetsmiljölagen och brottsbalken. Läkarförbundets etiska regler överträds på flera punkter. Vi vill veta hur ni tänker förändra detta, med konkreta åtgärder och tidsplan för implementering och utvärdering. Vi vill veta hur säkerheten ska garanteras för den som drabbas av sexuella trakasserier, så att fler tös anmäla.

**Vi som skriver under detta har inte alla utsatts för sexuella övergrepp. Men vi arbetar alla i samma maktstruktur.**

# Att vara kvinna och läkare är ett privilegium

**V**isst får vi lägre löner, sämre arbetsförhållanden och visst får vi utstå sexuella trakasserier från både chefer, kollegor och patienter i högre utsträckning än våra manliga kollegor. Men det är ändå ett privilegium som rymmer en enorm möjlighet att påverka, förändra och förbättra inte bara för oss själva, utan för kvinnor och barn över hela världen. Och självklart också för män!

Vanligtvis är det så många andra som ändå arbetar för att förbättra tillvaron för män, så män är inte lika beroende av att det finns kvinnor som är läkare och bryr sig om just dem.

Kvinnor behöver kvinnor som använder både sin egen upplevda erfarenhet och kunskap av att vara kvinna och sin kompetens och sin vetenskapliga skolning, för att observera, kategorisera och analysera ibland kända, ibland dolda områden, för att förbättra hälsan och levnadsvillkoren för såväl sig själva som för sina medsystrar och barn.

Essias Tegner sa att det dunkelt sagda är det dunkelt tänkta. Jag tycker det berör något centralt av det jag uppfattar som privilegiet i att vara kvinna och läkare – i att använda kunskap som en möjliggörare för det tydliga ordets makt. Låt oss titta på mitt favoritområde, sexuella övergrepp.

**"Vi i Kvinnliga Läkares Förening (KLF) är övertygade om att vi behöver arbeta systematiskt och rationellt, och vi rekommenderar att vi slutar betrakta området som svårt och luddigt."**

**Trots att vi numera vet** att sexuella övergrepp är en enskild och stor riskfaktor för såväl psykisk och fysisk ohälsa så har dessa händelser och efterföljande skadeutveckling inte alls observerats, kategoriserats och analyserats på samma nitiska sätt som låt oss säga olyckor och frakturer. Det får konsekvenser för hur vi ser på och pratar om både sexuella trakasserier och övergrepp, och på vår kollektiva förmåga att göra något åt det.

Vad det beror på är en egen diskussion. Men det vanligaste återkommande argumentet som jag får höra är att just sexuella övergrepp är så svåra att definiera, och därför går det inte att hantera dem lika rationellt som ett benbrott.

Jag vill med kraft hävda motsatsen. Det är svårt och luddigt för att det inte har hanterats, olika rationellt som till exempel frakturer. Och det har varit svårt att hantera det på samma sätt eftersom det inte har funnits några specialistkliniker där patienter har kunnat samlas och deras anamnes och skadeutveckling har kunnat observeras, kategoriseras och mönster analyseras.

## Kvinnliga Läkares Förening (KLF)

Kvinnliga Läkares Förening har sina rötter i Kvinnliga Läkares Kommité, bildad 1916 av Karolina Widerström. Hon engagerade sig djupt i de sociala villkoren i allmänhet och kvinnors villkor i synnerhet. Karolina Widerström var Sveriges första kvinnliga läkare, utexaminerad 1888. Då var kvinnlig rösträtt, rätt till tjänst och lika lön på dagordningen.



Kommitén blev Kvinnliga Läkares Klubb, ombildad 1969 till Kvinnliga Läkares Förening (KLF). 1976 blev KLF en intresse- och delförening i Läkarförbundet. Idag är KLF en av de största intresseföreningarna inom Läkarförbundet med ca 1 500 medlemmar. KLF är öppen för såväl kvinnliga läkare som kvinnliga läkarstuderande.

**2015 startade Wonsa**, World of no sexual abuse, sin läkar-mottagning för patienter med psykologiska skador efter sexuella övergrepp. Mottagningen startade inte på förfrågan från hälso- och sjukvården. Den startade för att kvinnor som var läkare och hade lyssnat på sina patienter och patientorganisationer tillsammans med andra yrkesgrupper analyserade situationen och såg behovet. Mottagningen har nu två läkare som arbetar gratis och 20 psykologer, psykoterapeuter, terapeuter och kroppsbehandlare. Förra året genomfördes över 4 000 traumabehand-

## Wonsa

Wonsa är en politiskt och religiöst obunden ideell organisation. Genom behandling, forskning, och kunskapsspridning arbetar Wonsa för att göra specialiserad vård för psykologiska skador efter sexuella övergrepp tillgänglig över hela landet.

Wonsa är idag Sveriges enda forskningsinriktade specialistklinik för vuxna patienter som har utsatts för sexuella övergrepp i barndomen.

Wonsas kostnader täcks till 20 % av patientavgifter och besöksersättningar. Hyran täcks av gåvor, och våra läkare arbetar som volontärer. Wonsa kommer att fortsätta arbeta tills samhället erkänner att patientgruppen finns och finansierar den vård patientgruppen behöver och har rätt till.

**WONSA**  
world of no sexual abuse



Illustration: Annika Andén

lingstimmar. Det är nu över ett års väntetider till mottagningen och patienter söker sig dit från hela landet. Fortfarande anser många landsting att verksamheten inte behövs.

Verksamheten fortsätter trots det, eftersom de kvinnliga läkarna bryr sig om sina patienter, som till 93 % är kvinnor, och för att de anser att uttalanden om att verksamheten inte behövs är ovärdiga så länge de inte bygger på kliniska data och statistiska beräkningar. De läkarna har nu efter tre år observerat, kategoriserat och analyserat tillräckligt många patienter för att kunna se mönster och möjliggöra det tydliga ordets makt.

**Många undrar vad vi behöver göra nu efter metoo** för att uppnå en varaktig förändring och ökad trygghet för alla människor, också för kvinnor och barn, i skolor, lärosäten och arbetsplatser.

Vi i Kvinnliga Läkares Förening (KLF) är övertygade om att vi behöver arbeta systematiskt och rationellt, och vi rekommenderar att vi slutar betrakta området som svårt och luddigt. Vi ska börja använda den kategorisering av sexuella trakasserier och övergrepp som Wonsa har tagit fram: SAC17 (Wonsa Sexual Abuse Classification 2017). Klassificeringen är tredimensionell och bygger på kategorisering av typ av övergrepp, av omständighet och av relation till förövaren. Systemet är inte kopplat till och skall inte förväxlas med juridiska rubriceringar eller definitioner.

När det gäller arbetsplatser kan vi göra det enkelt och bara använda de tre första stegen i kategoriseringen av typ:

Typ1: Sexuellt övergrepp utan fysisk kontakt

Typ2: Sexuellt övergrepp med fysisk kontakt

Typ3: Sexuella övergrepp med penetrering av kroppsöppning

**Tänk vad lätt det blev!** Nästa gång någon faller en sexistiskt behöver du bara rapportera att du blev utsatt för ett typ 1-övergrepp. Och om någon tar dig på bröstet talar du om för din chef att du precis blivit utsatt för ett typ 2-övergrepp. Sedan registreras alla övergrepp på en öppen hemsida så att du nästa gång du söker jobb inte bara kan jämföra lönestatistik utan också statistik över hur många olika typer av övergrepp som har rapporterats under det senaste året på de olika arbetsplatserna.

## Nationell registrering av sexuella trakasserier och övergrepp på arbetsplatser och lärosäten – ett förslag från Wonsa

Sexuella trakasserier och övergrepp på arbetsplatser och lärosäten är ett brott och ett arbetsmiljöproblem som skapar såväl ohälsa som otrygga, ojämställda och ojämlika villkor för utbildning och karriär. För att minska förekomsten av sexuella trakasserier och övergrepp på arbetsplatser och lärosäten behövs ett tydligt och systematiskt arbete för att synliggöra, kartlägga och åtgärda förekomsten.

- **Kartläggning av förekomst** av sexuella trakasserier eller övergrepp på enskilda såväl som på alla förekommande arbetsplatser och lärosäten i Sverige.
- **Kartläggning av hur ofta** som sexuella trakasserier eller övergrepp rapporterats till ansvarig på arbetsplats eller lärosätet, och hur ofta åtgärder vidtas.
- **Jämförelse av data** mellan olika arbetsplatser/lärosäten, branscher och regioner.
- **Utvärdering av åtgärder** och förändringar av förekomst av sexuella trakasserier och övergrepp över tid på enskilda såväl som på alla förekommande arbetsplatser och lärosäten i Sverige.

På samma rationella sätt borde vi hantera våra ojämställda löner. Upprätta arbetsbeskrivningar för vad som ska ingå i tjänsten och sätt ett värde för de olika uppgifterna. Sen kan vi också här ha öppna jämförelser för olika arbetsplatsers arbetsbeskrivningar och löner, och se om det eventuellt finns några skillnader. Ingår till exempel påfyllnad av handsprit och tömning av diskmaskin i alla läkares uppgifter, eller endast i vissas? Finns det några mönster? Hur påverkas karriärmöjligheterna och löneutvecklingen av om arbetsbeskrivningen innehåller arbetsuppgifter som att fylla på handsprit eller att analysera eller korrigera postoperativa felställningar?

**Gita Rajan**

Medicinskt ansvarig och verksamhetschef,  
Wonsa  
Doktorand, Karolinska institutet  
[gita.rajan@wonsa.org](mailto:gita.rajan@wonsa.org)



## Tydliga arbetsbeskrivningar för läkare – ett förslag från KLF

Oskäliga löneskillnader och otydliga underlag för meritering och karriär skapar dålig arbetsmiljö och ojämlika karriärmöjligheter och ger förutsättningar för destruktiva maktförhållanden. KLF föreslår därför tydliga arbetsbeskrivningar, kopplade till lönesättning, meritering och karriär för alla läkare. KLF arbetar på att ta fram en mall för arbetsbeskrivningar, som ska kunna användas vid nyanställningar och vid löneförhandlingar.

# Julia Schou utvecklar IT för vardagen

**Inför AllmänMedicin 4-2016 med temat IT i primärvården intervjuade jag allmänläkare som byggt upp olika IT-system. Jag lyckades inte få tag på någon kvinna. När jag träffade Julia Schou nappade jag genast. Jag ställde henne samma frågor.**

## Vem är du?

– Jag är 38 år, sambo med två små barn. Jag jobbade på kvarterersakuten Matteus i åtta år. Sedan september 2017 arbetar jag på Doctrin, först halvtid och nu heltid.

## Vad är det du har bidragit med i IT-branschen?

– Vi digitaliserar patientresan, dvs. tar fram en digital plattform för asynkron kommunikation mellan befintliga vårdgivare och patienter. Patienten får en länk via vårdcentralens telefonväxel eller hemsida. Där fyller hen i ett frågeformulär. Det är smart utformat utifrån patientens kön och ålder. Nya frågor dyker upp beroende på hur patienten svarat. När vårdgivaren går in finns redan anamnesen där, det går fortare att komma till kärnan. Vid behov kompletteras med telefon, foto, video eller fysiskt besök.

– Bäst är systemet kanske när man följer upp sina kända patienter. Från Läkarbesök online kan vi hänvisa patienterna till sin egen läkare och även boka in tid.

– Som läkare arbetar jag med att ta fram innehåll, framför allt frågeformulären. De börjar med de tre f:en: föreställningar, farhågor och förväntningar. Det är i anamnesen större delen av diagnosen finns, och det är en utmaning att föra över den kliniska blicken till frågeformulären.

– Vi ska se till att produkten är anpassad så att den fungerar i vårdpersonalens vardag. Några kollegor jobbar med implementering på vårdcentralerna.

## Vad var det som fick dig att börja?

– Ingen hade varit mer förvånad än jag om jag hört detta för ett år sedan. Jag har aldrig varit särskilt intresserad av IT tidigare.



Julias arbetsplats.

Foto: Ingrid Eckerman



Doctrin AB, då två personer, startade 2016 ett samarbete med Capio om e-hälsotjänster. Nu är man 43 anställda, varav 11 läkare. Av läkarna är hälften kvinnor, inklusive Julias chef. Målet är uppnå en jämn fördelning mellan könen på ledande poster i företaget. Andra samarbetspartners är bland annat Medibas, Praktikertjänst och Landstinget Sörmland. Visionen är "Vi vill förbättra sjukvården för en miljard människor". Under 2018 kommer Capios alla 80 vårdcentraler att anslutas, med 750 000 listade patienter. *Läkarbesök online* är ett digitalt komplement till vårdcentralernas service.

En gammal kollega berättade om företaget och dess idé. Hon presenterade en lösning för många av våra utmaningar: stressen i primärvården, att patienterna inte är delaktiga men att de lever länge med sina sjukdomar.

Jag provade på och blev fast för idéerna. Jag är här för att jag tror att jag kan hjälpa sjukvården och samtidigt värna om allmänmedicinen och de allmänmedicinska principerna.

## Vad har detta inneburit för dig som läkare?

– Jag sitter på en position där jag får vara med och påverka. Jag får använda mina patienterfarenheter på ett kreativt sätt för att utveckla de digitala verktygen. Det är roligt att få använda läkarrollen på detta sätt. Jag är ute och pratar med både allmänläkare och beslutsfattare, jag kan komma med förslag och lösningar på problem som finns.

– Jag jobbar också på Läkarbesök online. Alla läkare jobbar där, för att testa det vi utvecklar. Där blev jag utvärderad! För nyanställda går den medicinskt ansvarige läkare igenom alla detaljer för tjugo patientbesök. Fördelen är att all kommunikation finns nerskriven. Efter detta får man ett "digitalt körkort". Hur många specialister blir bedömda på detta sätt? Metoden skulle kunna användas i balintgrupper och annan kompetensutveckling.

– Kontakten med läkaren är en resa för patienten, inte punktsatser. Det handlar om en kontinuerlig kontakt mellan husläkaren och patienten. Tekniken kan göra mycket för att utveckla kommunikationen och informationsinsamlingen inom befintlig sjukvård. Med asynkron kommunikation ökar tillgängligheten både för mig och för patienten, resurser sparas. Min tid utnyttjas bättre, och jag slipper stressen under telefontiden.

Det är inte fråga om antingen digitalt eller fysiskt besök, utan att jag får fler färger på min palett. Det är ett roligt sätt att jobba som höjt kvaliteten. Är jag tveksam så kan jag boka in patienten på ett fysiskt besök. Det är lätt att skicka patientinformation och lätt att följa upp med patienten.



Julia Schou.

– Patienterna kan läsa vad de själva skrivit. Både besvär och riskfaktorer kartläggs grundligt. Vi kan gemensamt titta på deras historia. Med två klick för jag över informationen i journalen.

– Det är lättare att använda aktiv expektans. Tryggheten ökar både för patienten och doktorn.

### Hur ser du på framtiden för ditt intresseområde?

– Vi ska utvecklas så bra som möjligt för vårdgivarna. Vi riktar oss mot primärvården, men jag ser inga begränsningar. Psykiatrin kan bli nästa område.

– För dem med språksvårigheter finns möjligheten med översätta formulär och att bjuda in tolkar. Verktøygen måste anpassas så att de passar funktionshindrade, äldre och kroniskt sjuka. Idag är alla online, och det är dags att vårdcentralerna hänger med.

– Enda kommunikationsverktyget mellan specialiteterna idag är remisser. Jag tänker mig en samlade plattform, där man kan chatta asynkront med kollegor i andra delar av sjukvården.

– Vi blickar också utåt i världen, att andra människor ska få bättre sjukvård. Hur ska vi kunna använda detta i resurssvaga områden? Jag som läkare kan med digitala verktyg använda min kompetens långt bortanför min fysiska närvaro, jag kan hjälpa till över hela världen.

– Vi har en disputerad läkare och en docent i teamet. I vårt allmänläkarråd finns Anna Nager, Ingvar Krakau och Sten Forsberg. Att det finns ständig forskning och utvärdering av produkten är viktigt för mig. Tillsammans med Primärvårdscentrum i Lund gör vi tre delstudier där vi utvärderar antibiotikaanvändning vid digital kontra fysisk vård. Troligen kommer vi senare att använda PrimärvårdsKvalitet i utvärderingen.

– Ersättningssystemen styr hur vi arbetar. Får vi bara betalt per fysiska besök så blir det många sådana. Får vi mer betalt för kontakter över internet än över telefonkabeln så blir det fler sådana kontakter. Vid kapiteringsersättning behöver jag inte lägga ner energi och tid på att kategorisera mina kontakter.



Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

# Annons



# Finns det någon jämlikhet med alkohol?

Skillnader mellan kvinnor och män i relation till alkohol är ofta stora. Orsaken kan vara genetiskt/biologiskt eller kulturellt betingad. Biologiska skillnader finns i känslighet för hälsoskador, men även olika attityder och dryckesbeteenden påverkar skadefallet. På individnivå är variationen mycket stor för tolerans, psykisk effekt av alkohol och olika organs känslighet. Detta har större betydelse än de könsskillnader som ses på gruppnivå. Beskrivningar nedan gäller huvudsakligen på gruppnivå och får tolkas med denna bakgrund.

## Konsumtion

Män dricker mer än dubbelt så mycket som kvinnor. I genomsnitt dricker män (15 år och äldre) 12,9 liter ren alkohol per år och kvinnor 5,5 liter. Ett undantag är skolgång, där flickor dricker något mer än pojkar. Kvinnors andel av alkoholkonsumtionen har ökat, men tycks nu stabiliseras. Särskilt äldre kvinnor har ökat sin konsumtion. Hos 75-åriga svenska kvinnor har riskkonsumtion femtonfaldigats på 30 år, men detta är från en mycket låg nivå till en fortfarande låg nivå jämfört med alla andra grupper. En orsak är den förbättrade hälsan hos äldre. En annan den ökade jämställdheten och bättre ekonomi. Det har skett ett generationsskifte: under motbokstiden hade gifta kvinnor inte egen ranson, vilket speglade dåtidens syn på alkohol som en manlig angelägenhet. Yngre kvinnor började dricka alkohol på 1970-talet, då mellanölet var lättillgängligt. Även vin- och matkulturen har bidragit till att göra alkoholen även en kvinnlig angelägenhet.

---

**"Under motbokstiden hade gifta kvinnor inte egen ranson, vilket speglade dåtidens syn på alkohol som en manlig angelägenhet."**

---

Det är emellertid inte alla som dricker alkohol. Bland män är 6 % livslånga nykterister och bland kvinnor 18 %. Även dryckesmönster varierar. Kvinnor dricker försiktigare när de dricker. 33 % av männen och 14,5 % av kvinnorna har intensivkonsumerat senaste månaden. Kvinnor dricker oftare ensamma och i skyddade miljöer som i hemmet och män oftare i krogmiljöer. Könens skäl till att dricka kan också variera. Kvinnor dricker oftare för att hantera psykologisk stress och konflikter, d.v.s. hantera negativa känslor. Män däremot dricker oftare som belöning, på grund av socialt tryck men även vid frustration. Kvinnors favoritdryck är vin, männens öl. Utav all alkohol kvinnor dricker kommer 69 % från vin, för män är siffran 31 % [1, 2, 3].

En konsekvens av könens olika konsumtion är att männen drabbas av hälsoskador och beroendutveckling betydligt oftare än kvinnor.

## Biologiska skillnader i alkoholomsättningen

Våra sociala normer säger att kvinnor bör dricka mindre än män (ungdom och unga vuxna möjligen undantagna). Detta har delvis en biologisk grund då kvinnor blir mer berusade än män på samma mängd alkohol. Orsaker är att kvinnor i genomsnitt väger mindre än män samt att halten kroppsvatten är lägre. Alkohol är främst vattenlösligt, och med större volym att spädas ut i blir mäns promillehalt lägre vid samma konsumtion. Ytterligare små skillnader kan finnas i absorption och levermetabolism. Summa summarum får kvinnor som konsumerar samma mängd alkohol som en man i genomsnitt 20-30 % högre promillehalt i blodet.

## Biologiska skillnader för alkoholskador

Förutom att kvinnor i allmänhet får en högre promillehalt än män vid alkoholkonsumtion är de i flera avseenden mer känsliga för alkoholens skadeeffekter. Detta gäller särskilt vid hög alkoholkonsumtion, men inte säkert vid en låg/måttlig konsumtion. Män är mer risktagande och råkar ut för fler olyckor än kvinnor, även vid låg/måttlig konsumtion. Vi känner igen detta från unga män som vill visa sig på styva linan, klättra på staket etc. Män tenderar att dricka snabbare än kvinnor vilket leder till högre promille.

Den förhöjda skaderisken hos män vid måttlig konsumtion har gjort att flera länders riktlinjer för lågriskkonsumtion anger samma nivå för män och kvinnor. Även i Sverige pågår ett arbete för att fastställa riktlinjer för lågriskkonsumtion, som föreslås ligga kring tio standardglas per vecka för både män och kvinnor [4].

Dagens riktlinjer för riskbruk ligger på mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än 9 för kvinnor. Nackdelen



Illustration: Sven Wåhlin

**"Jämlikhet på promillenivå"**

Kvinnan dricker mindre än mannen, men når samma promillehalt

med riskbruksbegreppet är att det felaktigt kan uppfattas som riskfritt att dricka mindre än vad riskbruksgränsen anger. Ingen konsumtion är emellertid säkert riskfri. Begreppet lågriskkonsumtion kan inte missförstås på samma vis och ersätter nu riskbruksbegreppet i allt fler länder.

---

**"Summa summarum får kvinnor som konsumerar samma mängd alkohol som en man i genomsnitt 20–30 % högre promillehalt i blodet."**

---

### Några diagnoser med könsskillnader

Vid högre konsumtionsnivåer av alkohol är det otvetydigt att kvinnor får mer alkoholskador än män. Som alltid inom biologin är individuella variationer stora och det är stor spridning på känsligheten mellan individer. Ofta krävs en viss genetisk predisposition eller andra samverkande faktorer för att skada ska uppstå. Bara kring 25–30 % av befolkningen tycks ha förutsättningar att kunna utveckla levercirros av alkoholkonsumtion.

Vid högkonsumtion utvecklas hälsoskador snabbare hos kvinnor än män, och kvinnorna får en större förkortning av livslängd. Dödsorsaker är då oftast samma som befolkningen i stort, dvs. hjärt-kärlsjukdom och cancer, men hos män är även olycksfall en framträdande dödsorsak. Här nämns några diagnoser där man ser en särskilt tydlig könsskillnad, och som anses huvudsakligen ha en biologisk bakgrund [5, 6].

**Leverskada:** Kvinnor är betydligt känsligare än män. För att utveckla levercirros räcker halva mängden alkohol jämfört med män, och processen är snabbare. Östrogen tros ha en roll för detta.

**Hjärnskada:** MR-studier visar större förändringar (atrofier) och större kognitiv nedsättning hos alkoholberoende kvinnor trots lägre konsumtion. Vid alkoholkonsumtion påverkas kvinnors neuroexekutiva funktioner (t.ex. körförmåga, hastighet, precision) mer. Män påverkas mer vad gäller neuropsykologiska effekter (t.ex. självbehärskning av känslor).

**Perifer neuropati:** Även här tycks kvinnor känsligare än män. Denna diagnos passar för att exemplifiera att alkohol sällan är ensam orsak till sjukdom. De flesta sjukdomar är multifaktoriella, där alkohol bidrar genom att lägga "sten på börden". Diabetes, B-12 brist eller hög alkoholkonsumtion kan var för sig orsaka polyneuropati, men i kombination blir risken kraftigt ökad.

**Hypertoni:** Hypertoni är en av de vanligaste hälsokonsekvenserna av alkoholkonsumtion. Det är stor spridning på den individuella känsligheten. En individ får blodtrycksförhöjning av små mängder, medan en annan knappt reagerar alls. På gruppnivå är det dock en linjär dos-respons relation med 57 % ökad risk hos män vid konsumtion av 50 gram alkohol per dag (cirka 2-3 burkar starköl) och 147 % ökning vid en konsumtion av 100 gram alkohol per dag. För kvinnor är motsvarande siffror 81 % respektive 181 % riskökning.

**Cancer:** 6,5 % av all cancer i Västeuropa anses orsakad av alkohol. Hos män är det 10 % och hos kvinnor 3,5 %. Denna stora skillnad återspeglar männens högre totalkonsumtion, men

även ett annorlunda dryckesmonster i form av mer hetsigt drickande, mer drickande på tom mage och mer alkoholstarka drycker. Allt detta leder till högre blodpromille. Bröstcancer står för den största andelen av alkoholorsakad cancer hos kvinnor. Alkoholen ökar östrogen/testosteronkvoten och tycks öka östrogenreceptorernas känslighet i bröstvävnad vilket är orsaken till ökning av den östrogenkänsliga bröstcanceren.

**Fertilitet:** Självklart finns det skäl för kvinnor som vill bli gravida att undvika alkohol med tanke på risk för fosterskador samt risk för missfall [7]. Kvinnans fertilitet kan minska bl.a. genom att äggreserven minskar vid högkonsumtion och att menstruationscykeln kan bli oregelbunden. Men för par som har svårt att bli gravida är det dock främst mannen som bör undvika alkohol. En så låg konsumtion som fem standardglas i veckan har visats sätta ned spermernas totalantal, antal missbildade spermier samt spermernas rörlighet.

**Alkoholberoende:** 4,4 % uppfyller kriterier för alkoholberoende i Sverige (punktprevalens). Det saknas svenska siffror för livstidsprevalens för män, men med ledning av svenska studier på kvinnor och data från USA bör det vara kring 15 % för könen gemensamt. Att män dricker mer än dubbelt så mycket som kvinnor och dricker på mer skadligt sätt återspeglas i beroendeprevalensens siffror: män 6,7 %, kvinnor 2,8 %. Kvinnor börjar dricka mer senare i livet, men går snabbare igenom faserna från riskdrickande till alkoholberoende. Hälften av alkoholberoende kvinnor utvecklar sitt beroende först efter 40 års ålder.

Kvinnor med alkoholberoende har oftare psykiatrisk samsjuklighet som ångest och depression, men även högre grad av somatisk samsjuklighet såsom diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Män med alkoholberoende har högre frekvens skador och olyckor.

---

**"Alkoholproblem är vanligare hos både män och kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp."**

---

### Behandling

Behandlingsutfall är likartat för män och kvinnor. Tid till återupptaget drickande ("återfall") för dem med nykter målsättning är likartat. Skäl till att börja dricka igen är oftare emotionella för kvinnor och socialt tryck för män. Det finns inga könsskillnader i effekt av "antisugläkemedlen" akamprosot och naltrexon. Man har inte funnit könsskillnader i effekt av korta psykologiska behandlingar, av den typ som med fördel kan ges av en läkare eller psykolog i primärvården. Flertalet män och kvinnor kan behandlas på likartat sätt. När det gäller gruppbehandling fungerar blandade grupper ofta väl.

Kvinnor som söker för alkoholproblem söker proportionellt oftare i primärvård och män i beroendevård. Kvinnor söker behandling för alkoholproblem i mindre utsträckning än män, det är mer skamfyllt, det stämmer inte med den omvårdande modersrollen. Man är också rädd förlora vårdnad om barn. Alkoholberoende kvinnor söker i högre utsträckning vård för andra sekundära symtom. Detta kan motverkas med mottagningar anpassade för kvinnors behov.



Vid psykiatrisk samsjuklighet, t.ex. efter trauma eller posttraumatiskt stressyndrom, är behandlingsresultatet bättre vid anpassad behandling. Alkoholproblem är vanligare hos både män och kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp. Detta är emellertid betydligt vanligare för kvinnor, varför frågan lättare uppmärksammas i mottagningar för kvinnor.

Då alkoholproblem förekommer mer sällan hos kvinnor och då de har en lägre självkänsla än män med alkoholproblem är

det särskilt viktigt att stärka självkänsla och visa att man inte är ensam i sin situation [8].

### Normer och attityder

Ofta uppfattas alkoholkonsumtion som en del i den manliga könsrollen, men inte som en del i kvinnlig. Globalt är attityder till kvinnors drickande mer negativa än till mäns drickande, särskilt vad gäller intensivkonsumtion. Detta återspeglas i konsumtion och andel nyktra i olika länder. Nordamerika och Europa har här minst skillnader mellan könen och Sydostasien störst. Personer som inte stämmer in i sin kulturs sociala könsroller har mer alkoholproblem. Är man "välanpassad" till förväntningar på könsrollen har man mindre problem, även om man dricker mer.

### Några HBTQ aspekter

Homo-, bi- och transsexuella personer har generellt en högre alkoholkonsumtion, frekventare riskbruk, frekventare alkoholberoende samt har ett mer riskabelt sexuellt beteende efter alkoholintag. Det senare var särskilt aktuellt under aids-vågen i Sverige på 1980-talet, men är fortfarande ytterst aktuellt i de länder som i dag är svårt drabbade av aids, såsom flera afrikanska länder, särskilt Sydafrika.

Enligt både svensk och internationell forskning dricker hbt-kvinnor mest och mer än hbt-män, heterosexuella kvinnor

och heterosexuella män. Hbt-kvinnors höga konsumtion gäller alla åldrar men är särskilt uttalat hos yngre (16–29 år). Bland hbt-kvinnorna är det homo- och bisexuella som har den högsta konsumtionen, men det är inte uttalat hos transpersoner. För många är alkohol, och särskilt öl, en central del av den så kallade flata kulturen. Jämfört med befolkningsgenomsnittet är riskbruket ungefär dubbelt så frekvent hos hbt-kvinnor i

---

**"Är man 'välanpassad' till förväntningar på könsrollen har man mindre problem, även om man dricker mer."**

---

samtliga skandinaviska länder.

Orsakerna till hbt-personers högre alkoholkonsumtion kan spåras till olika kulturella och miljömässiga faktorer. En grundfaktor är vårt heteronormativa samhälle som leder till bristande acceptans, kränkningar och utanförskap för hbt-personer. Detta resulterar i en sämre psykisk hälsa och i ett förändrat socialt beteende. En del av försämrade psykiska hälsan är minoritetsstress, en annan är stress relaterat till den egna identitetsutvecklingen. Särskilt i tonåren mår många hbt-personer mycket dåligt, vilket bidrar till ökat drickande. Ytterligare en faktor är att gaybarer utgör en viktig mötesplats samt att normen för att skapa kontakt och inleda relation till en hbt-partner inte är tydlig, vilket medför en osäkerhet som alkohol kan hjälpa mot. Hbt-kulturer är också mer tillåtande till normbrytande beteenden, inklusive alkohollagen. Hbt-personer är ofta mindre bundna till familjelivets levnadssätt och traditioner, särskilt för kvinnor där äktenskap och föräldraskap håller nere konsumtionen [9].



**Sven Wählin**  
Överläkare  
Riddargatan 1 – Mottagningen för alkohol  
och hälsa  
Beroendecentrum Stockholm  
sven.wahlin@gmail.com

*Jäv: saknas*

### Referenser:

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Centralförbundet för alkohol- och narkotika. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2016. CAN rapport 167. Stockholm; 2017.
3. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alc Dep.* 2015;156:1-13.
4. Allebeck P, Andreasson S, Wählin S, Ramstedt M, Gripenberg J, Damström-Thakker K, Heinemans N. Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018.
5. Rapport 2018:1.
6. Wählin S. Alkohol – En fråga för oss i vården, 2:a uppl. Studentlitteratur. Lund; 2015.
7. Nolen-Hoeksema. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psych Rew.* 2004;24:981-1010.
8. Wählin S, Sarman I. Ska kvinnan vara nykter när hon försöker bli gravid? *Läkartidningen.* 2009;24:1628-1629.
9. Becker JB, McClellan ML, Reed BG. Sex differences, gender and addiction. *J Neurosci Res.* 2017;95:136-147.
10. Larsdotter S. Alkohol spelar roll. En studie i hbt-kvinnors alkoholbruk. Stockholm; RFSL; 2014.

# När mina ögon och öron öppnades för genusfrågor



Barbro Dahlbom-Hall.

Jag glömmer den aldrig, den där fredagseftermiddagen i början av 80-talet. Vi var ovana vid att bli inbjudna av landstinget och ovana att bekräfta att vi skulle komma. När jag kom till den lilla salen i Medborgarhuset i Stockholm var den redan full. Fler och fler strömmade in – alla kvinnor. I hast fick man leta rätt på en större sal som rymde oss alla. Det var första gången jag hörde Barbro Dahlbom-Hall tala. Hon talade om att vara kvinnlig läkare.

Dittills hade jag inte tyckt att jag behandlades på annat sätt än mina manliga student- och läkarkollegor. Att vara en av få kvinnor i ett manligt kollektiv var jag van vid, trots att vi var hela 20 % flickor när jag började medicinkursen.

Men med Barbros exempel i öronen började jag se verkligheten på annat sätt.

**Jag kom ihåg lilla farbrorn** när jag gjorde min medass. Till uppgifterna hörde att skriva journal på patienter som lagts in under natten. Han hade skött sig själv, men nu gick det inte längre. Till yrket var han uppfinnare. Ja, han hade fått diagnosen prostatacancer och åt piller i flera år. Men när han fick reda på att det

var kvinnligt könshormon slutade han tvärt, då förstod han varför det gick så dåligt att uppfinna. "För hellre dör jag av cancer än får ett kvinnligt intellekt!" – Inom två veckor var han borta, med skelettet genomsatt av metastaser.

**Jag kom ihåg när den vackre underläkaren** avslutade sitt första sommarvikariat och fick en röd ros av avdelningsföreståndaren, trots att han inte gjort något bra arbete. Det var min sista tjänstgöring före specialitet, jag var där över ett år, vikarierade som överläkare – men inte ens en tussilago fick jag.

När jag såg verkligheten på ett nytt sätt blev det lättare att förstå och möjligt att välja strategi med öppna ögon.

Många år senare satt jag på ett stort läkarmöte. Jag sade något jag tyckte var riktigt bra, men ingen verkade lyssna. Lite senare sade en av mina manliga kollegor något, och alla lyssnade. Jag tänkte vad bra han talar, vad bra saker han säger! Men – vad var det jag sade nyss? Var det inte just detta jag sade?

Sedan dess har jag tänkt på att räta på ryggen, lägga ner rösten och tala högt och långsamt och gärna upprepa.

**På vårdcentralen umgås man med alla**, och där blir det tydligt hur få männen är i kollektivet. En genusfråga är hur man åstadkommer en könsblandad arbetsplats. Det är min absoluta övertygelse att arbetsplatsen blir bäst med könsblandning. Samtidigt är kvinnorna nu över 50 % av de unga läkarna. Eftersom de väljer bort vissa specialiteter till förmån för bland annat allmänmedicin kommer



Illustration: Annika Andén

"Det finns inget som dominerar ledarskap så mycket som kön, och vet man inte om det eller inte tror på det så dominerar det ännu mer."

Barbro Dahlbom-Hall

andelen manliga allmänläkare att minska. Bland sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare är det ovanligt med män.

Min erfarenhet (som ligger rätt långt bak i tiden) är att om man har manliga läkare på en vårdcentral gäller det att hålla fast dem. Det är få manliga läkare som söker sig till en arbetsplats med bara kvinnliga läkare. Samtidigt får man inte ge de manliga läkarna extra favörer. Det är ett knepigt dilemma!

**Patienterna föredrar ofta kvinnliga läkare.** Detta kan leda till att de får en större arbetsbelastning än de manliga. Kanske har kvinnliga läkare svårare att säga nej. På vissa arbetsplatser nekar man nu patienterna att välja läkare utifrån kön. Nästan alltid går det bra när patienten verkligen träffat sin läkare.

När AIDS-epidemin rasade lärde jag mig att inte ta heterosexualitet för givet. I stället för att fråga patienterna om de var gifta eller hade en tjej/kille så frågade jag efter partner. Jag ville ge dem möjlighet att svara enligt verkligheten.

"Medan könstillhörighet står för den biologiska uppdelningen i två kategorier: kvinnor och män, står genus för de normer, föreställningar, uttryck och egenskaper som ett samhälle tillskriver dem."

Nationella sekretariatet för genusforskning



Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

# Birgitta Hoveliuss: Allmänläkare och kvinna i ett historiskt perspektiv



Birgitta Hoveliuss.

Foto: Ingrid Eckerman

**För ungefär ett år sedan blev jag kontaktad av Birgitta Hoveliuss. Hon hade blivit ombedd att skriva ett kapitel om kvinnliga allmänläkare i boken *Primärvårdens historia*, vilket krävde en hel del arbete. Artikeln blev inte accepterad i den form Birgitta ville ha den. Bland annat ville man ta bort två avsnitt som handlade just om svårigheterna för kvinnliga läkare.**

Artikeln var alltför lång för att förkortad platsa i *AllmänMedicin*. Ett särtryck diskuterades men föll på finansieringen. Slutligen publicerades artikeln oförkortad och på rätt plats – i *Svensk medicinhistorisk tidskrift* 2017;21:77-92.

Den första kvinnliga läkaren, *Karolina Widerström*, utexaminerades från Karolinska institutet 1888. Först 1925 fick kvinnor tillträde till offentliga tjänster. Fram till att individuell lönesättning infördes på 1980-talet hade män och kvinnor lika lön, som sattes enbart beroende på typ av tjänst och hur länge de arbetat.

De första kvinnliga läkarna praktise-

rade på sjukhus innan de öppnade egna mottagningar för allmänpraktik, ofta med inriktning gynekologi, då de inte fick tjänster på sjukhusen. Många arbetade också med sociala frågor.

År 1945 fick *Marianne Lindstén*, som den första kvinnliga läkaren, kunglig fullmakt som provinsialläkare i Vilhelmina. Efter 10 år flyttade hon till Lycksele. Det är spännande att läsa hur hon tog sig fram med bil och skidorna på taket.

Andra tidiga provinsialläkare var *Dagmar Nyström*, Pajala, *Katharina Wallgren*, Kvänum, Glava och Ystad, och *Agneta von Scheele*, Svartå.

*Märta Palmborg*, i Charlottenberg och Värmlands Nysäter, hade en äldre make som skötte hushållet, tog hand om dottern och agerade chaufför på nätterna. Märta fick samma uppbackning som de manliga provinsialläkarna i allmänhet fick av "doktorskan".

*Gertrud Gussander* ("Guss" kallad), Sveriges första kvinnliga kirurg, var den första kvinna som disputerade i medicin vid Lunds universitet. Under 30 år drev hon en sjukstuga och var kommunläkare i Djurås, Dalarna.

*Nanna Swartz*, Sveriges första kvinnliga professor, började sin bana som vikarie-rande provinsialläkare och avslutade den med en allmänmedicinsk privatpraktik.

Därefter kommer två kapitel som diskuterar svårigheterna för kvinnliga läkare. Hon finner att diskriminering och homosocialitet är de viktigaste faktorerna.

Så beskriver hon sitt eget yrkesliv, där



Gertrud Gussander (1872-1950).  
Bildkälla: Nordesjö L (red). Doktor Gussander. Gagnefs hembyggsförening, 2012



Marianne Lindstén-Thomasson (1909-1979) – Sveriges första kvinnliga provinsialläkare – här beredd att ge sig ut på hembesök med skidorna på biltaket om vägen tog slut.

Bildkälla: Brodin G. Sveriges första kvinnliga provinsialläkare ordnade vatten och avlopp i stugorna. *Läkartidningen* 77:1995, 1980.



Märta Palmborg (1914-2007) med distriktssköterskor på mottagningen i Värmlands Nysäter 1968.

Bildkälla: *AllmänMedicin* 5/1997, Supplement nr 22

hon inte förrän i 45-årsåldern insåg att hon inte var en i gänget bland de manliga forskarna i Dalby, Lunds universitet. Hon utgjorde ett alltför stort hot i form av sin kompetens. När hon kom till Umeå möttes hon av kvinnoforskning. Tjänsten som professor vid Dalby fick hon först efter överklagan.

Birgitta Hoveliuss avslutar uppsatsen så här:

"Avslutningsvis kan poängteras att de kvinnliga läkare som omnämns i detta kapitel framhållit att de aldrig ångrat att de blev läkare eller forskare. Flera har kunnat kombinera sitt arbete med att vara lyckligt gift och få barn. Arbete vid universitet har för dem som fått den utmaningen varit spännande och stimulerande. Det har gett kunskaper med möjligheter att

påverka, få inflytande och makt, och det har bidragit till ett kritiskt tänkande. Problem har förekommit i form av konkurrens, konflikter och få kvinnliga kollegor. Att arbeta som läkare har gett internationella kontakter med möjlighet till utlandsresor för konferenser, studier och praktik. Dessa internationella kontakter har fått betydelse för utvecklingen såväl av kvinnors rättigheter som av hälso- och sjukvården.”

Själv tänker jag på alla dessa starka kvinnor, i alla samhällsklasser och över hela jorden, som med list och skicklighet manövrerat i det patriarkala samhället. ”Det är kvinnan bakom allt” sjöng Ernst Rolf 1927 och framåt. Det har alltid funnits kvinnor som vägrat gömma sin kraft bakom en man. De är heder värda!



Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

## Kvinnliga ST-läkare i allmänmedicin mer stressade än manliga – eller väljer oftare offentlig tjänst?

I en undersökning av ST-läkaren Karin Pokorny upplevde 60 % av de kvinnliga och 40 % av de manliga ST-läkarna stress för att de arbetar utanför sin ordinarie arbetstid. De som arbetade på offentliga vårdcentraler var mer stressade än de som arbetade på privata vårdcentraler. Samtidigt var det fler kvinnor anställda på de offentliga, och fler män på de privata vårdcentralerna.

Från Läkartidningen 5-2018

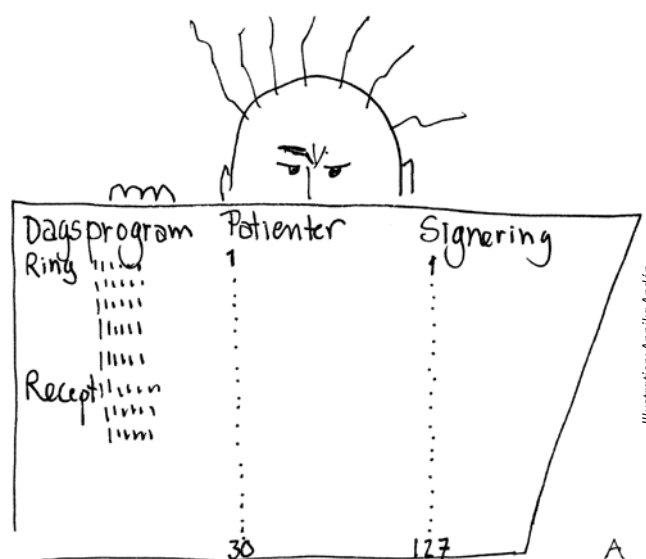


Illustration: Annika Andén

## Även kvinnliga allmänläkares löner sackar efter

I en studie av Charlotta Magnusson om läkares löner konstaterades att inom allmänmedicinen var fördelningen män-kvinnor tämligen jämn och löneskillnaderna förhållandevis små, jämfört med andra specialiteter. Stora löneskillnader fanns även inom gruppen som utgjordes av de högst betalda.

Hon visar hur löneklyftorna ökade mellan 1975 och 2000 och menar att det beror på att andelen kvinnliga läkare växer. Vad hon inte nämner är de förändringar som skett i lönestrukturen under denna tid. Som anställd i stat, landsting eller kommun var varje tjänst placerad i en viss lönegrad, och uppflyttning skedde när man arbetat ett visst antal år eller om man bytte till en högre tjänst. Lönenivån speglade alltså dels senioritet, dels möjligheterna för kvinnor att få högre tjänster.

Individuell lönesättning, som infördes i slutet av 80-talet, ökar risken för könsrelaterad lönespridning.

I denna undersökning fanns endast med ett slumpmässigt urval av företag med färre än 500 anställda.

Magnusson C. The gender wage gap in highly prestigious occupations: a case study of Swedish medical doctors.

Swedish Institute for Social Research (SOFI), Stockholm University. Work, employment and society 2016; 30(1):40–58

## Kvinnligt nätverk i Jämtland

I Jämtland provar man på kvinnoträffar i anslutning till utbildningsdagarna. Hittills har man träffats tre gånger, kvällstid hos varandra. Samtalet är fritt, ingen dagordning finns.

Nu har de manliga allmänläkarna blivit nyfikna. Kanske ska de ha egna träffar? Som minoritet på kvinnliga arbetsplatser kan de ha behov av ett eget forum.

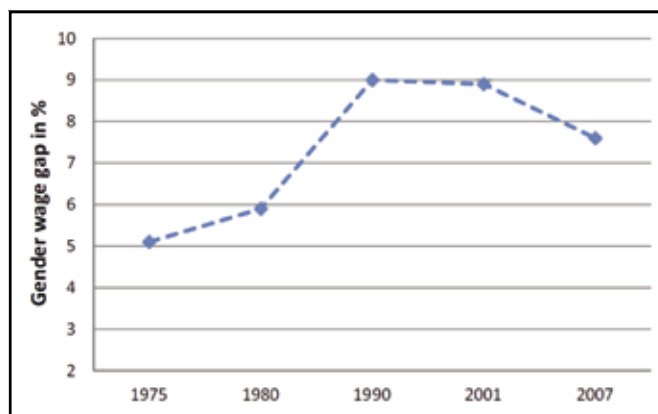
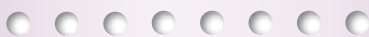


Figure 3: The gender wage gap over time (based on coefficients from OLS regressions). Note: Controlled for age.

# En flykting berättar

Anförande inför läkarstudenter termin 5 i Göteborg 13 februari 2018



Två gånger per termin genomför studenterna på termin 5 på läkarutbildningen i Göteborg ett rollspel där de under ledning av Röda Korsets ungdomsförbund agerar flyktingar från Sverige, där en militärkupp ägt rum. I anslutning till rollspelet hålls en föreläsning med två läkare från Flyktingmedicinsk Mottagning, Närhälsan i Göteborg. Vi berättar här om vårt arbete och berör Mänskliga Rättigheter och lagstiftning om sjukvård för asylsökande och papperslösa.

Denna gång valde vi att ta med en berättelse från en ung man som flytt till Sverige från Syrien 2013. Han accepterade villigt och har också gett sitt godkännande till att hans historia publiceras i AllmänMedicin. Föreläsningen var uppdelad i två pass, och Jihad berättade därför sin historia två gånger. Undertecknad har skrivit ner berättelsen efter att ha lyssnat.

Studenterna i de två grupperna lyssnade intensivt och ställde många frågor. Många var mycket starkt berörda och kom efteråt fram och tackade Jihad.



**Kristian Svenberg**  
Närhälsan Göteborg  
[kristian.svenberg@vgregion.se](mailto:kristian.svenberg@vgregion.se)

## Hej allihopa!

Jag heter Jihad och är 27 år gammal. När ni hör ordet Jihad kanske det första ni tänker på är "heligt krig". Men egentligen betyder ordet strävan, ansträngning och kamp.

Jag är palestiniere från Syrien och föddes i flyktinglägret Yarmouk söder om Damaskus. Flyktinglägret är ett av de största och äldsta palestinska lägren och började byggas efter 1948 i samband med att mina far- och morföräldrar tvingades fly från sitt hemland Palestina då staten Israel upprättades. I lägret bodde som mest nästan en halv miljon palestinier men Assadregimen och tidigare IS har nu bombat sönder det och idag lever endast 5 000 människor där. Som palestinier i Syrien är man "statslös", som bland annat innebär att man saknar pass och man har inga möjligheter att på laglig väg lämna landet.

Jag läste ekonomi och bodde med mina föräldrar och två syskon i Yarmouk. Jag jobbade också på ett FN-kontor i Damas-

kus. I samband med revolten mot Assadregimen 2011 förändrades allt. Folket i Syrien och vi alla krävde demokrati. Min far försvann och är ännu försvunnen. Regimen började angripa lägret.

En dag på hösten 2011 ordnade vi en fredlig demonstration mot regimen. Det var minst ett hundratusen människor, en jättedemonstration. Jag gick långt fram och vi ropade slagord mot regimen. Plötsligt kör fyra militärbilar upp framför oss, och militärer med gevär i händerna hoppar ut. De skjuter skarpt rakt in i folkmassan och minst sex personer dör direkt, bland annat en nära vän som skjuts i huvudet. Denna händelse leder till en upptrappning av våldet och regimen terror mot människorna i Yarmouk, liksom på andra håll i landet.

Jag väljer att avsluta mina ekonomistudier och tar en snabbkurs i första hjälpen och blir sjukvårdare. Regimen börjar nu bomba lägret med flygplan. Stora MIG-plan störtar mot husen och skjuter av



Jihad berättar om sina upplevelser som flykting.

Foto: Kristian Svenberg

sina bomber. Det är ett fruktansvärt ljud, det värsta jag hört i mitt liv.

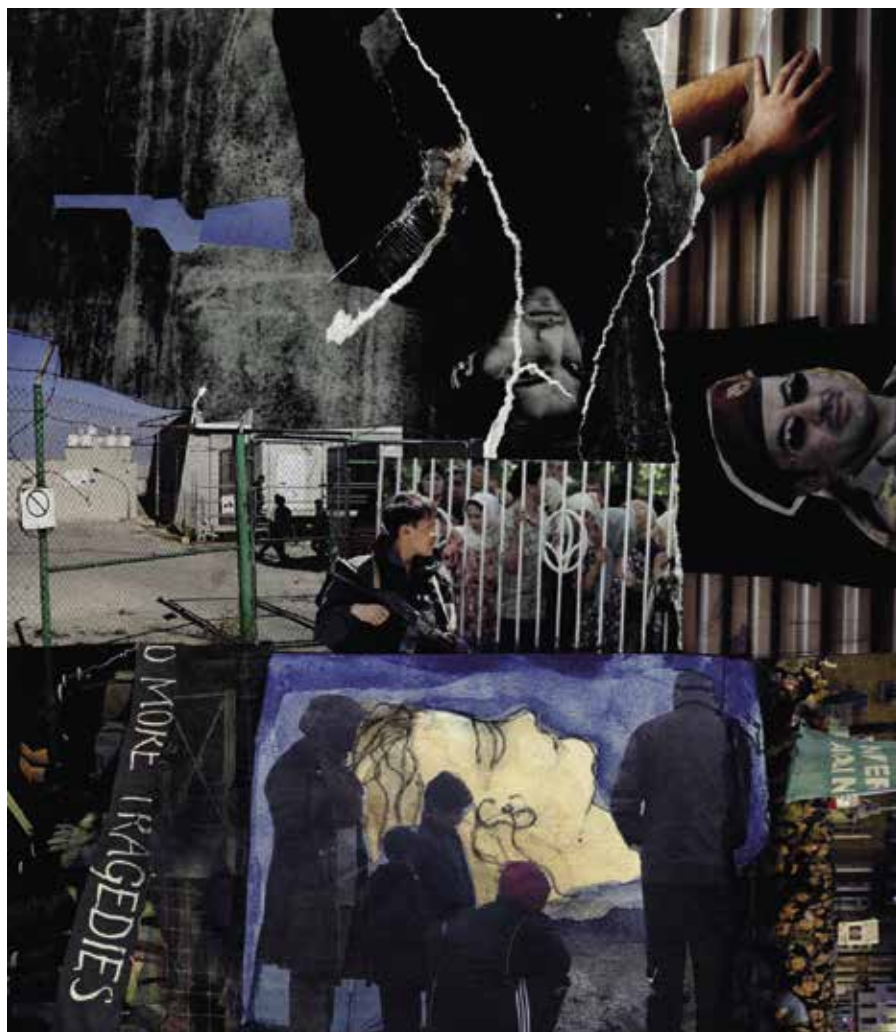
En dag i slutet av 2012 bombar regimen en stor moské i lägret och en FN-skola. Jag är i närheten och kommer aldrig att glömma denna dag. Ljudet av flygplanen förföljer mig fortfarande. I FN-skolan, som jämnades med marken, dog tjugo personer direkt och i moskén, som totalförstördes, dog minst tvåhundra personer. Moskén var full av flyktingar. Jag och de andra sjukvårdarna fick göra så gott vi kunde, men den största och värsta uppgiften var att samla ihop alla döda, försöka lappa ihop olika kroppsdelar så att de kunde begravas. Speciellt minns jag en mamma och hennes tre barn som satt vid en vägg i moskén. På avstånd såg de levande ut men då jag närmade mig såg jag att de var döda. De satt med öppna ögon och hade dödats av tryckvågen.

På detta vis fortsatte det i några månader. I detta läge måste man bara jobba och man hinner inte tänka så mycket. I lägret fanns nu inte bara palestinier utan även syriska flyktingar undan regimen terror i närliggande områden. Regimen jagade de familjer där någon deserterat från armén. För att skrämmas dödades alla i dessa familjer, kvinnor och barn lika. Regimen jagade också personer som de visste hade utländska kontakter via internet, de som var journalister och liknande. Alla de hittade dödades eller fängslades och torterades.

### Flykten – vart skulle den ta oss?

Till slut bestämde vi oss, jag och mina två yngre bröder, de är 20 och 13 år gamla, för att lämna lägret och försöka fly till Europa. Vår mor befann sig redan i södra Libanon och vi hoppades att om vi kunde få stanna i Europa kunde hon komma efter. Min far är sedan länge försvunnen. Jag hade ingen aning om vilket land vi skulle ta oss till. I Holland hade jag en avlägsen släkting, kanske kunde vi komma dit?

Vi lyckades hitta en smugglare som vi betalade och som tog oss till Alexandria i Egypten. Där träffade vi en annan smugglare. Jag började förstå en del av denna verksamhet. Vi betraktades som saker, ting, på samma sätt som dessa personer smugglade vapen och narkotika, främst hasch. Vi betraktades inte som människor. Vi sattes i en buss mitt i natten och for mot en by ute vid kusten. Ett våldsamt skjutande bröt ut, alla femtio personer kastade sig ner och kulorna ven. Som genom ett under skadades ingen.



Collage av Katarina Liliequist, som prydde AllmänMedicins omslag i nr. 2-2016.

Det visade sig sedan att det var en annan smugglarliga som attackerat bussen för att visa att denna transport inte var säker, ett utslag av konkurrens mellan smugglarmaffiorna. ”Ni ska åka med Abu Mohamed istället, inte med Abu Mahmoud, se vad som hände med hans buss!”...

Framme vid vattnet fick vi vänta till nästa kväll och sedan vada ut till en långsmal fiskebåt. Han som hade båten var stressad och jättearg och skrek hela tiden. Jag hjälpte mina bröder ombord och jag såg att skepparen tog min yngste bror och lade honom i ett utrymme där man förvarar fisk och locket stängdes. Jag försökte hjälpa så många människor som möjligt ombord och till sist var jag ensam kvar i vattnet, som räckte upp till halsen. Jag var helt slut. Det var becksvalt ute men jag såg att han som hade båten försökte starta motorn. Hade det lyckats hade han inte sett mig och jag hade blivit ensam kvar i vattnet. Men motorn ville inte starta, de hörde mina rop och hjälpte

mig ombord. Sedan gav vi oss iväg. Min ena bror, den som inte låg inne i båten, visste inte att hans lillebror fanns där och började skrika och ropa och trodde att han fallit överbord. Men då han fick veta var brodern fanns lugnade han sig.

Jag hinner inte gå in på allt vad som hände under resan, men till sist, då vi var uttorkade och utsultna, räddades vi av en militärbåt som tog oss till Sicilien. Vi hade tur.

En vecka senare befinner vi oss i staden Rimini. Vi ville inte stanna i Italien, vi trodde inte att det var ett bra land att starta ett nytt liv i. I Rimini träffade vi en smugglare som hade en buss som skulle till Malmö i Sverige. Jag betalade för oss tre, de sista pengarna vi hade och några dagar senare var vi i Malmö. Något vi inte hade planerat. Denne smugglare var en ganska bra typ, bättre än dom i Egypten, även om han tog jättemycket pengar av oss. Men det är ju på grund av honom jag står och pratar här idag, eller hur?



## Sverige – svårare än förväntat

Detta var på våren 2013. Vi sökte asyl i Sverige. Mina två bröder fick plats på en förläggning i norra Sverige och jag på ett läger i Småland. I åtta månader var jag där, ensam och rädd och väntade på att intervjuas av Migrationsverket. Det var faktiskt värre än att vara i kriget i Syrien. Jag kände mig helt isolerad, totalt ensam och började få psykiska besvär, vilket jag inte tidigare haft.

Till slut kom jag till Göteborg och den första intervjun gjordes. Jag fick efter ett tag besked om att jag, liksom mina två bröder, fick asyl. Den stora lättnad jag kände i början byttes ganska snart i en förtvivlan. Jag började må ännu sämre psykiskt, på ett sätt jag aldrig gjort under kriget eller under flykten. Jag fick ångest, jag kände mig totalt uppgiven, hade hemska mardrömmar och kunde inte koncentrera mig på något. Jag började återuppleva många hemska händelser i Syrien.

Mina bröder var kvar i norra Sverige och jag var inneboende hos en bekant. Ibland, då jag åkte spårvagn, hamnade jag på gol-

vet och trodde det var ett flyganfall, jag skrek och fördes en gång till psykakuten. Där fick jag träffa en läkare som pratade en stund med mig och gav mig några mediciner som jag blev väldigt trött av.

Jag gick runt och försökte vara med på SFI men kunde inte koppla av. Jag sökte en annan läkare, akut, på sjukhusets psykavdelning. Jag berättade delar av min historia för henne och då började hon gråta. Jag började också gråta då jag trodde hon skulle berätta för mig att jag hade en hjärntumör, för jag kände mig så helt borta i huvudet. Men jag fattade sedan att hon grät på grund av min berättelse. Så började mitt hjärta slå konstigt och jag sökte en tredje läkare som undersökte hjärtat och sade att allt verkade OK, han gav mig andra mediciner ”mot depression” som gjorde att jag kände mig ännu konstigare. Jag fick inget återbesök.

Till slut fick jag kontakt med en mottagning där man lyssnade på mig i lugn och ro och där jag kunde känna mig trygg. Där gick jag under ett år, fick prata i lugn och ro om det som hänt och fick

några mediciner som gjorde mig starkare. Detta blev en vändpunkt. Steg för steg kunde jag börja mitt nya liv här i landet.

Jag arbetar nu på Hyresgästföreningen här i Göteborg, jag bor med mina två bröder och min mamma. Hon kom hit ett år efter oss, det var underbart. Vi bor i en trerumslägenhet i andra hand. Jag ska försöka återuppta mina ekonomistudier men de har sagt att jag måste tala bättre svenska först. Mina bröder studerar och jobbar och min mamma mår ganska bra. Vi kan vara tillsammans här i vårt nya land och kämpa ihop, så gott vi kan.

*Tack för att ni lyssnat!*

**Jihad Eshmawi**  
Nyanländ  
Göteborg  
[j.eshmawi@gmail.com](mailto:j.eshmawi@gmail.com)



# Annons

# Sjukvården måste bli bättre på tortyrskador

**Tortyr förekommer i tre fjärdedelar av världens länder och många av dem som kommit som flyktingar till Sverige har drabbats. Det är till stor del sjukvårdens ansvar, inte minst primärvårdens, att uppfylla svenska statens åtagande gentemot tortyrkonventionen och dessa brottsoffer. Ändå ställs mycket sällan frågor om en patient har upplevt tortyr och få utbildas i att känna igen, dokumentera och behandla skadorna.**

## Vårdens ansvar för torterade

En man från Irak kommer till dig. Han är nedstämd och frustrerad över det svenska samhället och sina svårigheter att få arbete. När du läser hans journal ser du att han för några år sedan sökte vård på inrådan från sin handläggare på Arbetsförmedlingen – mannen hade uppgett armsmärter men röntgen visade inget. Eftersom patientens påstående, att han inte kunde lyfta tungt och högt, inte stärktes fick mannen lämna sin praktikplats. När du frågar beskriver patienten att han sett fram emot att komma i arbete igen, att bli nyttig, få struktur och arbetskamrater och tjäna egna pengar. Du har tolk, vilket mannen inte hade förra gången han träffade läkare, och nu kan han berätta mer.

Patienten beskriver att han är svag och har svårt att lyfta över axelnivå. Eftersom du undrar om han vet vad som orsakat hans problem ber han att få ta av sig på överkroppen och visa sina ärr. Han berättar hur han torterats i fängelse i Irak, hur han hängts upp i det som kallas palestinsk hängning, surrade handleder bakom ryggen som vrider hela patienten när han hängs upp, med nerv- och muskelskador som följd – ett övergrepp som också ibland, men långt ifrån alltid, ger skelettskador som syns på röntgen.

Du fick veta om tortyrbrotten mannen utsatts för eftersom du frågade. Alltför många, likt hans första läkarkontakt, gör det inte. Ändå förekommer enligt Amnesty International tortyr i tre fjärdedelar av världens länder och många människor som flytt hit har utsatts.

## Rättighet – vården bär statens ansvar

När Sverige ratificerade tortyrkonventionen 1985 lovade staten att hedra det absoluta förbudet mot att utvisa någon till risk för tortyr, förband sig till att genomföra medicinska undersökningar, dokumentera skador, erbjuda rehabilitering och stötta brottsoffrens rätt till upprättelse. Sjukvårdens ansvar för statens löfte är tydligt: Åtagande kan bara infrias av vårdpersonal. Ändå ställs mycket sällan frågor om en patient har upplevt tortyr och tortyr kodas sällan i patientens journal (i ICD-10 finns möjligheten i form av Y07.3 och Z65.4). Få utbildas i att känna igen och dokumentera skadorna.

## Kroppen minns

Olika regioner och regimer har olika traditioner och tortera- re olika signaturer, men trots förövarnas stora kreativitet har

människokroppen sina begränsningar. Att lära sig känna igen de vanligaste följderna av tortyr är en förutsättning för att de som drabbats får den vård de behöver. Den palestinska hängning som nämns i patientberättelsen är ett exempel på olika typer av upphängning, översträckning och överansträngning av muskler som en mycket stor andel av torterade patienter berättar om.

---

**"Att lära sig känna igen de vanligaste följderna av tortyr är en förutsättning för att de som drabbats får den vård de behöver."**

---

Att försätta personen i olika typer av stresspositioner – pressa in dem och lämna dem under lång tid i små utrymmen, i balansövningar, i onaturliga positioner – är mycket vanligt. Våld i form av slag och sparkar, med tillhyggen som stålrör, bälten och kablar och ibland specialdesignade objekt förekommer nästan alltid – patienter som uppger koncentrations- och minnesproblem bör få frågor om huvudskador. Eftersom personer ofta är bundna under övergreppen kan de sällan skydda sig, ta emot sig med händerna, och skador kan ha uppstått när patienten knuffats in i väggar och eller ramlat. Tinnitus och tandlossning är andra relaterade konsekvenser.

Sexuella övergrepp, inklusive med objekt, kan resultera i inkontinens, sexuella svårigheter, återkommande blödningar och infektioner. Sår orsakade av kniv eller skjutvapen riskerar att leda till skador förövaren inte räknat med eller kunnat kontrollera, neurologiska skador eller infektioner.

Eltortyr är också vanligt och tycks bli vanligare, då metoden lämnar mindre tydliga spår och därför föredras av regimer som vill undvika exempelvis internationell kritik – ofta används enkla bilbatterier, men även annan typ av relativt vardagliga elektriska apparater kan användas. Smärtbilden som resulterar

**Frida Johansson Metso**, leg. psykolog, Transkulturellt Centrum i Stockholms läns landsting, projektledare för Stockholms- psykiatrins kompetensutvecklingsprogram Flykt, exil och trauma. Tidigare klinisk psykolog och biträdande verksamhetschef för Röda Korsets Center för torterade flyktingar, en av Stockholms läns landstings två vuxenspecialistmottagningar för traumatiserade flyktingar.



kan uppfattas som diffus och involvera flera delar av kroppen än den attackerade – personer kan presentera en fibromyalgi-liknande symtombild som vi exempelvis är relativt ovana att se hos män i Sverige. Att den torterade bränns (exempelvis med cigarettfimpar, kokande vatten eller kemikalier) eller kyls ner, att naturen används som rekvisita – en person lämnas begravd till nacken utomhus i gassande sol, utlämnad till insekter och djur där hundar och ormar tycks vanligast – förekommer i vissa delar av världen.

---

**"Den första dokumentations- och intygsuppgiften, som vårdpersonal alltför sällan tränas i, åligger läkare på vårdcentralerna."**

---

Att på olika sätt skapa upplevelsen av att den torterade kvävs beskrivs av många patienter som det mest fruktade. Vid exempelvis waterboarding är ofta medicinsk personal på plats för att förhindra oplanerade dödsfall. Bortsett från dödsskräck finns risk för hjärtproblem, hjärnskada och också inflammationer i lungorna efter att ha andats in vatten som är smutsigt, exempelvis av att den som torterats tidigare kräcks i samma vatten.

Att beröva en person synen på ena ögat, olika typer av amputation och medicinska experiment sker också.

Det talas ibland om "black torture" och "white torture" där det förra är kroppsliga skador och det senare psykologiska,

exempelvis skenavrättningar eller att hota den torterade. Att försöka separera de somatiska och de psykologiska tortyrmetoderna – rädslan för lemlästning, att aldrig mer kunna försörja sig, att bli vanställd eller leva med ständig värk, går hand i hand med den somatiska smärtan. Psykologisk tortyr handlar mycket om kontext – att skapa förvirring och hjälplöshet genom tvångsmedicinering, genom att försätta en person i isolering, beröva dem ljus eller ljud (eller utsätta dem för motsatsen), att tvinga fångar att genomföra förnedrande handlingar eller att välja sitt eget liv framför andras. Det förekommer i hög utsträckning.

### Därför är kunskap om tortyrmetoder viktigt

Att veta vad en person gått igenom möjliggör att vårdmiljö och bemötande kan anpassas så att tortyrminnen inte väcks i onödan. Eftersom vårdpersonal ofta är närvarande i fängelsemiljöer är rädslan för vårdpersonal, och risken att vi triggar traumaminnen, stor.

Med tanke på detta nummers tema kan det nämnas att män och kvinnor drabbas relativt lika men vissa könsskillnader finns. Sexuella inslag är vanligt i tortyr både mot män och kvinnor, men män får mer sällan frågor om det efteråt och kan också ha andra anledningar till att tala tyst om det. I hemlandet har homosexualitet kanske varit förbjudet, och brottsoffret kan därmed kriminaliseras för de handlingar de utsatts för.

Kvinnor torteras ibland i syfte att bestraffa män. Så sker mot många anhöriga. Barn och äldre är inte heller skonade – det är effektivt att angripa en sårbar familjemedlem för att locka hem någon som lyckats fly undan regimen. Kvinnor angrips dock ofta just för att de är kvinnor. I machokulturer ses tortyr av en fru eller dotter som ett angrepp på deras politiskt aktive man eller far, som därmed inte anses vara "en riktig man" eftersom han inte kunnat försvara kvinnan. Olyckligtvis bygger det en tystnadskultur som gör brottsoffret än mer utsatt. Kvinnor uppmanas att inte berätta om eller söka vård för de skador de fått eftersom offentlighet är i linje med torterarens syfte, att förödmjuka mannen.

### Ökad risk för posttraumatisk stress

Att uppmärksamma tortyr gör det också mer naturligt för vårdpersonal att dra slutsatsen att en person kan ha, eller riskerar att i framtiden utveckla, posttraumatisk stress (PTSD). Olika potentiellt traumatiserande händelser predicerar psykisk ohälsa som PTSD i olika hög grad. Mellanmänskliga brott, tortyr och sexuella övergrepp, leder ofta till PTSD [1] och också till till-litsproblem – andra människor har systematiskt skadat dig och det är svårt att inte leta efter den risken i varje medmänskligt möte framöver. Det gör att behandlingsallianser kan ta längre tid att etablera, vilket riskerar att tolkas som att patienten är omotiverad eller behandlingsresistent. Det kan också påverka möten praktiskt i form av att patienten inte vågar ha en tredje person – en tolk – i rummet.

Samsjuklighet mellan smärta och PTSD är dessutom hög [2]. De båda diagnoserna har amygdalareaktivitet och nedsatt funktion i prefrontalcortex som två av flera gemensamma nämnare. Många traumapatienter lever i en ond cirkel av att smärtan från kroppen sätter i gång traumaminnen och minnena förstärker smärtupplevelsen.

## Överlevare har starka vårdrättigheter

Dokumentation av tortyrskador är viktigt i olika aspekter. En grundlig utredning är en förutsättning för en effektiv behandling. Att ha kompetent dokumentation av sina skador den dagen Syriens diktator Assad står inför rätta i internationella brottmålsdomstolen ger möjlighet till ett starkt vittnesmål om de brott mot tortyrkonventionen han beordrat. Upprättelse är en rättighet för brottsoffret och processen att nå dit är i sig en viktig del av många PTSD-behandlingar.

**"Sverige kan inte leva upp till tortyrkonventionen om vi i världen inte är rustad att möta dessa brottsoffer."**

I ett annat avseende är dokumentationen direkt livsviktig på plats i Sverige: när patienten är asylsökande. Det finns ett absolut förbud mot utvisning till tortyr, och en person som kan göra det sannolikt – exempelvis via medicinskt intyg – att hon utsatts för tortyr ges en omvänd bevisbörda. Istället för att den sökande har ansvar att bevisa att hon skulle kunna utsättas igen om hon återsänds blir det Migrationsverkets ansvar att bevisa att utvisningen är säker. För torterade patienter som utvecklat PTSD är detta en säkerhetsventil i lagstiftningen. PTSD medför ofta att patienten har svårt att klara asylprocessen. Då är det viktigt att kroppen kan få komma till tals och metoderna och kunskapen finns.

Den första dokumentations- och intygsuppgiften, som vårdpersonal alltför sällan tränas i, åligger läkare på vårdcentralerna. Europadomstolens dom RC vs Sweden från 2010 uppger tydligt att asylsökande inte behöver söka specialist för att göra sin berättelse sannolik utan att primärvården ska tillhandahålla dokumentation. Det är först om Migrationsverket ändå ifrågasätter detta som specialister behöver kallas in, optimalt för att genomföra en utredning som har samma kvaliteter som FN:s standard, Istanbulprotokollet – en noggrann dokumentation av läkare, psykolog och socionom som ger en sammantagen

bild av hur patienten har drabbats och om skadan överensstämmer med asylberättelsen. I Sverige görs idag mycket sällan den grundläggande dokumentationen på vårdcentralen eftersom få upplever sig ha utbildning i att känna igen tortyrskador och det finns mycket få specialister för ytterligare utredning.

Tortyr är ett specifikt brott – det begås av en representant för makten i det aktuella området och dess syfte är att antingen framtvunga information, men än vanligare, att avskräcka aktivitet. En person som satt sig upp mot diktatorn ska lämna fängelset som en ofrivillig ambassadör för regimen, ska visa med sin kropp vad motstånd kostar. Tortyr ska följa patienten under hela hennes liv och risken att det blir så ökar om länder där torterade flyktingar sökt skydd inte lever upp till sina löfte om vård. Kompetens om tortyrens konsekvenser måste öka, att våga fråga och dokumentera måste bli rutin, specialistkompetens finnas reellt tillgänglig. Sverige kan inte leva upp till tortyrkonventionen om vi i världen inte är rustad att möta dessa brottsoffer.



Frida Johansson Metso  
Leg. psykolog  
frida.johansson-metso@sl.se

### Referenser

1. Steel, Z., Chey, T. & Silove, D. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *JAMA* 2009;302 (537–549).
2. Williams, A. & Amris, K. (2007). Pain from torture. *Pain*, vol 133(1-2-3) (5–8).

### Citatet

**"Vad är hälsa annat än ett labilt jämviktstillstånd med dålig prognos?"**



Merete Mazzarella  
(författare, professor i litteraturvetenskap vid Helsingfors universitet, hedersmedlem i SFAM) i *AllmänMedicin* 2002;2:215.

# Tortyr – ett mordförsök på tilliten

Rubriken på denna artikel utgör titeln på en bok av journalisten Gert Svensson [1]. Att förstöra tilliten till andra människor är ett av tortyrens viktigaste syften. Som människor är vi beroende av att kunna lita på vår nästa, att kunna ge och få förtroende. Utan detta försvinner vår förmåga att fungera som sociala varelser. Tortyr är också ett angrepp på individens förmåga till *agens*, att fungera som ett handlande subjekt, och ett angrepp på individens beslutsamhet och sätt att fungera [2].

## 30 % av nyanlända flyktingar har erfarenhet av tortyr

Tortyr är vanligt. En undersökning från Röda Korsets Högskola i Sverige 2016 visade att 30 % av nyanlända flyktingar från Syrien uppgav erfarenhet av tortyr [3]. Detta stämmer med internationella siffror.

I en annan artikel i detta nummer (s. 25) berörs tortyrkonventionen och flera andra aspekter på tortyr. Här ska jag koncentrera mig mer på några olika skador och på mötet med tortyroffer, om att fråga och att dokumentera.

---

**"Tortyrbrottet är utstuderad grymhet, avsiktlig, planerad och övertänkt. Det utförs av människor som anser sig vara vanliga, hyggliga samhällsmedborgare som med statens, regimens eller en organisations uppbackning och stöd gör ett 'legitimt' jobb."**

---

I en färsk intervjustudie från Göteborg [4] berättar bosniska kvinnor om sina erfarenheter från kriget på Balkan 20 år efter att de kom till Sverige. Kvinnorna hade haft flera kontakter med vårdcentral, där de sökt för somatiska problem. Flera upplevde att läkarna inte tog deras problem på allvar – tills de träffade några kvinnliga distriktsläkare som bad dem berätta om sina upplevelser under kriget. Det framkom då att en majoritet blivit utsatta för våldtäkt och annat sexualiserat våld. Om detta är det oftast omöjligt att prata i familjen och med vänner, då man riskerar att isoleras.

Men inför dessa läkare tog en berättelse form som gav en förklaring på deras fysiska och psykiska besvär. En "tystnads-konspiration" som oftast finns kring frågor om tortyr och våldtäkt luckrades upp och bröts. Från vårdens sida en tystnad beroende på okunskap och en känsla av att inte veta vad man ska göra med svaret, och från patientens sida känslor av skam och skuld. Tystnad kan också vara en strategi för många patienter att klara av vardagen, att försöka bita ihop och gå vidare, tills det inte går längre och man söker vården för olika

somatiska symtom. Kvinnorna remitterades sedan till en kris- och traumamottagning där de fick en samtalskontakt med gott resultat.

Erfarenheterna från denna och liknande studier bekräftas av en undersökning från USA, där 53 flyktingpatienter intervjuas om sina kontakter med vården. Två tredjedelar sade att de upplevt våld i sitt ursprungsland och led av effekter av detta. Flertalet berättade också att deras läkare aldrig frågat dem om deras bakgrund och tidigare upplevelser [5].

## Sexualiserat våld

I krig och konflikt är sexualiserat våld mot främst kvinnor men även mot män och barn snarare regel än undantag. Våldtäkt mot kvinnor, män och barn i fängelser och i släktingars närvaro förekommer regelmässigt [6]. Föremål förs också upp i anus eller i vagina och offret får besked om att "efter detta blir du aldrig gravid igen" och "nu blir du aldrig mer en riktig man". Många berättar aldrig om dessa erfarenheter på grund av skam och skuldkänslor. Att ge dessa personer tillräckligt med tid, att skapa lugn och tillit och att ge kvinnorna en kvinnlig vårdare är avgörande. Exemplet med bosnierna ovan visar att detta är möjligt.

Man tvivlar ofta på att barn utsätts för tortyr. En orsak till detta kan vara att bilden av barn i "väst" som ekonomiskt beroende och inte inblandade i politiska processer passar få barn i dagens värld. Men tortyr och sexualiserat våld är utbrett mot barn i de flesta av dagens våldsamma konflikter [6]. "Sekundär traumatisering" drabbar ofta barn som växer upp med föräldrar som plågas av sina tortyrskador och inte orkar ge kärlek och ömhet till sina närmaste.

## Tortyrmetoder och skador

Tortyrmetoderna är många och berörs delvis i en annan artikel i detta nummer. Skadorna, fysiska och psykiska, kan vara livslånga [6]. Ett av de vanligaste motiven är att tillfoga offret smärta. Vanligast är *slag över hela kroppen* med knytnävar och tillhyggen. Farligast och även vanligast är slag mot huvudet



Bild 1: falaka.

Bild 2: Fotsula efter falaka.



Bild 3: Palestinsk upphängning. Amna Suraka-fängelset, Sulaymaniyah, irakiska Kurdistan (numera museum).

som kan leda till hjärnskador av olika slag och i de flesta fall en kronisk svårbehandlad huvudvärk.

En speciell och vanlig typ av slag är *falaka*, då fotsulorna piskas med käppar eller järnrör (bild 1). Metoden är spridd över världen men förekommer vanligast i länder i Mellanöstern. Följderna blir ofta kronisk värk i fötterna då fettkuddarna i fotsulorna tillbakabildas. Offret tvingas ibland bära förövaren efteråt för att öka plågan. Falaka har en symbolisk betydelse. Genom att skada fötterna, som utgör kroppens kontaktyta med marken, och sabotera gångförmågan försvarar man offrets förmåga att besluta över sitt liv [2]. Följder av falaka kan vara lätt att se i akutskedet (bild 2) men lämnar i det kroniska skedet sällan synliga ärr.

Specialskor och olika typer av inlägg kan lindra symtomen.

*Upphängning* är en annan vanlig metod (bild 3). Skador på nerver, muskler och leder är vanliga och ger oftast kroniska besvär. Axlarna kan gå ur led. Känsln i fingertopparna kan i ett senare skede försvinna.

*Brännskador*, alltifrån cigarettfimpar till öppen eld är en vanlig metod (bild 4, 5).

*Skendränkning*, ”waterboarding” (bild 6) var en vanlig metod fransmännen använde mot den algeriska motståndsrörelsen som fick ny aktualitet i USA:s läger på Guantanamo på Kuba. Se Frida Johanssons artikel för mer information.



Bild 4: Märken av tortyr på en 22-årig man i ett läger i Sinai i Egypten 2012. Ligor kidnappar flyktingar från smugglarna i Sudan och för dem till Sinai där de torteras för att pressa pengar från anhöriga i hemlandet. En vanlig tortyrmetod är att hålla smält plast på de kidnappade. Bild från Röda Korset.



Bild 5: Cigarettmärken.

### Allt är inte tortyr

Vi kan ibland stöta på patienter med olika ärr på kroppen efter tidigare olycksfall och trauman. Om patienten kommer från ett land i krig får vi utnyttja vår nyfikenhet och fråga och inte reflexmässigt förutsätta att detta beror på tortyr. Bild 7 visar buken



Bild 6: Demonstration av skendränkning under en protest mot Concoleezza Rice, Washington 2007.

på en kvinna från Somalia med kelloider efter bränning med olika träslag pga. smärtor i epigastriet. Detta utförs av naturläkare och är vanligt hos de flesta äldre somalier. Hos unga ensamkommande från Afghanistan kan man ibland se utbredda ärr på ryggen, s.k. ”Ashura”, ett resultat av ett självskadebeteende i samband med en religiös högtid hos shiamuslimer, då man piskar sig med vassa föremål.

### Om att fråga

De flesta människor med erfarenhet av tortyr söker inte vår-



Bild 7: Bränning (ej tortyr).

Foto: Kristian Svenberg.

# Närhälsan

## Riktlinje Tortyrskador

Giltighet: från 2017-09-26 till 2019-12-31 Version: 1,0

## Mänskliga rättigheter och förbudet mot tortyr

I *Europakonventionen* artikel 3 finns ett förbud mot tortyr; **Ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.** Sedan 1:a november 1998 är Europakonventionen svensk lag och ingår i Regeringsformen. Förbudet mot tortyr är absolut oåterkalleligt och får aldrig få inskränkas. Trots internationella förbud förekommer tortyr fortfarande i många länder

### Primärvårdens ansvar

Den som dokumenterar skador för en asylsökande behöver inte vara medicinsk expert på tortyrskador. Det räcker med att dokumentera patientens berättelse enligt punkterna nedan. En journalkopia är fullt tillräcklig som underlag till Migrationsverket. Dokumentationen ska ses som indikatorer på att skadorna kan ha varit resultatet av förnedrande behandling eller tortyr. Det räcker med andra ord att en läkare gör bedömningen att de fysiska skadorna eller psykiska symptomen **kan** vara en följd av tortyr. Det är sedan Migrationsverket som har utredningsansvar och hänvisar den asylsökande till en expert/specialist i rättsmedicin eller tortyrskador

En viktig förutsättning för att våga berätta om tortyrupplevelser är tillit. Respektfullt bemötande är avgörande.

För patienter med uppehållstillstånd som uppvisar äldre tortyrskador kan dokumentationen ha stor betydelse för rehabilitering och återuppbyggelse.

### Att dokumentera

- Individens berättelse om hur skadorna uppstått: bakgrund, händelseförlopp, tortyrmetoder, misshandel, tider, platser, etc. och hur de påverkar livssituationen idag. Fysiska och psykiska symptom/funktionshinder dokumenteras. Vid psykisk tortyr nedtecknas patientens berättelse. Fysiska skador, nyare och äldre, dokumenteras. Efter medgivande bör skadorna styrkas genom bildbevis som scannas in i journalen.
- Psykiska symptom dokumenteras. Beskriv PTSD-symtom som mardrömmar, ångest, koncentrationsproblem, återupplevande, humörsvängningar, relationsproblem, raseriutbrott, missbruk. Många tortyrmetoder ger inga synliga skador men däremot svåra psykiska symptom.
- Bedömning och diagnos. Har patienten skador som stämmer överens med tortyrberättelsen skall detta framgå.

den. Men exemplet med de bosniska kvinnorna kan lära oss att vara vaksamma och utnyttja vår nyfikenhet. Har smärtan eller övriga somatiska symtom ingen uppenbar organisk orsak och patienten kommer från ett land som varit eller är i krig bör vi fråga. För att patienten ska svara måste hon känna tillit till läkaren/behandlaren, att det är en person som tål att höra berättelsen. Ibland händer det vid första mötet, ibland efter tredje eller fjärde. Att ställa några raka slutna frågor i början är oftast fruktbart, exempelvis:

- Jag har träffat andra patienter från ditt land, många har berättat om svåra upplevelser under kriget där. Är det något som även du varit med om?
- Har någon gjort dig illa?
- Vad hände? Blev du fångslad? Blev du utsatt för något övergrepp?
- Har du blivit torterad?
- Har du blivit våldtagen?

Jag har, speciellt under åren på Flyktningmottagningen, ställt dessa frågor många gånger. Sällan eller aldrig har jag upplevt att patienten brutit ihop eller lämnat mottagningen. Gråtit, ja, men inte brutit ihop eller kollapsat. Samma erfarenhet har de allra flesta psykoterapeuter och psykologer jag pratat med genom åren. Frågorna kan istället av patienten upplevas både som hjälpande och som 'normaliserande'. Om någon inte svarar men det framkommer att patienten har sömnbesvär kan man fråga:

- Du säger att du sover dåligt ... Varför då? Ligger du och tänker på något?

Ge "kvitton" till patienten, dvs. bekräfta det du hör och uttryck din empati. Att man visar vänlighet och respekt förutsätts.

Vad ska vi då göra med svaret? Oftast tar konsultationen ett stort kliv framåt och förståelsen för patienten liksom hennes tillit till dig ökar. Bedöm sedan om du efter några samtal kan fortsätta kontakten själv eller remittera till traumamottagning eller somatisk specialistmottagning. Bemöt patienten i en dialog som en människa, en unik individ, ett subjekt, och inte som representant för en speciell kategori av typen "flyktning", "invandrare" eller "ensamkommande".

Tänk på att beställa tolk, gärna av samma kön som patienten. Är du nöjd med tolken, be om tolknumret och försök få samma tolk nästa gång. Se till att skapa en kultur på arbetsplatsen där du kan få stöd efter dessa möten genom att berätta vad du hört och om dina egna känslor.

### Att dokumentera tortyrskador

Närhälsan i Göteborg har beslutat om några riktlinjer för dokumentation av tortyrskador. I princip ska dokumentationen innehålla tre moment.

- Detta berättar patienten (berättelsen med patientens egna ord, vad hon har varit med om)
- Detta noterar jag vid undersökningen (finns synliga ärr, skador eller funktionsinskränkningar? Finns tecken på posttraumatisk stress som sömnbesvär, koncentrationsbesvär, återupplevanden, kontrollförlust eller depression?)
- Detta är min bedömning (vad jag sett kan stämma med patientens berättelse)

Detta sparas sedan i journalen och Migrationsverket eller advokat kan senare få en kopia som underlag för vidare utredning. Detta är särskilt viktigt då det gäller asylsökande som

hotas av utvisning till länder där de tidigare torterats. Vården har en skyldighet att ta emot dessa patienter och göra denna bedömning. Någon speciell kostnad tas inte ut, patienten betalar vanlig avgift.

### Det finns hopp

Fysiska och psykiska skador efter tortyr bör tas om hand på bästa sätt via vårdens alla generalister och subspecialister. Även om en kännedom om tortyr och dess följder långsamt växer är kunskapen i vården fortfarande låg. På ett samhälleligt plan kan man lista ett antal läkande faktorer. De viktigaste tror jag är följande:

- Att få arbete och utbildning, som medför sociala relationer
- Att kunna återförenas med sin familj
- Att få en bostad
- Att få permanent uppehållstillstånd

---

**"Att möta patienter med tortyrskador väcker djupa existentiella frågor".**

---

Tortyr är inte misshandel i största allmänhet. Tortyrbrottet är utstuderad grymhet, avsiktlig, planerad och övertänkt. Det utförs av människor som anser sig vara vanliga, hyggliga samhällsmedborgare som med statens, regimens eller en organisations uppbackning och stöd gör ett 'legitimt' jobb. Att möta patienter med tortyrskador väcker djupa existentiella frågor.

**Kristian Svenberg**, allmänläkare, MD, f. 1947. Skrev 2011 en avhandling vid Göteborgs universitet: "Mötet mellan patienten och läkaren – erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning". Jobbade på Hjällbo Vårdcentral i Angered, Göteborg mellan 1992–2012. Därefter fyra år på Närhälsans Flyktingmedicinska mottagning i Göteborg. Gick i pension förra året men har en deltidstjänst hos Närhälsan (Västra Götalandsregionen) för att utbilda sjukvårdspersonal i ämnet tortyrskador. Spelar också saxofon, jazz.

Även om tortyr verkar öka i dagens värld finns det många organisationer och enskilda som kämpar emot denna brutala praktik. Det finns hopp.

**En manlig patient från Irak, 38 år gammal, uttryckte saken på följande vis: "Det djävulska är att tortyr förstör din tillit till andra människor. Det fantastiska är att just andra människor kan hjälpa dig att återfå tilliten".**



**Kristian Svenberg**  
Flyktingmedicinsk Mottagning,  
Närhälsan, Göteborg  
[kristian.svenberg@vgregion.se](mailto:kristian.svenberg@vgregion.se)

## AllmänMedicin informerar

# Socialstyrelsen har definierat nätläkartjänster

Socialstyrelsen har, med anledning av de nya nättjänsterna, utrett terminologin och fastställt följande, som också är vad som ska rapporteras till databaser.

**Vårdkontakt** är kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs.

**Vårdkontakt i öppen vård** kan vara fysiska möten, som vid hembesök och mottagningsbesök, eller distanskontakt.

**Öppenvårdsbesök** är vårdkontakt i öppen vård med fysiskt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och distanskontakt.

**Distanskontakt** är vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i

kombination eller genom överföring av text. Exempel på sådana är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt.

Distanskontakten ska avse *kvalificerad sjukvård* enligt Socialstyrelsens definition 14, d.v.s. det ska inte vara fråga om rådgivning och liknande. Vårdkontakten ska ske via en dialog mellan läkare och patient och ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök.

*Riksavtalet för utomlänsvård och utvecklingen av digitala vårdtjänster. Diskussionsunderlag SKL 15.1.2018*

[https://www.dagensmedicin.se/contentassets/5b9307f3c-ba347aca7e33d6ce90a09d0/digitala\\_-vardtjanster.pdf](https://www.dagensmedicin.se/contentassets/5b9307f3c-ba347aca7e33d6ce90a09d0/digitala_-vardtjanster.pdf)





**Annons**

# Skarpt förslag eller mesig kompromiss?

## Höga förväntningar på Anna Nergårdhs utredning

Utredningen *God och Nära vård* lägger i juni fram det andra delbetänkandet som handlar om uppdraget för Vårdval primärvård. Utredaren Anna Nergårdh berättar här om det pågående utredningsarbetet och hur hon ser på primärvårdens uppdrag, arbetsmiljö och fast läkare. Intervjun gjordes i april 2018.



### Hur långt har utredningen kommit?

– Vårt andra delbetänkande lämnar vi till sjukvårdsministern den första juni. Vi har nu haft möten med referensgrupperna om inriktningen och expertgruppen ska ju vara delaktig i arbetet med texterna i förslaget. Insamlings- och analysarbetet pågår hela tiden och vi har fortfarande många viktiga dialoger.

### Hur många bokade möten har ni hittills haft?

– Vi har haft drygt 220 diarieförda dialoger, och utöver det många mindre formella samtal i korridorer, fikarum och när vi transporterar oss mellan olika platser i landet.

---

**"... det räcker inte att mina förslag är aldrig så tydliga. Ska det bli verkstad, så måste förslagen också fungera ur alla aspekter..."**

---

### Har du upplevt några åsiktsskillnader hos politiker och profession?

– Jag upplever att det i stort finns en samsyn inom politiken på olika nivåer, mellan medarbetare och hos många patient- och brukarföreträdare. Jag hade kanske vissa farhågor om hur "sjukhusvärlden" skulle reagera när vi nu fokuserar mer på primärvård än tidigare. Men det finns en stor och ökande insikt även där om att vi måste ha en stark första linjens sjukvård, att det gagnar alla om vi gör rätt saker på rätt plats i systemet.

### Utredningen kommer att föreslå en omställning av sjukvårdsstrukturen. Hur ska ni få vanligt folk och politiker att förstå detta, när sjukvårdssystemet redan är så komplext?

– Som invånare och som brukare ska man inte behöva förstå systemet i alla detaljer. Det är en av poängerna. För patienten är det oftast helt ointressant vad vårdformen heter, eller hur vi organiserar vården. Däremot måste allt hänga ihop, vara väl

### Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2017:53) syftar till att utveckla några av de förslag som presenterades i Göran Stiernstedts utredning *Effektiv vård* och stödja samtliga olika aktörer i genomförandet av förslagen.

Huvudfokus är att bygga upp en modern och nära vård med fokus på primärvård. Utredningsuppdraget sträcker sig till 31 mars 2019 med delredovisningar i juni 2017 och juni 2018. Utredningen skall särskilt beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård

koordinerat och motsvara de ofta komplexa behov som dagens och morgondagens patienter har.

– När det gäller beslutsfattarna, så upplever jag att det finns god kännedom och stor kunskap runt utmaningen att bygga uthålliga system när det gäller kvalitet, arbetsmiljö och hållbar ekonomi. Däremot upplever många huvudmän att det kan bli svårt att genomföra nödvändiga omställningar på egen hand. Många verkar därför se det som en styrka att förändringen genomförs ungefär samtidigt, på likartat sätt och med samma målbild. Men givetvis alltid med hänsyn till olika regionala förutsättningar och behov. Det är viktigt. ▶▶



Anna Nergårdh.

Foto: Regeringskansliet/Anders G Warne

### Kan du avslöja något om vad det kommer att stå i delbetänkandet?

– Det kommer att vara fokus på ett nationellt utformat uppdrag för primärvården, framförallt det som omfattas av landstingens Vårdval primärvård. Vi tänker oss en reglering i lagtext, det vill säga i Hälso- och sjukvårdslagen. Vi tror också att det behövs en reglering på förordningsnivå. Men som jag tidigare sagt, det räcker inte för att åstadkomma förändring på riktigt. Utredningen har också ett uppdrag att stödja olika aktörer i genomförandet, och för att stödja huvudmännen kommer vi att ta fram rekommendationer. De kommer att bygga på goda exempel som vi sett i olika delar av landet.

---

**"... för att stödja huvudmännen kommer vi att ta fram rekommendationer. De kommer att bygga på goda exempel..."**

---

– Vi kommer att lyfta fram det förebyggande arbetet i framtidens hälso- och sjukvårdsstrukturer och trycka starkt på patientdelaktighet och att sjukvården måste tillvarata patienternas egna resurser bättre än idag. Vi kommer också att lyfta interprofessionella arbetsätt och vi kommer att skriva mycket om behovet av kontinuitet och om relationernas betydelse i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården.

### Kommer ni att föreslå en lag om fast läkare för alla invånare?

– Det står ju redan idag i hälso- och sjukvårdslagen, att den som vill ha en fast läkare i primärvården ska få det. I praktiken är många överens om att detta i dag tillämpas i alltför liten utsträckning. Så det handlar om hur vi ska förstärka och förtydliga den skrivningen.

– Vi har förstås också gått tillbaka till förarbetena innan man införde fast vårdkontakt, och det är inte helt tydligt hur dom båda rollerna fast läkarkontakt i primärvården och fast vårdkontakt förhåller sig till varann. Min uppfattning är att det inte finns något motsatsförhållande. Därför kommer vi att förtydliga förhållandet mellan dem, och vi kommer att lägga förslag om att stärka rollen som fast läkare i primärvården.

---

**"... vi kommer att skriva mycket om behovet av kontinuitet och om relationernas betydelse i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården."**

---

– Vi kommer i alla förslag också att förhålla oss till möjligheten att skapa förutsättningar som möjliggör en god arbetsmiljö, allt annat vore oansvarigt i dagens situation. Att lägga ett förslag om att stärka rollen som fast läkare i primärvården innebär att vi

### Så här svarar Anna Nergårdh i intervjun på tre aktuella twitterinlägg:



**Tweet:** "Alla som arbetar i pv och alla som söker hjälp i pv vet att flaskhalsen utgörs av bristen på allmänläkare. Är det också din uppfattning?"

**AN:** Ja, det är min uppfattning att det är brist på allmänläkare. Framförallt är det en alltför låg andel av läkarkåren som ägnar sig åt allmänmedicin. Det är också brist på flera andra yrkesgrupper i primärvården, till exempel distriktssköterskor, psykologer och dietister.



**Tweet:** "Med många kockar och många sårintressen är risken uppenbar för tandlösa kompromisslösningar som inte leder till förändring. Hoppas att du kommer med KONKRETA, KRISTALLKLARA förslag, som du själv tror på. Först då är det möjligt att ta ställning."

**AN:** Även om det för många kan kännas nödvändigt att skriva fram konkreta, kristallklara förslag i en utredning, så blir det inte på riktigt förrän förslagen varit ute på remiss och aktörerna fått säga sitt. Sedan bestämmer regering och ytterst riksdagen om vad som ska hända med utredningsförslagen.

– Det kan både för mig som utredare och för många grupper kännas bra att man är tydlig i förslagen, det är självklart målet. Men om förslagen inte är förankrade, om de inte håller för de formella konsekvensanalyser som ska göras i en utredning, och om man inte tror att förslagen kommer att hanteras på ett rimligt sätt av remissinstanserna, ja då blir det trots allt bara ord på ett papper.



**Tweet:** "Du har lösningen i din hand Anna! Dags att göra verkstad. Dubblera allmänläkarnas antal, listtak, fast läkare för alla invånare. Utan fast läkare för alla (med aktiv och passiv listning) så faller allt som ett korthus!"

**AN:** Det jag har i min hand är att lägga förslag. Samtidigt förstår jag twitterarens behov av tydlighet. Men det räcker inte att mina förslag är aldrig så tydliga. Ska det bli verkstad, så måste förslagen också fungera ur alla aspekter och hålla för de olika instanser som ska granska dem och tycka till. Och igen – beslutet om hur förslagen tas vidare ligger hos regering och ytterst hos riksdagen, som för alla utredningar. Men visst är det ett konststycke att skriva så att det inte bara blir en rad mesiga kompromisser. Det är förstås ytterst en förtroendefråga om man tror att det går att bygga en utredning på bred samverkan och dialog, och ändå lägga de förslag som kan göra skillnad. Själv är jag övertygad om att det går att arbeta så, annars hade jag inte tagit uppdraget.

måste titta på hur vi tillförsäkrar att uppdraget blir rimligt. Om vi ska stärka rollen som fast läkare i primärvården, så måste vi dels adressera arbetsmiljöfrågan, och dels inte bara säga att det behövs en högre andel av läkare som ägnar sig åt allmänmedicin, utan också beskriva stegen för att uppnå det målet.

### **Primärvården har idag bara 17 procent av sjukvårdsbudgeten. Är det inte dags för staten att ingripa?**

– Det är viktigt att inse att staten endast i liten omfattning kan kommandera fram en förändring av det. Mycket vilar på våra landsting och kommuner som huvudmän för primärvården.

– Det staten kan göra är att styra via *normering*, det vill säga skapa lagar och förordningar. Landsting och kommuner har huvudmannaskapet och står för huvuddelen av finansieringen av den totala sjukvårdsbudgeten. Så det är landstingen som måste fördela om sina ekonomiska medel för att omställningen

ska bli verklighet. Den här omställningen går inte att genomföra om inte kommuner och landsting är med på det, därför är det så viktigt att vi har en god och nära dialog om de förslag vi lägger. Sedan kan staten förstås välja att göra särskilda satsningar, som man då ofta väljer att göra i form av överenskommelser mellan staten och SKL. I några av de senare överenskommelserna, exempelvis vad gäller psykisk ohälsa, omfattas ju också primärvården.



Göta Eliasson  
Falkenberg  
gosta.eliasson@sfam.se

## **Kristdemokraten Acko Ankarberg Johansson vill öka statens inflytande över sjukvården**

**Acko Ankarberg Johansson har tagit över som Kristdemokraternas sjukvårdspolitiska talesperson efter Emma Henriksson. Hon har gedigna kunskaper om sjukvårdsfrågor och vill att staten tar på sig ledartröjan, eftersom hon inte tror på landstingens egen förmåga. Att invånarna kan välja en fast allmänläkare är viktigt, men hon anser inte att alla invånare behöver listas.**

Efter några år som musiklärare och begravningsentreprenör sökte sig Acko Ankarberg som 22-åring till politiken. Först som ersättare i kultur- och fritidsnämnden i Jönköping, därefter som kommunalråd och sedan som kommunstyrelsens ordförande. Från 2011 har hon varit partisekreterare för Kristdemokraterna. Hon är väl förtrogen med sjukvårdspolitik och har ett förflutet i Ansvarskommittén, där hon bland annat arbetade med Olivia Wigzell, en av utredningens sekreterare.

Acko Ankarberg har också varit tongivande i utformningen av LOV, lagen om vårdvalssystem, har länge befunnit sig nära hälso- och sjukvårdsfrågor men har hittills inte haft något direkt politiskt ansvar för dem. Men i höst kandiderar hon till riksdagen.

Man kan säga att Acko Ankarberg är en

hängiven folkrörelsemänniska, uppvuxen med engagemang i KFUM och frikyrkörörelsen.

– Jag är van att göra saker tillsammans och att ställa upp för andra, att vara lägerledare på sommaren, att engagera mig inom idrotten. Och jag gillar att få saker att fungera. Som partisekreterare är det min uppgift att få partiet att fungera, och samma ansats har jag när det gäller att få rätsida på sjukvården.

---

**"Fler delar måste alltså byggas in i allmänläkarens arbete, vilket innebär att det kommer att bli ovanligt att jobba hundra procent med enbart patientmottagning."**

---

Jämför man partiarbetet med ett fördrag kan man säga att partiledaren, Ebba Busch Thor, är styrelseordförande och Acko Ankarberg är VD med ansvar för att organisationen gör bra politik av det

man i demokratisk ordning har beslutat om.

– Jag är med och formulerar vad partiet ska stå för och i höstas tog rikstinget en vårdproposition. Jag har kontakter med olika företrädare och intresseorganisationer och träffar många människor. Från varje möte tar jag med mig några pusselbitar, kanaliserar dem och ser till att partiet skriver fram en politisk åsikt.

### **Vad anser du vara det största problemet med dagens primärvård?**

– Att för få går dit. Och att för många går till akuten. Primärvården har ett mycket brett uppdrag och problemet är att det saknas ett nationellt beslut om vad som är primärvård. Våra tjugoen landsting bedriver primärvård på tjugoen olika sätt.

### **Hur vill du ha det?**

– Jag vill förstärka sjukvårdsrådgivningen, 1177. De som känner sig sjuka borde först ringa dit för att få veta vad man kan göra själv och en del fall kanske får rådet att söka vårdcentralen. Då kommer fler att använda primärvården och inte bege sig till akuten. Men det kräver att tillgängligheten blir bättre. Primärvård är öppen vård och då måste den ha ge-

nerösa öppettider. Idag stänger den fler timmar på dygnet än vad den har öppet. Till slutenvården kan man komma dygnet runt.

### **Sjukvården sägs vara sjukhustung, vad vill du göra åt det?**

– På sikt måste det ske en minskning av resurserna för sjukhusen, men lösningen just nu är inte att plocka bort pengar. Vi föreslår i stället en förstärkning av primärvården med ytterligare 3 miljarder. Dessa pengar ska ses som en vägvisare till landstingen om att det är på primärvården de satsa. Västra Götalandsregionen har redan lagt en extra miljard på primärvården.

### **Är uppgifterna mellan slutenvård och primärvård rätt fördelade idag?**

– Jag är helt säker på att primärvården kan göra betydligt mer för de patienter som idag åker direkt till sjukhuset. Slätröntgen, till exempel. Alla vårdcentraler kommer inte att kunna ha det, men betydligt fler än idag.



Acko Ankarberg.

Foto: Gösta Eliasson

landstingen själva ska sköta det här, och det gäller att ta behoven hos allmänläkarna på allvar.

### **Hur ska det gå till att rekrytera fler allmänläkare?**

– En pusselbit kan vara att staten tar ansvar för utbildningen. Det är staten som ska bestämma hur många läkare och specialistsjuksköterskor vi ska ha. Det ska inte göras utifrån varje enskilt landstings budgetutrymme, det måste finnas en nationell plan. Jag kan också tänka mig att distriktsläkarna driver en egen ”låda” vid sidan av ett vårdcentraluppdrag. Jag tror vi måste bli mindre fyrkantiga, tillåta mer mångfald helt enkelt.

### **Har du någon idé om hur arbetsmiljön kan bli bättre?**

– Varför blir man hyrläkare? De upplever större flexibilitet, tjänar litet bättre, men framförallt kan de själva bestämma över när och hur mycket de vill jobba. Många kanske vill kompetensutveckla sig, forska eller syssla med något helt annat. Fler delar måste alltså byggas in i allmänläkarens arbete, vilket innebär att det kommer att bli ovanligt att jobba hundra procent med enbart patientmottagning.

### **Är det meningsfullt att utmana landstingens självbestämmande?**

– Jag tycker det. När landstingen inte

lyckas komma överens måste ju staten gå in och bestämma. I nästan alla rapporter från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar man att ”så här blir det med 21 olika system”.

Acko Ankarberg ser ett embryo till ökad statlig styrning. Hon säger att även om flera partier är emot det, så kommer det nuvarande systemet att fungera allt sämre, och då måste man våga pröva nya lösningar. I framtiden kanske även ett statligt övertagande av sjukhusvården kan bli aktuellt.

– Man får ta det steg för steg och jag tänker se till att vi får nationella regler som leder dit vi vill. Jag har visserligen inte alla med mig på det här, men tänker driva det så hårt jag kan. För varje gång staten delat ut pengar så tycker jag vi har rätt att få veta vad vi har fått för dem. Ta till exempel den senaste professionsmiljarden. Den delas ut om man har skickat in en plan för vad man *vill* göra med pengarna. Men vad man *uppnått* efterfrågas inte, och då är det inte säkert att pengarna används som det var tänkt.

---

**”... jag är inte beredd att gå så långt som att säga att samtliga invånare måste vara listade.”**

---

### **Vill KD ha fast läkarkontakt för alla invånare?**

– Vi tycker att alla ska ha möjlighet att välja en fast läkare. Men det finns grupper som inte alls tycker att det är viktigt, bland annat yngre personer. Men det måste finnas möjlighet för alla att välja en fast läkare. Jag tror att många vill ha det och därför måste vi skapa ett system som gör det möjligt. Men jag är inte beredd att gå så långt som att säga att samtliga invånare måste vara listade.

### **Räcker allmänläkarna till om många vill lista sig på en fast läkare?**

– Jag tror det kommer att bli attraktivt att jobba i en sektor där man söker folk. Nu vänder man sig bort från den här sektorn eftersom den är underbemannad. Om det blir tvingande att erbjuda befolkningen fasta läkare så kommer arbetsgivarna att

---

Att det saknas allmänläkare är Acko Ankarberg fullt medveten om. Hon menar att det borde vara högtintressant att arbeta som specialist i allmänmedicin och att det återstår att förklara varför det är så svårt att rekrytera. Det kan, säger hon, bero på att allmänläkarna har ett odefinierat uppdrag och att vantrivsel och psykisk ohälsa kan bli följderna av en arbetssituation som upplevs som gränslös. Det finns därför en poäng med att tydligt definiera primärvårdsuppdraget. Hon framhåller att ett listningstak kan bli aktuellt och att det i så fall är staten som måste ta på sig ledartrojan.

– Det kommer inte att fungera om

göra allt de kan för att läkarna ska vara fast anställda. Systemet kommer att föda sådana krafter. Redan idag har vi hyrläkare, så både läkarna och pengarna finns där. Det handlar om att börja använda dem på rätt sätt.

### **Anser du att man måste vara specialist i allmänmedicin för att jobba som distriktläkare?**

– För de flesta patienter tror jag det är viktigt att det är en allmänläkare som är den fasta läkaren. För patienter med

sjukdomar som kräver särskild kompetens kan det naturligtvis vara bra att ha tillgång till andra specialiteter på vårdcentralen.

### **Vad önskar du dig av Anna Nergårdhs utredning?**

– Jag önskar att hon vågar sig på en nationell reglering med lagstiftning av primärvårdsuppdraget och inte överlämnar bollen till SKL och landstingen. Det är KD:s bestämda hållning att här krävs tydlig lagstiftning.



Göta Eliasson  
Falkenberg

[gosta.eliaasson@sfam.se](mailto:gosta.eliaasson@sfam.se)

## Hallå där, Göran Sjönell, vad tänker du om det som händer i primärvården?

**Göran Sjönell har ett långt förflutet som allmänläkare, forskare och debattör och har ofta torgfört sina åsikter om hur svensk allmänmedicin ska bli starkare. I den här intervjun ger han sin syn på nuläget. Han förespråkar civil olydnad, listning på fast läkare för alla, listtak och ett mer västeuropeiskt arbetssätt med täta och korta konsultationer.**

### **Vad gör du nuförtiden?**

– Jag jobbar halvtid som husläkare i Mörby utanför Stockholm och har 1 400 personer på min lista. Jag trivs med tillvaron men har i stort sett lagt ner pennan och intresset för att stå på primärvården barrikader. Jag ägnar mig i stället åt mina patienter och mina barnbarn och åt mina uppfinningar.

### **Är en lista på 1 400 lagom för en läkare som jobbar halvtid?**

– För mig är det lagom. Jag har hållit på väldigt länge, och när jag flyttade från mottagningen i Stockholm till Mörby så följde 700 av mina patienter med mig dit. Av dom som besöker mig idag känner jag sju av tio. Men 1 400 för en nybliven specialist



Göran Sjönell.

Foto: Gösta Eliasson

är något helt annat, det kräver heltid. Liststorleken har väldigt mycket att göra med hur länge man har jobbat, vilken kontinuitet man har, och på arbetssättet.

### **Om fler vill lista sig än vad du kan ta emot, vad gör du då?**

– Jag upplyser om att listan är full. Folk respekterar det. Jag har ju lovat att ta hand om dem som redan finns på min lista på ett tillfredställande sätt. Det förtroendet kan jag inte svika.

---

**"... civil olydnad är en viktig del i all verksamhet."**

---

### **Vad säger landstinget om att sätta tak?**

– Dom är inte inblandade. Och dom säger väl att vårdcentralen ska ta emot alla som önskar lista sig.

### **Och det gör ni?**

– Nja, civil olydnad är en viktig del i all verksamhet. Idag anser vi oss vara fullstade, och den signalen skickar vi ut.

**En mottagning i Halland fick nyligen så många patienter från en sviktande vårdcentral i närheten att kvaliteten sjönk och väntetiderna rasade i höjden. Den fick sätta tak, men bara under en kort tid. Vad gör man då?**

– Man visar civilkurage. Stänger mottagningen eller flyttar till ett annat landsting. Den som är ansvarig för människors liv och hälsa måste säga stopp om det inte går att leva upp till det som förväntas. Kom ihåg att landstingen är en förhandlingspart och att vi har rätt och skyldighet att ställa krav, att säga ifrån och att vara bråkiga. ▶▶

### Vad är det största bekymret med svensk primärvård?

– Jag tror att allmänmedicinens misslyckande i Sverige beror på att vi aldrig har anammat det västeuropeiska arbetssättet. När man byggde utvecklingsvårdcentralerna Tierp och Dalby på 60-talet så blev dom "det lilla sjukhuset på prärien". Dessutom har svenska allmänläkare alltid hävdade att man måste ha halvtimmeslånga konsultationer och lösa alla problem som patienten råkar ha under en enda konsultation. De läkare som tar sina patienter på många snabba besök blir ofta hånade av sina kollegor. Man får höra att man är slarvig och ute efter höga inkomster.

---

**"... det traditionella västeuropeiska arbetssättet för GP:s bygger på en on-going-consultation."**

---

– Det här är faktiskt en kärnfråga där Sverige skiljer sig från andra länder. Hos oss har såväl institutioner som samhälle hållit den långa, invärtesmedicinskt orienterade konsultationens fana högt. Men det traditionella västeuropeiska arbetssättet för GP:s bygger på en *on-going-consultation*. Man har vetenskapligt kunnat visa att frekventa och tidsmässigt korta konsultationer är effektivare än enstaka längre besök och att det också ger bättre medicinsk kvalitet.

### Varför tror du politikerna föreslår task-shifting, digitaliseringsstöd och konstgjorda lösningar i stället för att göra något åt allmänläkarbristen?

– Här kommer en tråkig kommentar: varken allmänhet, politiker eller våra kollegor på sjukhusen har förtroende för oss allmänmedicinare. De inser inte att vi är kompetenta att bedriva bra verksamhet. Vi har inte deras förtroende trots att vi kan klara av 85–90 procent av befolkningens hälso- och sjukvårdsproblem och vi betraktas som andra klassens doktorer.

– Men vi kan inte gå tillbaka till Tierpsmodellen med sex olika läkarspecialiteter, sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer, specialistsjuksköterskor, KOL-sköterskor och diabetessköterskor och ett par allmänläkare som mest arbetar som socialmedicinare. Men väldigt många politiker tycks vilja se primärvård precis på det sättet.

### Vad tycker du om Göran Stiernstedts utredning? Den lyfter ju fram primärvården.

– Jag tycker hans analyser är korrekta och att problemformuleringen är riktig. Jag är tveksam till hans förslag om riktad primärvård, att man ska bryta ut äldrevården till en separat, områdesbaserad geriatrikverksamhet. Men i den bristsituation vi har så får väl det accepteras som ett mellansteg, så att vi i slutändan landar i en välfungerande allmänmedicin för alla invånare.

### Hur ser du på Anna Nergårdhs utredning "God och nära vård"?

– Jag har inte läst den så noga. Men utredaren verkar inte veta särskilt mycket om primärvård och vad en allmänläkare är. Hon

ter sig mer som en systemteoretiker som lägger pussel. Jag läste det hon skrev i början av sitt uppdrag och det tyckte jag var förfärligt förnedrande för allmänmedicin.

### Hur kommer man åt bristen på allmänläkare?

– Ett enda politiskt parti i riksdagen har nu för första gången brytt sig om att räkna på antalet allmänläkare, och det är centerpartiet. Deras slutsats är att det fattas 2 000 specialister i allmänmedicin i landet och att det brådskar att fylla vakanserna.

### Centerpartiet vill också att legitimerade läkare utan specialistkompetens i allmänmedicin ska kunna arbeta som distriktläkare, är det rimligt?

– Ja det är rimligt. Det där kravet på specialistkompetens i allmänmedicin är bara ett uttryck för svensk rigiditet. Det är klart att man är kapabel att arbeta som allmänläkare när man är legitimerad och har några års klinisk tjänstgöring bakom sig. En stor del av de norska fastläkarna är ju inte specialister och likadant är det i Frankrike, Spanien och Portugal.

### Du vill ha ett nationellt fastläkarsystem med listtak. Fastläkarsystemet måste vara nationellt och alla invånare ska vara listade på allmänläkare, antingen aktivt eller passivt?

– Absolut! Som den norska fastlegeordningen, punkt slut!

### Men idag skulle bara hälften av invånarna kunna lista sig, sedan skulle listorna vara fulla.

– Man måste göra allmänmedicin ekonomiskt intressant för de 3 000 specialister i allmänmedicin vi har, som idag inte

### Om Göran Sjönell

Född 1946, leg läk 1972, specialist i allmänmedicin (allmänläkarkompetens) 1975

Medicine doktor i socialmedicin 1984

Allmänläkare i Bålsta, Matteus Stockholm och i Mörby 1974–  
Ordförande i SFAM 1982–1985

President i WONCA 1995–1998

Direktör för Familjemedicinska institutet, Fammi 2001–2005  
Grundare och nuvarande ordförande för AT-stämman 1999–



Foto: Gösta Eliasson

arbetar i primärvården. Det gäller också att rekrytera läkare med klinisk tjänstgöring i specialiteter som ligger nära allmänmedicinen.

---

**"Att prata om kontinuitetens betydelse bara när det gäller patienter med diabetes och kardiovaskulära sjukdomar, det är sjukhustänkande."**

---

#### **Kan man inte tänka sig att reservera fasta läkarna för kroniskt sjuka äldre i väntan på att alla blir listade?**

– Då glömmar man att människan är en helhet. Och man ska inte tro att ungdomar med drogproblematik och oro för en massa krämpor inte behöver kontinuitet, det är i alla fall min erfarenhet. Att prata om kontinuitetens betydelse bara när det gäller patienter med diabetes och kardiovaskulära sjukdomar, det är sjukhustänkande.

#### **Hur ser du på nätdoktorerna?**

– Dom borde förbjudas. Jag känner stor tveksamhet till kollegor

som låter sig köpas till sådan verksamhet. Om lagstiftarna tittar efter ordentligt, så kommer dom att upptäcka att nätdoktorernas verksamhet är olaglig. Men det är en helt annan sak när det ges tekniska möjligheter att använda video eller Skype i kontakten med kända och listade patienter. Det kan effektivisera vården även om det mesta ändå kan klaras ut per telefon.

#### **Är Läkarförbundet och Läkaresällskapet bra på att driva allmänmedicinens frågor?**

– Jag har stor respekt för Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren, hon förstår sig på allmänmedicin. Jag har också intrycket att både Läkarförbundet och Läkaresällskapet driver på för att vi ska få ett nationellt system.

#### **Hur tycker du att SFAM ska agera?**

– Som hittills, men lägg till litet mer civilkurage och uppkäftighet! Säg ifrån mot underbemanning och avsaknad av listtak. Ordna möten som skapar upprorsstämning och motkrafter.

**Göta Eliasson**  
Falkenberg

[gosta.eliasson@sfam.se](mailto:gosta.eliasson@sfam.se)



---

# Annons



# Vad gjorde König?

**För kirurgisk behandling av nageltrång används i Sverige ofta eponymen König. Vem denna person var och vilken operation hen utförde är dock oklart. Följ med på en tur kring jorden i jakten på König!**

Vi använder många eponymer inom sjukvården. Vi säger Addisons sjukdom i stället för binjurebarksinsufficiens. Det är viktigt att vi menar samma sak med eponymen. Det verkar inte vara fallet när det gäller operation av nageltrång.

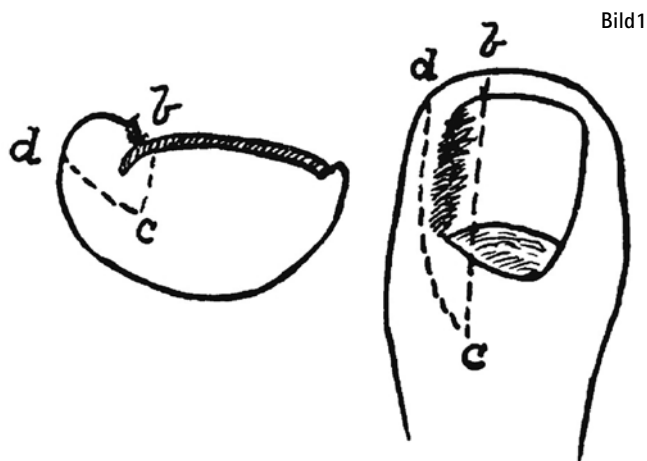
I Sverige är det vanligt att kalla en sådan operation för König. Men namnet tycks användas på många olika varianter av operationer. Jag har också hört begreppen modifierad König, partiell König och kemisk König. Det verkar alltså som om begreppet König har blivit synonymt med nageltrångsoperation – hur den än utförs.

Eponymer kan dock vara svåra att hantera när den ursprungliga metoden har genomgått många modifikationer. Den tysk-österrikiske kirurgen Theodor Billroth tog fram en magsäcksoperation som fick eponymen Billroth. Senare utvecklade han en annan typ av magsäcksoperation varvid man fick kalla den första för Billroth I och den senare för Billroth II.

Billroth II-metoden har fortsatt att utvecklas. Skulle man hålla kvar vid eponymprincipen skulle den kunna heta "The Finester-Lake-Lahey modification of the Miculicz-Kronlein-Hofmeister-Reichal-Polya improvement of the Billroth II gastrectomy".

## Vem uppfann metoden?

Nå, vilken operation är då kopplat till eponymen König? Den skulle kunna syfta på en kilformad resektion av nagel, nagel-anlag och hud (bild 1). Vid universitetsstudierna på 1970-talet använde vi läkarstudenter en dansk lärobok i den lilla kirurgin där denna operationsmetod beskrevs [1]. Jag vill minnas att vi då även introducerades till begreppet Königs operation även om namnet inte fanns i boken.



Klassisk kilformad excision, McWilliams 1903.

Men fanns någon person vid namn König som haft en framträdande roll i utvecklingen av denna typ av operation? Den franske kirurgen Jean Baudens gjorde sådana operationer vilket beskrevs 1850. Gosselin modifierade operationstekniken något 1853. E M Foote och C A McWilliams spred kännedom om metoden i de engelskspråkiga länderna kring förra sekelskiftet. Amerikanerna Winograd 1929 och Heifetz 1937 beskrev modifikationer av den ursprungliga operationsmetoden [2]. Jag har dock inte lyckats finna någon König i sammanhanget.

## Tyskland

Namnet König låter tyskt. Kanske personen går att finna där? När man läser tysk medicinsk litteratur stöter man dock på ännu ett mysterium. I Tyskland tycks alla typer av nageltrångsoperationer kallas Emmert-plastik. Carl Emmert var professor i kirurgi i Bern i Schweiz i slutet på 1800-talet. I en artikel från 1869 beskrev han sjukdomen.

Det märkliga är att Emmert inte förespråkade Baudens metod. Emmert rekommenderade istället en operationsmetod som bara inbegrep mjukdelarna. Trots detta har hans namn fått bli eponym till den kilformade resektionen och även till alla andra rent kirurgiska metoder mot nageltrång [2].

En tysk lärobok i kirurgi använder begreppet Emmert-Kocher excision. Det är dock oklart vilken roll Theodor Kocher spelat när det gäller nageltrång. Även Kocher var professor i kirurgi i Bern i slutet av 1800-talet och skrev flera läroböcker i kirurgi. Jag har dock inte lyckats finna någon König i sammanhanget.

Det är inte bara i Europa som det råder oklarheter om vad en eponym står för när det gäller nageltrångsoperationer. I till exempel Australien är man oense om vad begreppet Zadik's procedur innebär. F R Zadik var en engelsk kirurg som beskrev en operationsmetod 1950. (Nej, König har inte återfunnits i Australien heller.)

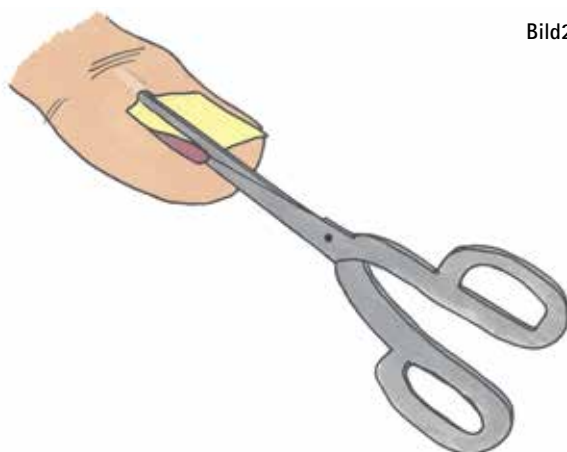


Illustration av fenolmetoden. Från en poster vid SFAM:s höstmöte 1988, ritade av artikelförfattaren.

## Fenol

En annan behandlingsmetod för nageltrång har blivit vanligare med tiden. Den innebär att en del av nageln avlägsnas och att nagelanlaget destrueras genom behandling med fenol. Jämfört med operationer utan fenol tycks den ge mindre smärta, färre komplikationer och lägre recidivfrekvens. Den förste som skrev om metoden var Otto Boll 1945. Wee, Tucker, Nyman och Cooper har förfinat metoden.

### "Vem var König? Och vilken operation gjorde hen egentligen?"

Den engelske kirurgen D L Hadley beskrev metoden och rapporterade resultatet av ett 70-tal operationer i allmänläkartidskriften *The Practitioner* 1985 [3]. Jag testade metoden och beskrev den på SFAM:s höstmöte 1988 (bild 2-4).

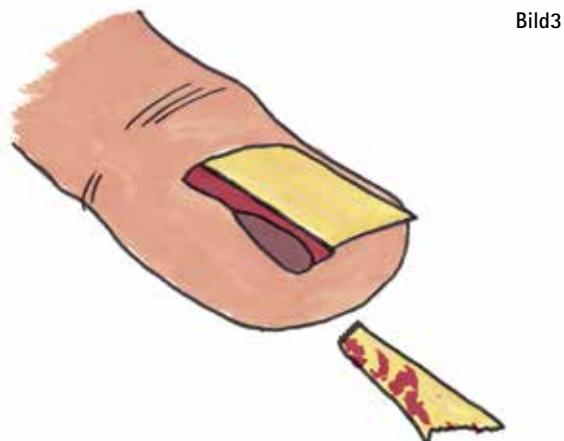
Metoden kallas ibland för "kemisk König", men någon König har väl med största sannolikhet aldrig varit inblandad, så varför skall hen få äran av den? Borde vi kalla den för Bolls metod eller kanske göra en Hadley? I Frankrike tycks den faktiskt kallas för Bolls teknik. Eller så undviker vi någon eponym och kallar den för partiell evulsio med fenol.

## ST-uppsatser

Jag har hittat fem ST-uppsatser publicerade 2014 – 2018 som handlar om nageltrång i primärvården. I samtliga uppsatser används eponymen König. I tre av de fyra uppsatser som tar upp fenolbehandling kallas denna för kemisk König [4].

En av uppsatserna definierar fem olika varianter av operationer, bland annat dessa tre:

- **Partiell evulsio.** Innebär att kanten på nageln klipps bort genom ett longitudinellt snitt ca 3 mm från nagelvallen och som fortsätter in under nagelbandet. Hela den avklippta delen avlägsnas sedan i ett stycke med peang.
- **Königs operation.** Initialt samma som partiell evulsio, men man fortsätter och lägger ett snitt genom nagelbandet, viker upp det och exciderar nagelanlaget skarpt genom att skära ända ner till benet. Snittet försluts ofta med en sutur i huden bakom nagelbandet.



- **Kilresektion (wedge resection, Winograd).** Samtidig resektion av nagelvallen, nagelkant och nagelanlaget i en stor kilformad resektion. Såret försluts ofta med en sutur [5].

I beskrivningen ovan finns dock ingen referens till Königs operation som anger varför den just ska ha detta namn. Många svenska läkare skulle nog även kalla kilresektionen för Königs operation och jag tror att eponymen Winograd är helt okänd för de flesta.

Endast en av uppsatserna har en referens till namnet König [4]. Den går till en videofilm på Örebro Universitets hemsida där en nageltrångsoperation visas och som där har eponymen Operation enligt König, men ingen vidare referens.

## Slutsats

Mysteriet kvarstår således. Vem var König? Och vilken operation gjorde hen egentligen? Om någon läsare vet mer jag tacksam om ni hörde av er.

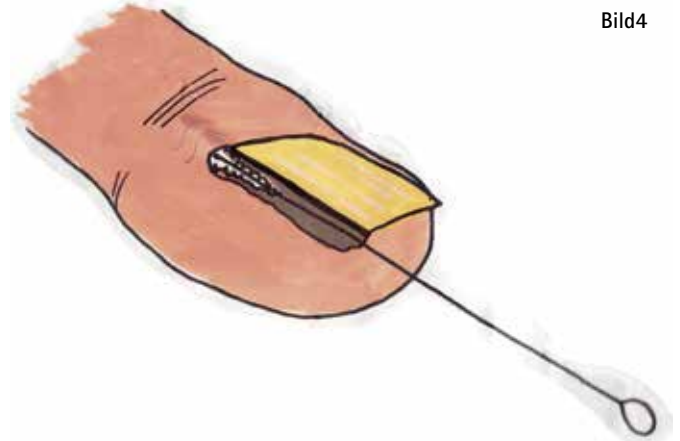


**Peter Rosenberg**  
Pensionerad allmänläkare  
Gävle  
[peter.rosenberg2@comhem.se](mailto:peter.rosenberg2@comhem.se)

*Jäv saknas.*

## Referenser

1. Andreassen M, Zachariae L. *Chirurgia Minor*, Munksgaard Köpenhamn 1974, p 80-2.
2. Rammelt S, Grass R, Zwipp H. Zur Behandlung des eingewachsenen Zehennagels – Was ist eine "Emmert-Plastik"? *Der Chirurg* 2003;74:239-43.
3. Hadley DL. The treatment of ingrowing and horny toenails. *The Practitioner* 1985;229:833-5.
4. Pettersson P. Nageltrångskirurgi, med eller utan fenol – vad är bäst? En litteraturgranskning och kartläggning av kirurgiska metoder som används i primärvården Skaraborg. FoU-centrum Skaraborg, Rapport 2014:3.
5. Ström E. Behandling av nageltrång i primärvård – är fenol bästa valet? FoUU-centrum Fyrbodal, Rapport 2017:08.



**Annons**

# Flippen, Floppen och "Framtidens vårdcentral"

Under tre år har SKL bedrivit projektet "Flippen i primärvården" där syftet var att främja utvecklingen av nya och innovativa arbetsätt. Målet var att "vända på perspektivet inom hälso- och sjukvården och utgå från patienternas och medborgarnas behov vid utformande av verksamheten".

Sju vårdcentraler valdes ut att representera regionerna. I slutrapporten [1] gjordes bedömningen att det blev en selektion av redan drivande och innovativa vårdcentraler. Ledarskapsstilen var den absolut viktigaste framgångsfaktorn när man undersökte hur ett anpassat utvecklingsstöd till vårdcentraler skulle utformas. Kompetensförsörjning var ett annat uppmärksammat fokusområde.

I en workshop om hur kreativiteten i hälso- och sjukvården kan ökas genom att man lär sig av varandra pekade man på nödvändigheten av att få "våra IT-människor att bli delaktiga i utvecklingen". IT kunde uppfattas som en bromskloss i digitaliseringen. Ersättningsmodellerna måste också främja innovation och utveckling.

I delprojektet "Behovssegmentering på individnivå" ville man synliggöra den tysta kunskap som finns i primärvården om att personer med liknande hälsoutmaningar har olika behov och beteenden [2]. Man identifierade fyra sorters patienter med olika behov och kapacitet: Självständiga och engagerade, Oroliga och engagerade, Traditionella och obrydda samt Oroliga och sårbara. Mikael Sandlund, ordförande i Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, ansåg att sådana indelningar, som bygger på marknadsundersökningar av huvudsakligen friska personer, inte tillför någon ny användbar kunskap [3]. Prioriteringar måste ske efter medicinska behov, vilket kan betyda att säga nej trots att efterfrågan finns liksom att aktivt erbjuda vård till personer med behov men som inte söker.

Flippen satte igång många förbättrings-

processer och ledde till ökat fokus på befolkningens behov. Rapporten avslutas: "Vid arbetet ute i verksamheterna underskattades att hälso- och sjukvården är konservativ och därför hade det behövts direktiv på uppdraget om innovation."

## Mina reflektioner

Projektets mål, att utforma verksamheten efter patienternas behov, känns egendommeligt. Är det så att primärvårdens utformning utgår från något annat? I så fall är det verkligen hög tid att göra om.



Flippen i primärvården. Ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård. Slutrapport. SKL 2018

Jag tänker också på de gyllene årtiondena 70- och 80-talen, innan finanskrisen och New public management slog undan fötterna för dem som ville förbättra primärvården. Det fanns utvecklingsvårdcentraler lite här och var, som med SPRI:s hjälp spred sina erfarenheter över landet. Eftersom cheferna satt långt bort hade man rätt stor frihet att utforma verksamheten efter lokalsamhällets behov – eller att låta bli.

Anders Ekholm, vice vd vid Institutet för framtidsstudier och ordförande för

Stockholms diabetesförbund, talade vid Framtidens vårdcentral i dec 2017 om "industrialiserbara" åkommor [4]. Han tänker sig att vi klassificerar diagnoser och patienter i enkla, komplicerade och komplexa, och att flödet styrs utifrån detta. Han menar också att koordinationen mellan vårdaktörer och brukare är för komplext för att kunna skötas manuellt, att vi inte har förmåga att tänka i komplexa system.

Vi som primärvårdspersonal hanterar komplexa system hela tiden, nämligen patienten. Informell klassificering av patienter sker med den individuella kunskapen om patienten som grund. Häri ingår patientens förmåga att ta ansvar för sin egen sjukdom. "Klassificeringen" kan variera över tid, beroende på patientens aktuella tillstånd och behov. Det är bland annat att välja akuttid/icke akuttid, antal 10-minuters moduler, prioritering av kontinuitet eller ej. En patient kan klassificeras som enkel eller akut utan att klassificeringen komplex eller kronisk upphör – båda aspekterna kan behövas vid en och samma patientkontakt.

Ur det perspektivet känns "behovssegmentering på individnivå" snarast som en flopp [3].

Ingrid Eckerman

Chefredaktör

chefredaktor@sfam.se

## Referenser

1. Flippen i primärvården. Ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård. Slutrapport. SKL 2018.
2. Beteenden och behov hos personer i kontakt med primärvården. Diskussionsunderlag för utveckling och innovation. SKL 2017.
3. Olika "sorters" patienter – Flippen blev en flopp? Svenska Läkaresällskapet, hämtat 14.4.2018 <http://www.sls.se/om-oss/aktuellt/publicerat/2018/olika-sorters-patienter-flippen-en-flopp/>.
4. Eckerman I. Framtidens vårdcentral enligt Anders Ekholm. Sfam.se/tidskriften 11.3.2018 <http://www.sfam.se/artiklar/framtidens-varldcentral-enligt-anders-ekholm>.

# Rapport om verkligheten: Mitt i sjukvården

**A**tt ”komma hem”, det kan nog vara det bästa i livet, i de flesta lägen och omständigheter. Och för mig innebär det att jag kommit hem igen efter en vecka på sjukhus, och att jag då efter den veckan har varit uppfylld av och därmed förstått att är det något jag älskar, så är det livet självt, men också i lika hög grad av allt jag mött under de dagarna.

Det började med hög feber i några dagar, en feber som jag tänkte att den går nog över. Men det gjorde den inte, men genom en insiktsfull vän fick jag tala med en tålmodig röst på 1177 med följd att plötsligt satt det inne hos mig 2 stycken ambulanspersonal, och att det kändes som att sitta och prata med gamla vänner, i meningen med den förtrolighet och naturlighet som är så vilsam. Och jag fann mig sen rullandes in till akuten och därifrån rullandes till närkontakten med svenska sjukvården, den som man knappt får läsa nånting gott om i pressen och den som så många klagar på.

---

**”Men att det ur kvinnliga i en sitter i, det blir jag varse när jag både lite skamset och förvånat tänker att jag borde ha kammat till mig lite, detta när en av undersköterskorna är en kille.”**

---

Och här låg jag nu i ett bås för mig mitt i en ny verklighet och kunde se in och ut mot andra bås, och allt var tyst och lugnt. Snart få se hur alla genast blir uppvaktade av undersköterskor och sjuksköterskor som lugnt och säkert tar reda på allt som skulle tas reda på om ny patient. Och jag ligger, lite yrvaken kan jag väl säga, och ser på de oftast unga undersköterskorna som vant och kunnigt tar fram det underlag de ska ha fram. De tar fram det underlag som ligger som bas för vidare och djupare patientomdöme, så här får ju inget missas, och för mig blev diagnosen lunginflammation. Livet hängde inte på en tråd, men även i de fall det gör det så är nog lugnet där på akuten det bästa förhållandet för alla parter.

**Och fint var det att få se så många unga människor** i full verksamhet, och att jag tyckte att jag kände deras egen tillfredsställelse med det koncentrerade arbetet, och undrade då än en gång över hur det kommer sig att långt ifrån alla platser för sjukvårdsutbildning efterfrågas av ungdomar idag, manliga och kvinnliga? Detta i alla bemärkelser goda jobb som ger möjlighet till ständigt nya yrkeserfarenhet och samtidigt fördjupade kunskaper om människor, allt det som vi vill ska fylla våra liv? Den där kunskaps- och erfarenhetsvägen som för en fram mot

större självkänedom och livstrivsel. När man känner vad man duger till kort sagt. Som för mig när jag har skrivit nånting bra, eller jobbat fint i växthuset, hur skulle man kunna leva utan det? Är det så idag att man låter sig styras av dåliga rykten, om för pressade scheman och dåliga löner, när man istället skulle lyssna till sin inre röst som säger att men sätt igång nu för 17!

Ja, där låg jag i min rulläng och tittade på de unga människorna, där kvinnorna hade långa håret i flätor och svansar fasthållet på den rätta platsen för hår, nämligen skallen och inte mitt i ansiktet som idag är det vanligaste. Och inte bara det nödvändigaste jobbet med provtagningen hade de tid med, utan också lite lågmält prat om vad de gjorde, och det bidrog ju till att läget där i sängen kändes rätt normalt, åtminstone för tillfället.

**Och från akuten blev jag vidarerollad** av en inte sjukvårdsklädd chaufför utan av en s.k. vanlig människa, en karl som sa att jasså är det du, att av dig har jag ju läst nån bok nångång. Och om jag inte då hade förstått vad jag kände när han sa det då hade jag fått veta det av en forskarrapport jag hörde om i radion när jag var hemma igen, nämligen att nu, efter tusentals utfrågningar, visste forskare att en människas hjärna kunde bli glad och uppmuntrad också av vänligheter hon får höra av icke närstående personer. Så min känsla hade tydligen prickat rätt. – Och hjärnan, det är numer alltid det som gäller, hjärnan och psyket, de parhästarna. Om själen vet vi visst inte om den ens finns längre? Ja, vart tog själen vägen? Blev den för omodern?

Och denna vanliga karl rullade mig till avdelning 18 där jag fick säng intill ett fönster som visade på den omvärld jag var en del av. Högt uppe var jag och sjukhusväggar som nådde ner till en gata jag kände igen. Längre bort hyreshus och villor

För en tid sedan låg författaren Gerda Antti inlagd på Universitetssjukhuset i Linköping och skrev en mycket tänkvärd betraktelse om sina upplevelser. Vi har till kongressen fått författarens tillåtelse att publicera hennes krönika där och i AllmänMedicin.

Magnus Falk,  
organisationskommittén



**Gerda Antti** är född 1929 i Övertorneå i Norrbotten och växte upp i ett lantbrukarhem. 1950 flyttade hon till Stockholm där hon gifte sig med författaren Walter Ljungquist (1900–1974). Hon har framför allt skildrat livet bland den samtida landsbygdsbefolkningen, och hon räknas som en av våra mest lästa författare. Idag är hon bosatt utanför Kisa i Östergötland. Hon har varit engagerad i Centerpartiet, bland annat som landstingspolitiker.

och längst bort ett landskap som slutade i en skogskant, och naturligtvis, en hög gemensam himmel över allting. Och även om jag visste att varje hem var ett högst individuellt hem för var och en som bodde där såg jag och kände jag att vad vi alla utan undantag också var en gemensamhet vilande i skapelsens famn, med denna himmel över oss. Och just den dagen låg en tunn en vit dimma över allting.

**Vad jag också hela tiden såg** från mitt fönster det var en lyftkran som högre än högt höjde sig över allting, en med ett huvud som klart sa att jag är en som vet och kan och klarar allt. En som var en bild av sjukvården. Mig kan ni alltid lita på. Och vem tvivlar väl på en lyftkran.

Men nog är det något alldeles speciellt, detta att ligga **i en sal på lasaretet**, en sorglig sång som de flesta kunde förr och som inte slutade så väl för en liten lungsjuk flicka. När man ligger där i sängen, då stannar vanliga tiden upp. Man är där man är och kommer ingenstans, just då med sjukhusskjortan på. Lite rörig i huvudet och trött. Försöker läsa på skyltarna vad det är för folk som kommer och går, dag som natt, och de är många. Och alla är de lika vänliga för att inte säga otroligt vänliga. Jag blir tillfrågad om vilken mat jag vill ha, jag blir bjuden kaffe på säng. Jag får en tandborste med kräm, för inte hann jag få med mig det jag skulle ha behövt ta med. Som en laddare till mobilen. Som tandpetare. Som papper att göra anteckningar på.

**Men att det ur kvinnliga i en sitter i**, det blir jag varse när jag både lite skamset och förvånat tänker att jag borde ha kammat till mig lite, detta när en av undersköterskorna är en kille. Ja, allt får man där man ligger, så om man varje dag hela livet hade det lika beviljat som man har det i sjukhussängen, då skulle man bli så bortskämd att det inte blev nånting av en.

Tänk på gänget som kommer in på morgonen, 3 stycken som ska ta prover. De kommer in som en mild stormvind och jag smittas av deras arbetslust och jag tänker att tack och lov för en stormvind istället för en långsam allvarlig psalm på morgonkulan. Och jag minns hänsynsfullheten jag mötte när jag efter en särskilt orolig natt nog knappt visste vad jag sa. Och på nätterna när de kommer och "tittar till en", vem somnar inte lättare efter det? Trots att en rädsla finns i en om hur det nu ska bli med allt? Hur blir nästa andetag? Att kunna andas, är inte det grunden för all frihet? Kanske därför alla nationer

har sin flagga som rör sig i vinden. Som ett löfte om frihet att andas för människorna.

**Och så kommer rondan**, plötsligt står den framför en, ett par tre läkare med vänlig uppsyn som tysta betraktar en. Deras ögon jämför det de ser med vad de läst i journalen. Och doktors ögon fortsätter att hålla ögon på vad som sker där i sängarna, och hur ängslig skulle man inte känna sig om man inte visste att de där ögonen alltid fanns där?

Men det för mig mest överraskande det var den ljusa stämningen som fanns där hela tiden. Och hjälpsamheten som man kände av? Inte hade jag vetat det? Och svenskar var de ju allihopa, eller att de alla i alla fall pratade svenska? Vi svenskar som mest är kända för tystnad och butterhet? Tunga arbetspass, dåliga löner, personal som slutar, det står det i pressen. Är det så alla tror att det är att arbeta i sjukvården och därför ungdomar inte vill ägna sina liv åt det?

Men mest skrivs det nu om de många psykplatser som inte finns för den snart tredjedel av svenskarna med psykiska besvär, och detta redan från det vi är små barn? Psykbesvär som ju inte sjukvården åstadkommit, utan om behov som mer eller mindre överraskat oss allihop? Allt sådant bekymmersamt och oroligt läser jag om dagligen. Men hur det kommer sig att vi har blivit så hjälplösa och ömtåliga och livskränkta att vi blir sjuka, det vet ingen? Finns det kanske någon ännu inte upptäckt smitta härute i själva samhället där vi bor?

**Och jag tänker på lyftkranen igen.**

Tänk om det fanns en lyftkran till därute, men nu en som har ögon och öron för oss alla. En som lyssnar av och känner av, som lever med oss? Men tänker man sig en människa som reser sig högt över alla andra och som garanterar sig ha ögon och öron för allt, då blir det en politiker man ser. Men för en politiker är det alltid det egna partiet som är huvudintresset och i andra hand att hålla reda på andra partiers intressen, och sen passa sig. Dessutom lever politiker enbart i nuet och tänker inte på gårdagen eller på morgondagen eftersom det blir för ansvarsfullt. Men om man på denna höga lyftkransnivå mitt ute bland folket fick ett huvud som hos en gammaldags provinsialläkare, en allmänläkare, en som levde med och lyssnade och kände av och som gjorde hembesök när det behövdes, en som så att säga tog pulsen på sängkanten? Ja tänk om man fick en sån lyftkran, en som såg gårdagen och kunde ana sig till vad som behövdes efter den? En som gav goda råd och en som sa nej ibland? Och en som vågade berätta vad han såg.

Ja, så är det, att efter några nätter och dagar på sjukhus där man förstår att man delar säng med hela livet och världen, då längtar man efter en lyftkran med huvud som en provinsialläkare.

Ja, så är det, att efter några nätter och dagar på sjukhus där man förstår att man delar säng med hela livet och världen, då längtar man efter en lyftkran med huvud som en provinsialläkare.



Illustration: Annika Andén

*Gerda Antti*  
Gerda Antti



# Personligt hälsokonto för alla australiensare



Australien är i full gång med att införa ett nationellt system för personliga hälsokonton på nätet. Systemet kallas My health record och ger den enskilda medborgaren tillgång till en digital lagringsplats för uppgifter om bland annat allergier, hälsotillstånd, pågående behandlingar och diagnostikrapporter.

Australiensarnas tillvaro, från vagan till graven, ska underlättas med hjälp av en mer digitaliserad och omorganiserad vård och omsorg. Allmänläkare, specialistläkare och annan personal hos anslutna vårdgivare och sjukhus har tillgång till invånarnas hälsodata dygnet runt.

Cirka 25 % av australiensarna har nu tillgång till systemet, och 18 000 nya journaler skapas varje vecka. Över 10 000 vårdgivare, apotek etc. är anslutna. Fem appar finns registrerade i dagsläget.

All behöriga läkare i Australien kan få tillgång till My health record-systemet, genom att de godkänner ett antal villkor för säkerhet och registrering och under förutsättning att de har skaffat sig relevant mjukvara. Skyddet mot intrång i systemet utgörs av tekniska säkerhetssystem och ett juridiskt regelverk som stipulerar stränga straff för personer som hackar sig in i systemet.

## För svenskarna dröjer det

Vägen för den svenska motsvarigheten "Hälsa för mig" har varit kantad med svårigheter. Systemet var klart för lansering i april 2017 när Datainspektionen plötsligt inte ansåg det tillräckligt säkert med hänsyn till personuppgifter. E-hälsomyndigheten har överklagat, och dom väntas före sommaren.

Enligt Bogi Eliassen, Institutet för Framtidsforskning i Köpenhamn, har det svenska systemet förutsättningar att bli en av världens mest avancerade lösningar för personliga hälsokonton. De ökade kraven på individens kontroll och självbestämmandet över persondata ligger dessutom helt i linje med den dataskyddslagstiftning som nu införs i Europa.

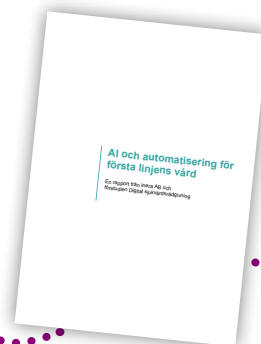
*Se även Personligt hälsokonto på väg att bli verklighet, AllmänMedicin 2016;4:23.*



Ingrid Eckerman  
Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se

# Artificiell intelligens och automatisering för första linjens vård

**Chattbotar, egenbedömning och andra verktyg som kan hjälpa invånaren mer effektivt än dagens 1177 Vårdguiden – det är några exempel som förstudien Digital sjukvårdsrådgivning presenterar i rapporten "AI och automatisering för första linjens vård".**



Förstudien Digital sjukvårdsrådgivning är en del av programområdet Nya 1177 Vårdguiden. Studien startade för att undersöka hur sjukvårdsrådgivningen på telefon skulle kunna bli mer tillgänglig och effektiv med hjälp av automatisering och artificiell intelligens, som ofta kallas AI.

Dagens sjukvårdsrådgivning på telefon bygger på att invånaren ringer in och pratar med en sjuksköterska om sina symtom. Sjuksköterskan bedömer symtomen och hänvisar patienten vidare till rätt vårdnivå: egenvård hemma, tidbokning på vårdcentral eller besök på akutmottagning.

Med ett automatiserat verktyg kan invånaren sköta flera av de här faserna själv, från att bedöma sina egna symtom till att få ett digitalt vårdmöte. Först i sista fasen kommer ett fysiskt vårdmöte, om det visar sig behövas. Invånaren får fler verktyg för att sköta sin egen och närståendes vård, och fler möjligheter till digitala vårdmöten som hänger ihop med hela vårdkedjan.

Förstudien föreslår bland annat en period med tester av hur nuvarande AI-system på marknaden kan användas på 1177 Vårdguiden. Hur skulle en chattbot fungera på 1177.se? Ett digitalt självbedömningsverktyg, där en sköterska kommer in vid rätt tillfälle? Kan tal som översätts till text förenkla på flera sätt?

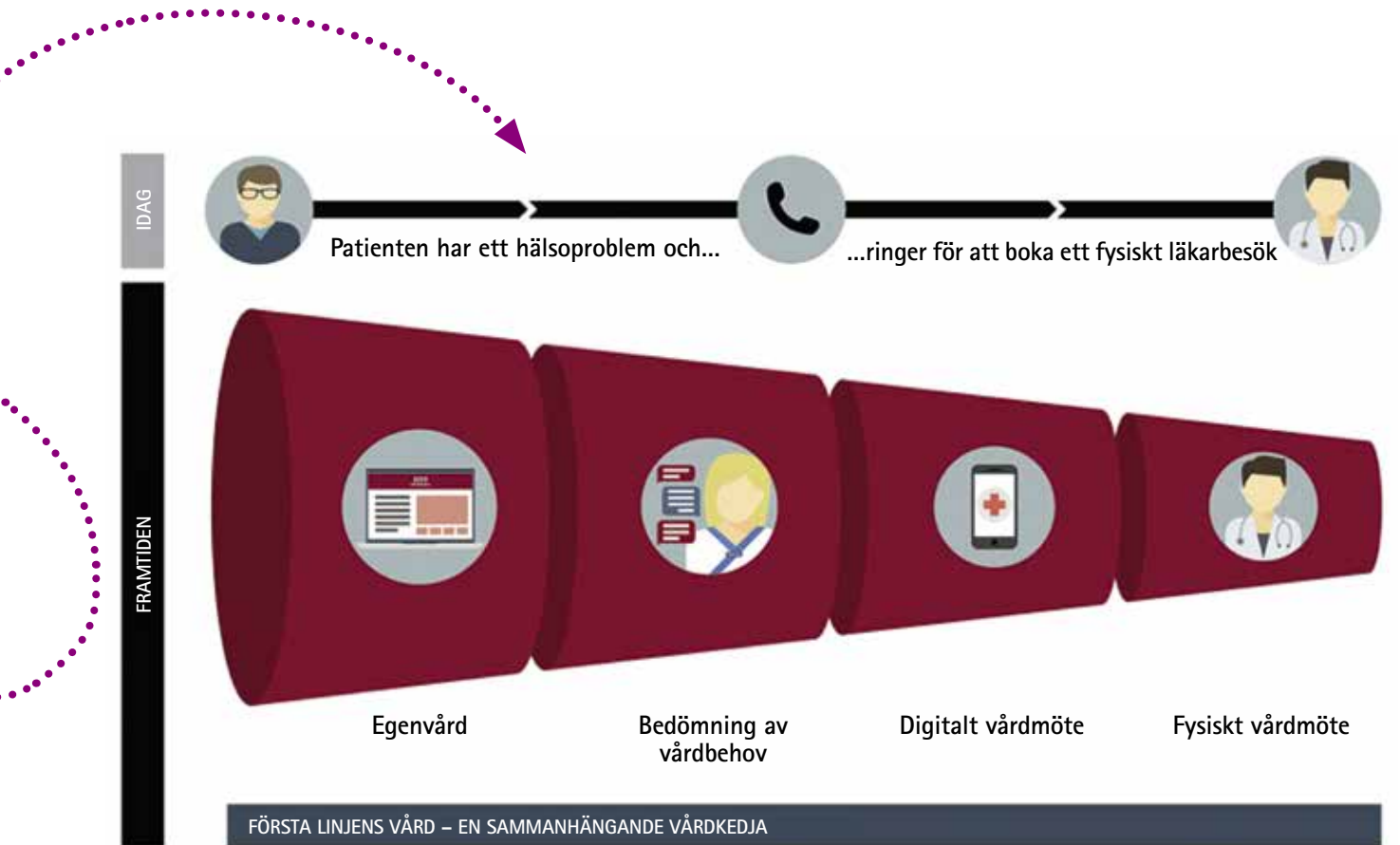
## Olika nivåer av AI-lösningar innebär olika vägar

Det finns olika nivåer av automatisering och AI-lösningar. I rapporten beskrivs allt från enkla till mer avancerade alternativ.

Gemensamt för AI är att det handlar om datorsystem som är självlärande, som kan lära sig av erfarenheter på sätt som liknar människans. Det skiljer sig från datorsystem som bygger helt på förprogrammering och automatisering. Även om de kan vara mycket avancerade är de inte självlärande.

En av de viktigaste slutsatserna i rapporten är att det här är ett område som landsting och regioner behöver satsa på. I den nya verkligheten samarbetar inte bara landsting, regioner och kommuner runt individen och utbyter information via plattformar, utan också andra myndigheter och privata aktörer. Med många aktörer ökar kraven på gemensamma nationella standarder, överenskommelser och satsningar.

Ingrid Eckerman, Chefredaktör  
chefredaktor@sfam.se



Från Inera 8.12.2017: <https://www.inera.se/aktuellt/nyheter/2017/allmant/artificiell-intelligens-och-automatisering-i-forsta-linjens-vard--forstudierappor-ten-ar-klar/>

# Annons





# FQ-gruppen

## – erfarenheter som kan inspirera

I cirka två år har jag varit ledare i en välfungerande FQ-grupp för ST-läkare i allmänmedicin. Det har ökat min professionalism som läkare och bidragit med mycket energi och lärande om grupper och ledarskap. Min erfarenhet är att det är möjligt att få en FQ-grupp att arbeta effektivt och lärande om vissa förutsättningar är på plats. Förhoppningsvis kan denna artikel bidra till att förbättra inte bara FQ-grupper men även samarbetet i olika typer av arbetsgrupper.

### Vad är en FQ-grupp?

SFAM har definierat en FQ-grupp som en pedagogisk metod för självstyrt, problembaserat lärande som grundas på kollegial dialog på regelbundet återkommande tidpunkter [1, 8]. F står för fortbildning och Q för kvalitet. Fasta kollegiala grupper för kvalitetsutveckling och fortbildning kan fungera inom samtliga yrkeskategorier inom vården.

Att ha kunskap om utvecklingsprocessen och gruppdynamiken i en grupp är ett hjälpsamt stöd för gruppledaren och gruppdeltagarna i arbetet för FQ-gruppens utveckling och effektivitet [2, 3, 5-8]. Susan Wheelans modell har varit mig till stor hjälp (se "Grupputveckling").

### Gruppens ramar

Gruppen kan bestå av 8 till 12 kollegor, helst från olika arbetsplatser [1]. Min FQ-grupp har bestått av tio ST-läkare i allmänmedicin, men gruppen kan bestå av allmänläkare eller en blandning av ST-läkare och allmänläkare.



Illustration: Annika Andén



Wheelan S. *Creating effective teams. A guide for members and leaders.*  
Sage Publications,  
första utgåvan 1999.  
ISBN-13: 978-0761918172  
ISBN-10: 0761918175

Vi har varit fem till åtta personer på varje möte, vilket har känts effektivt, även om det är i största laget jämfört med den optimala storleken på arbetsgrupper enligt Susan Wheelan [2].

Ett kontrakt upprättas som innehåller gemensamma förhållningsprinciper (sekretess, hur frånvaro anmäls mm). Att det finns en överenskommen sekretess i gruppen bör understrykas då det är en förutsättning för ett öppet och förtroendefullt arbetsklimat.

En viktig del i gruppens arbete är att samtliga medverkar till vad mötena ska innehålla. Ett halvårs till ett års planering kan göras genom att alla t.ex. skriver ned ämnesförslag. En ansvarig kan då förbereda sig lite extra med det aktuella ämnet.

Varje möte kan inledas med en stunds reflektion runt vilken känsla man kommer med, något som de andra bör veta, tidsramar mm. Därefter fastställs dagordningen. Förslagsvis har man, som vi, ett möte i månaden på två till tre timmar [1].

En deltagare kan ha bristande motivation med FQ-arbetet av olika skäl, kommer inte regelbundet eller anmäler inte frånvaro. Ett förslag är att gruppledaren kontaktar den deltagaren. Deltagarens motivation kommer i fokus liksom gruppens ramar och förhållningssätt. Ett resultat kan bli att deltagaren fortsätter med ökad motivation eller lämnar gruppen.

### Gruppledarens roll

Gruppen utser en gruppledare, som i sin roll har att se gruppens fortlöpande arbete i sin helhet och i sitt organisatoriska sammanhang [1]. Det ingår också att ha ett särskilt ansvar för gruppens struktur, sammanhållning och utveckling liksom att fokuseringen verkligen ligger på ämnet för dagen. Gruppledarens roll är också att sörja för att alla medlemmarnas kunskap och erfarenheter nyttjas.

Gruppledaren har i min grupp stått för dokumentationen av varje möte med en kortfattad anteckning innehållande information om närvaro, ämne, arbetsmetod samt eventuellt deltagarnas utvärdering av mötet.

Gruppledaren, som gruppens ordningsman, kan före nästkommande FQ-möte påminna om mötets tema, plats och tid. Deltagarna kan ge besked om kommande närvaro eller frånvaro via någon kommunikationskanal som t ex kan vara Loomio,



What's up, sms, mail, Google drive, st-forum, Facebook etc.

I en grupp som har arbetat tillsammans under en längre tid och har haft möjligheten att utvecklas till fas 3 och 4 (se "Grupputveckling") kan ledaren ha ett mer flexibelt ledarskap. Gruppen kan och behöver då ta ett större kollektivt ansvar för att gruppen ska bli lärande.

### Planläggning och inventering av ämnen

Planläggningen av ämnen kan gå till så att varje gruppmedlem får tre till fyra "post-it-lappar" och skriver på vardera ner ett ämnesönskemål, det vill säga lika många förslag som lappar. Alla lappar placeras ut på en stor yta, synliga och läsliga för alla gruppmedlemmar, t.ex. på en white board. Ämnena genomgås och motiveras av förslagställarna. Därefter röstas ämnena fram. Varje gruppmedlem får lika många poäng att fördela – ett för varje ämne – som antalet mötestillfällen under den period som planeras [4].

### Arbetsmetoder i FQ-grupper

Det finns en rad olika arbetsmetoder som en FQ-grupp kan använda, däribland falldiskussioner, journal club, reflektion, studiebesök, videotek och ämnesdiskussioner [1].

### Utvärdering av FQ-gruppens arbete

Det finns skäl att göra en utvärdering av FQ-gruppens arbete regelbundet, till exempel en gång årligen. En grundlig utvärdering kan genomföras på två timmar. Mer information och en utvärderingsenkät går att finna på SFAM:s hemsida [4]. Ett alternativ kan vara en kortare muntlig utvärdering en gång per halvår eller år för att stämma av hur gruppens arbete har fungerat och om det finns något gruppen kan förbättra.

### Grupputveckling

Att ha kunskap om utvecklingsprocessen och gruppdynamiken i en grupp är ett hjälpsamt stöd för gruppledaren och gruppdeltagarna i arbetet för FQ gruppens utveckling och effektivitet [2, 3, 5-8].

Det finns en rad olika teorier om grupputveckling. En grupputvecklingsteori som bland annat används i försvarets ledarskapsutbildning UGL: utveckling av grupp och ledare, är psykologiprofessorn Susan Wheelans IMGD: An Integrative Model of Group Development. I IMGD är fokus på gruppen och inte på individen. Fördelen med Wheelans teori är att den är lätt att förstå och relatera till och min erfarenhet är att den är mycket användbar i förståelsen av grupper utveckling.

## Grupputveckling

En grupputvecklingsteori som används i försvarets ledarskapsutbildning Utveckling av grupp och ledare (UGL) är psykologiprofessorn Susan Wheelans An Integrative Model of Group Development (IMGD). I IMGD är fokus endast på gruppen och inte på individen eller organisationen, vilket är en begränsning. Fördelen med Wheelans teori är att den är lätt att förstå och relatera till. Dock kan ett team uppvisa en icke-linjär och oförutsägbar utveckling.

IMGD omfattar fyra faser i en grupputveckling och dessutom en femte fas med gruppens upplösande och avslut. Utgångspunkten för grupprocessens faser är gruppen, gruppens uppgift och de ramar och regler som upprättats och som under processens gång kan förändras.

### Fas 1: Tillhörighet och trygghet

Försiktighet präglar den första fasen. Gruppens medlemmar är artiga mot varandra och ingen vill sticka ut. *Målen* för gruppen är att skapa en känsla av tillhörighet och början på ett förutsägbart samarbetsmönster. Gruppmedlemmens lojalitet till gruppen utvecklas och ett sammanhang skapas där medlemmarna känner sig tillräckligt trygga för att bidra med sina idéer och förslag. *Ledarskapet* är tydligt, uppgiftsorienterat, styrande och strukturskapande med fokus på gruppens uppgift.

### Fas 2: Opposition och konflikt

I fas 2 blir gruppmedlemmarna bekvämare i sina roller och kan börja ifrågasätta uppgiften, ramarna och ledaren. Gruppen blir mer oberoende och kan ta större ansvar för sig själva och för gruppen. *Målen* är att utveckla enhetliga mål, värderingar och fungerande rutiner. Dessa frågor fördjupas som en följd av gruppens arbete och ger skäl till både opposition och konflikter gällande såväl ledaren som enskilda medlemmar. *Ledarskapet* är fortfarande styrande och strukturskapande och behöver alltmer inkludera gruppmedlemmarnas motivation och engagemang. Konflikter kännetecknar denna fas,

och konflikthantering blir viktigt för att gruppen ska utvecklas vidare.

### Fas 3: Tillit och struktur

När gruppen har enats om mål, uppgift, ramar och accepterat ledaren och varandra kan tillit och struktur utvecklas vidare. Var och en har en tydligare position och bidrar med sin kompetens. Gruppens uppgifter är nu i fokus. Medlemmarna börjar bry sig om varandra. *Målen* är att förstärka positiva relationer mellan gruppmedlemmarna så att de kan engagera sig i ett mer moget samarbete kring roller och gruppens riktlinjer och rutiner. *Ledarskapet* blir mindre framstående och handlar mer om att hålla gruppens ramar och se till att överenskommelser följs. Gruppens mål är nu klargjorda och accepterade vilket gör arbetsgruppen till stora delar självgående.

### Fas 4: Arbete och produktivitet

Fas 4 kännetecknas av ett intensivt och effektivt samarbete. Gruppen använder sin energi till arbetet och uppgifterna istället för att odla den på konflikter och blir därmed en högpresterande grupp, som kan fullfölja sina planer. Det har etablerats en tydlig rollfördelning och förtroendet för varandra är stort. *Målen* är att genomföra arbetet väl, att genomföra överenskomna beslut, att bidra till sammanhållningen och uppmuntra kritiskt tänkande kring arbetet. *Ledarskapet* handlar om att även i detta stadium slå vakt om uppgift, ramar och struktur för att kunna ingripa om samarbetet sviktar. I det här stadiet tar medlemmarna själva stort ansvar och arbetar aktivt mot gruppens mål. Liksom i de övriga faserna behövs en löpande utvärdering för att värna om öppenhet, grupputveckling och gruppens syfte.

### FAS 5: Avslut

Det femte och sista stadiet är gruppens upplösning och avslut. För att hjälpa gruppmedlemmarna i framtida grupsituationer kan det i avslutningsfasen vara en fördel att man uttrycker känslor för varandra och ger varandra feedback.



### Sammanfattning

De viktigaste faktorerna för att skapa en lärande FQ-grupp är att tydliga mål och förhållningsprinciper har accepterats, efterlevs och utvecklas, att ledarskapet är flexibelt och följer gruppens processer, att det finns en stabil engagerad kärna av närvarande deltagare, att grupplederen gör korta minnesanteckningar från varje möte, att det finns ett halvårs till ett års plan för mötenas innehåll och att fokus på mötena är på målen och uppgifterna.

**"Jag är övertygad om att kunskapen och glädjen det ger att vara med i en välfungerande FQ-grupp eller arbetsgrupp kommer att göra oss till bättre läkare för våra patienter."**

Om dessa kriterier är uppfyllda skapas en möjlighet för alla gruppmedlemmar att delge sina kunskaper, brister och erfarenheter, vilket bidrar till att skapa en lärande FQ-grupp som utvecklas och är energigivande. Jag är övertygad om att kunskapen och glädjen det ger att vara med i en välfungerande FQ-grupp

eller arbetsgrupp kommer att göra oss till bättre läkare för våra patienter.



**Björn Rydhög**  
Örestadskliniken, Malmö  
bjryd03@gmail.com

*Handledare: Hjördis Nilsson Ahlin  
Arbetsterapeut, leg. psykoterapeut*

### Referenser

1. Professionell utveckling, kollegiala grupper och personlig utvecklingsplan. SFAM, studiebreve 31 januari 2004
2. Wheelan S. Att skapa effektiva team. Studentlitteratur (2010).
3. Sandahl C m.fl. Gruppens potential – att leda och utveckla gruppbehandling. Natur & Kultur (2014).
4. Vår FQ-grupp. SFAM, studiebreve 22 okt 2010.
5. Elwyn G, Greenhalgh T m.fl. Grupper – att leda små grupper inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur (2005).
6. Biguet G, Lindquist I m.fl. Att lära och utvecklas i sin profession. Studentlitteratur (2015).
7. Rudebeck C: Kropp och ord i en allmänläkares rum. Studentlitteratur (2012).
8. Rudebeck C m.fl. Grupper för fortbildning och kvalitetsutveckling inom allmänmedicinen. Spri (1996).

# BERÄTTA FÖR LIVET!

## OM NARRATIV MEDICIN OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

**Vad spelar människans berättelser för roll för vård och hälsa? Vad kan humaniora, medicin, vårdvetenskap och samhällsvetenskap lära av varandra? Hur kan medicinsk humaniora bidra till en ökad helhetssyn i vården och förbättra mötet med patienten och dess närstående?**

Konferensen anordnas av Region Kronoberg och Linnéuniversitetet genom samarbete inom Hälsa, humaniora och medicin. Samverkan har sin grund i ämnesområdet medicinsk humaniora, som bland annat handlar om ett helhetsperspektiv på vård och hälsa, medicinsk etik, kunskapssyn, socialmedicinska frågor, sjukdomsbegrepp, existentiella frågor, berättande och tolkande och professionell hållbarhet.

### KEYNOTE-FÖRELÄSARE:

- Deepthiman Gowda, Associate Professor of Medicine, Columbia University, New York
- Fredrik Svenaeus, professor i filosofi, Södertörns högskola, Stockholm

Två dagar med seminarier, workshops och presentation av pågående forskning inom medicinsk humaniora. Konferensen riktar sig till vårdpersonal, forskare och studenter och övriga med intresse för ämnet.



För mer information: <http://www.regionkronoberg.se/vardgivare/kompetens-utveckling/beratta-for-livet/>





# Att åldras med intellektuell funktionsnedsättning

Nyligen lanserade Svenskt Demenscentrum och Riksförbundet FUB ett kunskapsstöd om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning (utvecklingsstörning). Det vänder sig främst till LSS-området och följs upp senare i år med en handbok för primärvården.

Det finns flera skäl till att åldrandet kopplat till intellektuella funktionsnedsättning (IF) är mer aktuellt idag än för 30 år sedan. Institutioner har lagts ned och personer med IF lever numera integrerade i samhället. Utvecklingen har påskyndats av rättighetslagstiftningen LSS som lett till bättre omvårdnad, sjukvård och kosthållning. Personer med IF lever därför allt längre vilket i sin tur gör att de i större utsträckning drabbas av demens och andra åldersrelaterade sjukdomar.

**Det är en växande patientgrupp med särskilda behov** som primärvården möter. Man räknar med att cirka en procent av befolkningen har en intellektuell funktionsnedsättning. Av dem har 70 procent insatser enligt LSS, det vill säga ungefär 70 000 personer. Gruppen är mycket heterogen och etiologin har en mycket hög varians allt från genetik till anläggningsskador eller perinatale skador, sjukdomar och olyckor. Graden av funktionsnedsättning kan variera, från lindrig till grav, även bland personer med samma underliggande diagnos.

Äldre personer med intellektuella funktionsnedsättningar är mer sårbara för både fysiska och psykiska påfrestningar. Många klarar varken att kompensera för tillkommande funktionsbortfall eller att ens beskriva smärta och andra fysiska symptom. Förmågan att be om hjälp är oftast nedsatt, i vissa fall saknas den helt. Omfattande internationell forskning visar dessutom att ju lägre kognitiva resurser desto högre är risken för psykisk ohälsa.

**Som läkare i primärvården** ställs man inför en rad utmaningar. Det är nästan meningslöst att träffa en orolig patient med svår intellektuell funktionsnedsättning utan ett bra underlag. Vårdskräck är vanligt liksom olika personliga egenskaper som ytterligare kan försvåra kommunikationen. Den medföljande LSS-personalens eller anhörigas stöd och erfarenheter spelar därför ofta en avgörande roll. Räkna därför med längre konsultationstid även för en enkel undersökning. Använd ett enkelt språk utan att tala över patientens huvud.

Det är också viktigt att behandlingsinsatser innefattar nätverkskontakter för att stabilisera situationen för LSS-personal, god man och oroliga anhöriga. Förankra även insatser med



*Åldern har sin rätt – om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning. Svenskt Demenscentrum 2018. ISBN: 978-91-983139-5-6*

områdesansvarig sjuksköterska. Hos personer med låga personliga resurser krävs planering för att minimera riskerna för akuta insatser. Sådana går dock sällan helt att undvika eftersom förmågan att kompensera för funktionsförluster över tid ofta saknas.

Det är välbelagt att äldre med intellektuella funktionsnedsättningar är mer sårbara för både fysiska och psykiska påfrestningar. Tillkommande psykiska problem, biverkan av läkemedel och andra sjukdomar kan riskera tolkas som demens. Det är därför viktigt att undersöka nedsatt hälsa, smärta, sinnesnedsättningar som syn-, lukt och hörselnedsättningar, vaxproppar, tandstatus och hormonella dysfunktioner, till exempel sköldkörtelrubbing som är vanligt hos patienter med Downs syndrom.

**Risken för demenssjukdom** ökar i högre åldrar, det gäller även för personer med IF. Vid Downs syndrom, som utgör cirka tio procent av IF-populationen, sker en markant riskökning för Alzheimers sjukdom redan i medelåldern. Sjukdomen, som är den vanligaste dödsorsaken vid Downs syndrom, debuterar vanligen mellan 45 och 50 år. Förloppet är betydligt aggressivare än normalt, från diagnos till död är det ofta bara fem år.

Att utreda demens är en särskild utmaning för primärvården. Vid IF kan en demensutredning upplevas ännu mer komplex, men är oerhört viktig så att personen får rätt vård och omsorg. Anamnesen spelar en central roll. När det gäller patienter med IF som saknar anhöriga är en demensutredning ofta helt beroende av att personal kan förmedla väsentlig information.

Patienter med intellektuell funktionsnedsättning är ofta medicinkänsliga. Viktigt är att ha ett långsiktigt perspektiv. Starta med låga doser, öka långsamt och se över dygnsfördelningen. Undvik vid behovsmedicinering och multifarmakologi. Ge-



Svenskt Demenscentrum



FUB

För barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning



nomför försiktiga nedtrappningar i långsam takt. Förändra endast ett preparat i taget.

Svenskt Demenscentrum håller nu på att ta fram en handbok riktad till hälso- och sjukvården. Den följer de regionala vårdprogrammen och ska vara ett ytterligare stöd vid utredning, bedömning och behandling av äldre patienter med IF.

*Jäv saknas.*

Läs mer om kunskapsstödet **Åldern har sin rätt** på webben: [www.demenscentrum.se/int-funk](http://www.demenscentrum.se/int-funk).

**Wilhelmina Hoffman**  
Specialist i geriatrik  
Svenskt Demenscentrum  
[wilhelmina.hoffman@demenscentrum.se](mailto:wilhelmina.hoffman@demenscentrum.se)



**Barry Karlsson**  
Specialist i neuropsykologi  
Utvecklingsenheten, Hälsa och habilitering,  
Region Uppsala



## Första nationella konferensen om Kliniskt kunskapsstöd för primärvården

**I december 2017 var den första nationella tvådagarskonferensen om Kliniskt kunskapsstöd för primärvården i Malmö. Konferensen handlade om ett nytt nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården och hur det kan medverka till en mer jämlik och säker sjukvård i Sverige.**

Det kändes bra att kliva av tåget på Luciadagen i Hyllie, Malmö och sedan promenera den korta biten från stationen till Quality Hotel View. Konferensen vände sig till intresserade av arbetet med kunskapsstöd i primärvården i alla landsting och regioner i hela Sverige. Vi var mer än 140 deltagare som deltog under de här två dagarna.

Dagarna bjöd på ett väldigt trevligt arrangemang som flöt på bra. Programmet innehöll en vid bredd av föreläsningar med alltifrån nationella utredningar till det lokala arbetet med det kliniska kunskapsstödet. Vi fick en chans att blicka in i framtiden och titta på hur primärvårdens kunskapsstöd kan komma att se ut framöver.

Bland annat lyssnade jag dag 1 till presentationen om *Samlat stöd till primärvården: Hur hänger kunskapsstödet ihop med PrimärvårdsKvalitet?* Föredragande för denna programpunkt var



*Ulrika Elmroth och Magnus Kåregård.*

Ulrika Elmroth, specialist i allmänmedicin från Sveriges kommuner och landsting. Hon berättade om PrimärvårdsKvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata inom primärvården. Det är ett stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete. Det var intressant att få veta mer och att få höra hur primärvårdskvalitet kan kopplas ihop med kunskapsstödet. Det är viktigt att vi har bra stöd att utgå ifrån, men att vi sedan verkligen behöver följa vårt arbete och utvärdera det vi gör.

Under dag 2 var det intressant att höra hur man arbetat lokalt med kunskapsstödet och hur man gör för att ta fram nationella kunskapsstöd i de olika landstingen och regionerna. Arbetet skiljer sig en del åt och det är spännande att se och höra om de olika sätt man valt att ta sig an det hela.

Arrangörer för konferensen var Allmänläkarkonsult Skåne, Resursgrupp Allmänmedicin Södra Regionvårdsnämnden och SFAM tillsammans med Nationellt Programråd Primärvård och Projekt Nationellt Kliniskt kunskapsstöd Primärvård, SKL.



Anders Lundqvist.

Vid de valbara seminarierna under dag 2 bestämde jag mig för att lyssna till arbetet med primärvårdskvalitet igen i punkten: *Gör kunskapsstödet någon skillnad? Om Primärvårdskvalitet och användningen av data.* Även detta pass stod Ulrica Elmroth för. Primärvårdskvalitet är ett mycket bra utvärderingsverktyg som verkligen behöver spridas ännu mera i alla regioner.

Jag tyckte att det var väl utnyttjad tid på de enskilda passen och bra att i lite mindre grupp kunna prata om frågorna.

Programmet bjöd på en bra variation med många olika infallsvinklar. Det ska bli spännande att se vilket landsting/region som tar stafettpinnen och anordnar en nationell konferens nästa år!

Jag hade tyvärr inte möjlighet att närvara på middagen under kvällen, men hörde att underhållningen var något utöver det vanliga med gruppen Pros&Cons.

Det var en trevlig och öppen stämning på konferensen i Malmö. Det är alltid kul med utbyte av kunskap. Att få en chans att nätverka och stämma av sin omvärldsbild både på det praktiska planet och i teorin, särskilt som det var besökare från hela landet. Det blev en härlig mix på flera plan, både kollegialt och kunskapsmässigt.

Det är oerhört viktigt med kontakten landstingen emellan, bland annat om hur vi hanterar beslutstödet och naturligtvis även att få höra om hur man använder sig av olika organisationsmodeller för att ge ett så bra stöd som möjligt.

Här i Skåne verkar arbetet fungera väldigt bra och jag märkte att vi ligger långt fram med utvecklandet av kunskapsstödet. Det märkte man även när man läser rapporten från Södra sjukvårdsregionen och Region Skåne, som fanns med i välkomstpåsen.

Jag hoppas att det här blir ett årligen återkommande evenemang eftersom jag ser fördelar med att det finns en mötesplats där det går att samtala om detta viktiga arbete. Med tanke på arbetets stora omfattning så är det guld värt att träffas och uppdatera sig och utbyta tankar med kollegor!



**Eva Pulverer Marat**  
Enhetschef

Primärvårdens utbildningsenhet Region Skåne  
[lisa.m.johansson@skane.se](mailto:lisa.m.johansson@skane.se)

## Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård

Landstingen och regioner tar tillsammans med SKL fram ett gemensamt kunskapsstöd för vårdpersonal i primärvården. Visionen är att varje patient ska få bästa möjliga vård utifrån bästa tillgängliga kunskap.

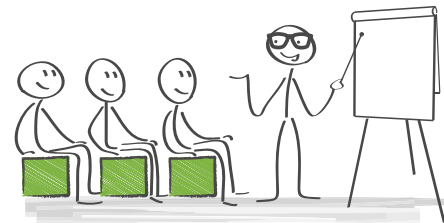
Kunskapsstödet består av mer än 360 nationella rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning och har sitt ursprung i Stockholms läns landsting, Region Jönköpings län och Region Skåne.

De nationella rekommendationerna tas fram av 24 ämnesgrupper fördelade mellan samtliga sjukvårdsregioner.

## AllmänMedicin informerar

### Använd AllmänMedicin i undervisningen

Rekvirera extra nummer via AllmänMedicins hemsida [sfam.se/tidskriften](http://sfam.se/tidskriften) "för kursgivare".



## Intresserad av Balintgrupp via internet?

### Målgrupp:

Specialistläkare allmänmedicin verksamma inom Sverige, oberoende bostadsort.

### Starttid:

2018-09-08

### Antal platser:

10 stycken

### Balintledare:

Anders Birr och Dorte Kjeldmand

### Intresseanmälan till:

[balintinternetgroup@gmail.com](mailto:balintinternetgroup@gmail.com)





Kenneth Widäng och Julia Khachaturova i samtal på kongressen.



Anders Hernborg med sin lilla lur.

# Reflexioner över ett SFAM-möte



**M**ed många SFAM-möten, som nu blivit kongresser, i bagaget känns det väldigt stimulerande att få vara med om ett till. **I nöd och lust** i ett Norrköping skrudat för vår som blev till sommar.

Ett fylligt och omväxlande program som speglade spänvidden i allmänläkarens dagliga arbete. Kvaliteten på presentationerna från föredragshållare, examinatorer och Key Note-talare fortsätter att visa stigande tendens från möte till möte.

Att återse kolleger från tidigt 70-tal och framåt höjde förstås min trivsel avsevärt. Att Christer Petersson äntligen blev utsedd till Årets Lejon gladdes också. Största intresset var ändå att känna

efter hur det SFAM som följt mig och betytt mycket under ett långt allmänläkarliv mädde.

Redan på tåget där jag hamnade bredvid Marina Tuutma (DLF:s ordförande) kom den första glädjande signalen. Tät kontakt mellan SFAM och DLF på ordförandenivå och samarbete där man puffar för varandra. Kan det vara dags för en gemensam tidning? Årsmötet och korridoriskussionerna präglades av en förening med endrökt och sammanhållning. Valberedningens förslag klubbades snabbt och smidigt liksom verksamhetsplan.

Kan dock inte hjälpas att en smygande oro inför framtiden gör sig påmind. Två frågor som hängt med länge och som är



Klara Hägg med en av de allra yngsta kongressdeltagarna.



Kerstin Lodén och Lena Pomerleau.



Witold Pisarek och Lars Englund från Transportstyrelsen.



Clary Hägglund, Taghrid Ramadhan och Selma Mehr.



Studierekторernas möte.

avgörande för föreningens framtid har ännu ingen färdplan mot lösning.

SFAM har endast en femtedel av allmänläkarna som medlemmar. Detta antyder att resterande allmänläkare upplever att SFAM inte har något att erbjuda dem som är värt medlemsavgiften. Det som SFAM kan satsa på att erbjuda är fortbildning. Föreningen är bra på att erbjuda kvalitet men har hittills inte klarat kvantitet.

Att utföra föreningsarbete på betald arbetstid från landsting eller andra vårdgivare blir allt mer omöjligt.

Långsiktigt kan dessa frågor knappast lösas på annat sätt än att SFAM professionaliserar fortbildningsinsatser med anställd personal och aktiv försäljning.

Tack för en stimulerande kongress!

Lycka till styrelsen i ert viktiga och ibland otacksamma uppdrag!

God framtid SFAM som organ för allmänläkare med forskningsinriktning och förhoppningsvis också för dem med båda fötterna i praxis.

**Kenneth Widäng**, Boden  
kenneth@widang.se

Alla foton: Ingrid Eckerman



Key note speaker Paul Little, professor vid Southamptons universitet, UK.



Åsa Kadowaki



Karin Lindhagen och Anneli Vinensjö.



Jonas Sjögreen och Malin André.



Katarina Hamberg och Margareta Troein.



**Annons**



# Kultur-spalten

## Vårt behov av rastplatser

Samhället byggs numera för *flöden*, inte för människor, tänkte jag efter ett mycket besvärligt tågbyte under en av vinterns snöigaste dagar. Jag var förlorad i snöyran utan giltiga biljetter i Nässjö, en av de största järnvägsknutarna i landet. Ingen människa att rådfråga. Knappt en sittplats för den som bara ville sitta ner och tänka efter utan att samtidigt konsumera kaffe, korb eller hamburgare.

Det är längesedan det fanns människor att vända sig till på landets tågstationer, men den här dagen hade också tekniken dragit sig undan och avvisade mig helt. Jag var plötsligt offer för en slimmad organisation, där flödestänkandet står högst på dagordningen. Vad gör man när tågbyten inte längre flyter som de ska och elektroniken säger nej? Man måste improvisera och ta till urgamla hjälpmedel som medmänniskor med lokal kännedom och äldre teknik som telefonen. På något sätt brukar det gå bra därför att det fortfarande finns ett liv vid sidan av de digitala strömmarnas fyrkantiga förnuft.

### Flöden och effektivitet

Flöden har med effektivitet att göra, med input och output. Inom industrin kan flöden beskrivas som processer från råvara till färdiga produkter, inom sjukvården som processer från individens insjuknande och vårdsökande till utredning, diagnos och behandling. Ett vårdåtagande är ett försök att namnge och begreppsliggöra denna process med tydlig början och slut. För vissa åkommor passar modellen, men inte alls för sjukdomar som består och för människor som lever sina liv med symtom som kommer och går.

Då krävs en annan rationalitet som innefattar improvisation och intuition.

De senaste åren har SKL lett en landsomfattande process om kunskapsstyrning i vården. Tanken att kunskap – inte vinst-tänkande eller allmänt tyckande – ska styra vården är ytterst hedervärd, men resultatet av processen håller på att bli en börda för kliniskt verksamma personer. Hur ska man hantera 350 nationella rekommendationer för utredning, uppföljning och behandling inom 25 olika ämnesgrupper? Och hur många professionella måste hela tiden ägna tid och energi åt att hålla alla dessa rekommendationer uppdaterade?

Optimisterna menar att vi relativt enkelt löser problemet med hjälp av artificiell intelligens. Om vi matar Dr Watson eller någon annan superdator med våra data kommer den att lösa våra problem inom sekunder! Nej, så enkelt är det inte, menar vi pessimister. Än så länge kan våra beslutsstöd bara erbjuda standardiserade lösningar, som inte alls tar hänsyn till det stora behovet av individuell handläggning som krävs i nästan varje enskilt fall.

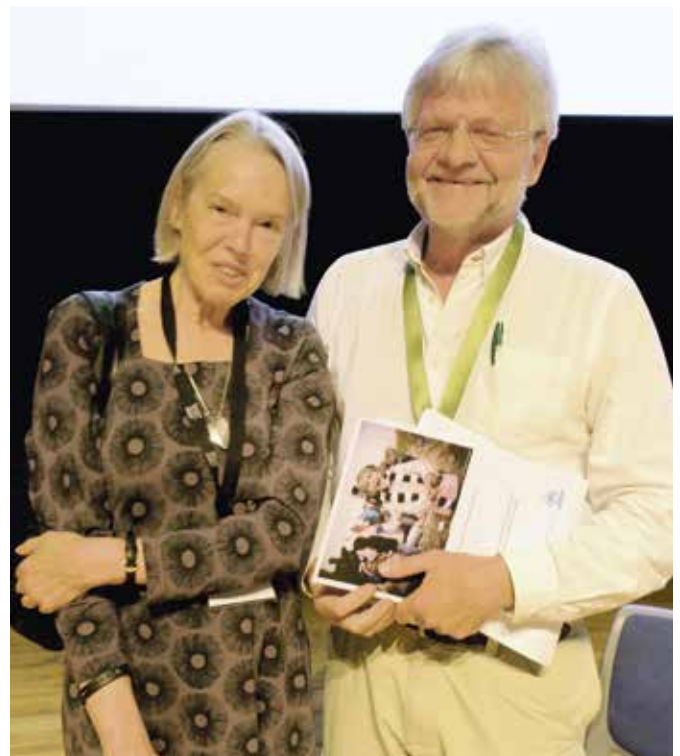
Människan är än så länge bättre än datorer på att improvisera,

känna och tänka utanför det rätlinjiga, bättre på drömmar och visioner. Och människor har ett grundläggande behov av att möta andra människor för att skapa tillitsfulla relationer.

### Flöden, personlig integritet och nyttotänkande

Framtidsforskaren Anders Ekholm gav i sin framtidsvision *Empati och high-tech* från 2012 uttryck åt tanken att *allt är flöde*. I informationssamhällets värld av Big Data kommer begrepp som personlig integritet att bli meningslösa och obegripliga menar han. De senaste veckornas avslöjanden av hur Facebook hanterar data om miljontals enskilda personer visar på en möjlig konsekvens av hans teser.

Visst kan man se människolivet som ett ständigt pågående flöde av fysiologiska processer, tankar och känslor. Vi är en del av det stora kosmiska flödet av energi och materia. På ett plan är detta sant, men någonstans tar det emot för den enskilde att leva i ett ständigt flöde utan fasta konturer. Som medvetna subjekt vill vi gärna hålla fast vid tanken att vi är avgränsade individer med behov av personlig integritet för att kunna leva ett värdigt liv där vi har möjlighet att begrunda händelser i världen omkring oss och fatta beslut som stämmer överens



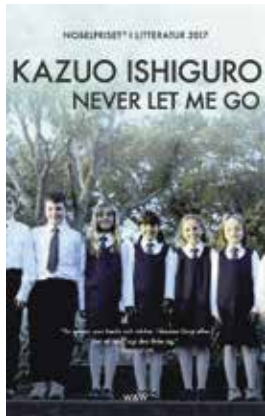
Författaren och hedersmedlemmen i SFAM Merete Mazzarella och Christer Petersson efter seminariet på kongressen 2018.



med våra egna värderingar. *Moralen* kräver att vi är något mer än energiflöden och strömmar av materia.

Människan behöver rastplatser med tid för reflektion. Hon behöver rum och mötesplatser där hon kan samtala, ställa frågor och få svar som inte är till omedelbar nytta. Hon behöver med Aristoteles inse att det finns sådant som är gott i sig, exempelvis ett bra samtal, utan att det för den skulle måste leda till något annat gott. Att bli människa är bland annat att kunna leva och värdera det som är gott i sig. Att inte låta föreställningen om det perfekta livet skjuta det goda i sank.

### En yttersta konsekvens av vetenskapligt nyttotänkande



Ett skrämmande exempel hittar vi i nobelpristagaren Kazuo Ishiguros roman *Never let me go*. På ett lågmält och vardagligt sätt beskriver Ishiguro livet för *klonade* unga människor, som är framställda för det enda syftet att bli organ-donatorer, när de kommer upp i vuxen ålder. Den lågmälda tonen förstärker bokens trovärdighet. Den visar med allvar och skärpa på den yttersta konsekvensen av en vetenskap som kan göra det mesta, till exempel framställa kopior av människor, utan att ta moralisk

ställning till det faktum att dessa kopior är lika mänskliga som originalen, men samtidigt bara ett levande reservdelslager att utnyttja för att bota andra människor från svåra sjukdomar.

Den klonade människan hos Ishiguro har inget val.

Nyttotänkandet, skraddarsytt av vetenskapen, har här nått fram till en punkt där det inte längre finns någon återvändo. Ishiguro låter i slutet av boken en av lärarna till ett par av de klonade ungdomarna säga: "Det fanns ingen möjlighet att vrida processen tillbaka. Hur kan man be en värld som har kommit att betrakta cancer som botbar, hur kan man be en sådan värld att bortse från den möjligheten, att gå tillbaka till mörkrets dagar? Det fanns ingen återvändo. Hur olustiga känslor som än väcktes av er existens överskuggades de av omsorgen om de egna barnen, äkta makarna, föräldrarna, vännerna, av oron för att närstående skulle dö av cancer, någon form av neurologisk sjukdom eller hjärtsjukdom. Därför hölls ni länge i skuggorna och människor gjorde sitt bästa för att inte tänka på er."

Kloning är idag en reell möjlighet ända upp i däggdjurvärlden. Rent tekniskt, vetenskapligt är det bara en fråga om *när* det är människans tur. Moraliskt finns ett moratorium. Det finns ännu tid att tänka, men det kräver rastplatser där vi i lugn och ro kan utveckla tankar och föra samtal, som inte låter sig inordnas i den förhärskande flödes- och nyttokulturen. Kunskap måste självklart få styra världen, men aldrig frikopplad från känsla och moral. Vi måste våga bryta mot varje vetenskapligt grundad rekommendation, som strider mot den enskildes önsningar och vilja.



Christer Petersson  
Växjö  
christer-p@telia.com



### Årets lejon 2018

Till Årets lejon 2018 utsåg SFAM:s styrelse Christer Petersson, välkänd krönikör för denna tidnings läsare. Christer, som har läst filosofi, disputerade på infektionssjukdomar 1994. Efter att ha arbetat i Lammhult 8 år blev det Strandbjörket i Växjö under 22 år.

Motivering: "I patientmötet befinner vi oss ofta i området mellan biomedicinens opersonligt rationella, blick och det outgrundliga och svärfångade subjektet. Det är här allmänmedicinen har sin hemvist och sin uppgift, men det är också här vi känner oss osäkra, rådvilla och undrande.

Genom din förmåga att omforma teorier, filosofier och idéer till praktiskt handlande och uttrycka dem i skrift har du hjälpt kollegor att finna egna vägar och bidragit till att vidmakthålla allmänmedicinens idéer och framtidstro. I dina skrifter och framställningar har du med humanism, klokhet, mänsklig värme och vetenskaplig noggrannhet varit allmänmedicinens innersta väsen på spåren.

Du är en värdig mottagare av denna utmärkelse för att du genom ditt författarskap gjort ovärderliga insatser för enskilda kollegor, för SFAM och för allmänmedicinen."

### Årets avhandling 2017

Forskningsrådet har utsett årets allmänmedicinska avhandling 2017: "Diagnosing colorectal cancer in primary care. The value of symptoms, faecal immunochemical tests, faecal calprotectin and anaemia" av Cecilia Högberg, Östersund/Umeå.





2018 års glada examinandor.

## Årets handledare 2018



Fyra stycken handledare, nominerade av sina ST-läkare, utsågs till Årets handledare 2018.

**Fernando Freire** nominerades av Helena Borenäs, Brickebackens vårdcentral, Örebro. "Fernando har skapat förutsättningar för sin ST-läkare att utvecklas. De har arbetat strukturerat tillsammans och använt sig av olika former av feedback och vävt in, förutom medicinska, även professionella, etiska och existentiella perspektiv."

**Mia Tyrstrup** nominerades av Lisa Sköldin, Lundsbergsgatans vårdcentral, Malmö. För sin ST-läkare har hon inneburit en trygg punkt dit hon alltid kunnat vända sig. "Vår handledardans har under åren varit fylld av skratt, kunskap och utveckling. Ibland har jag känt att dansen från min sida mest uttryckts som en hård tango, men då har Mia alltid fångat upp mig och lett mig in på en rytm med mera takt och balans."

## Årets uppsats



Kompetensvärderingsrådet gav priset för "årets uppsats" till Jon Roos för hans uppsats *Excentriska vadhävningar inte bättre än vanlig stretching vid plantarfasciit*. Handledare var Nils Rodhe. Den nya metoden, grundad på en anatomisk-fysiologisk hypotes, jämfördes med traditionell stretching i en välgjord och väl rapporterad studie med drygt 40 patienter. Förhoppningen om en ny bättre behandlingsmetod uppfylldes inte, men detta är lika viktigt att rapportera som när en ny metod visar sig överlägsen. Studien vore väl värd att publicera för en större läsekrets.



**Katarina Järbur** nominerades av Nanna Mykén, Säröledens familjeläkare. "Med outtömlig energi och glädje tar hon sig an varje arbetsdag och med stor entusiasm och öppenhet bjuder hon in till diskussioner. Hon har varit ett stöd i svåra patientmöten och förmedlar kunskaper, stabilitet och trygghet. Hon lyckas skapa en positiv framtidstro till allmänmedicinen och därmed till primärvården i stort."

**Clary Hägglund** nominerades av Selma Mehr, Anderslövs vårdcentral. "Du har fått många positiva omdömen av din ST-läkare. Du är uppskattad för dina skarpa glasögon och goda analysförmåga som givit möjligheter till konstruktiv feedback. Omtänksam, empatisk och med dörren öppen ett stöd och en positiv förebild."

## Jan Sundquist får forskningspengar

Professor och distriktsläkare Jan Sundquist vid Lunds Universitet, Institutionen för Kliniska vetenskaper i Malmö, Centrum för primärvårdsforskning, har av European Research Council tilldelats ERC Advanced Grant i utlysningen 2017. ERC Advanced Grants (ERC AdG) delas ut till de

mest etablerade och världsledande forskningsledarna för att stödja sådan excellent och innovativ forskning. Det är tredje gången som Lunds universitet får detta pris.

Projektet som Jan Sundquist nu får ERC AdG för heter "Bostadsområdet, inverkan av kamrater och familj på psykisk ohälsa och missbruk hos invandrare och deras barn". Jan Sundquist och hans medarbetare ska identifiera faktorer på flera nivåer i bostadsområdet och hos kamrater och familj, som kan skydda från psykisk ohälsa och missbruk hos första och andra generationens invandrare.





## Prisutdelning i Örebro-Värmland

I samband med årets allmänläkardagar på Loka Brunn har SFAM Örebro Värmland delat ut priser till förtjänta kollegor i de båda länen. Det rör sig om priserna "Bästa allmänmedicinska insats" och "Kunskapens ljus" – ett pris för framstående pedagogiska insatser. Sedan något år belönas också bästa ST-uppsatser i respektive län.



Christer Forsberg.

Mottagare av Bästa allmänmedicinska insats i Värmland blev dl **Christer Forsberg**, Sunne, för mångåriga arbete med att öka kunskaperna och skapa förutsättningarna för en jämlik diabetesvård i länet.



Carin Wahlberg.

Kunskapens ljus gick till dl **Carin Wahlberg**, Karlstad, för att hon med sin stora erfarenhet kan förmedla trygghet och klokt förhållningssätt till unga medarbetare.



Bengt Pettersson (tv) och Owe Lindh.

I Örebro tilldelades dl **Owe Lindh**, Karlskoga priset Bästa allmänmedicinska insats för han under ett helt yrkesliv kämpat för att allmänmedicinska värderingar skulle få genomslag i hälso- och sjukvården. Han har tagit ledningen på olika nivåer, men alltid haft en fot kvar i den kliniska vardagen.

Kunskapens ljus gick till dl **Bengt Pettersson**, Örebro. Han tar sig entusiastiskt an handledarskapet för många unga läkare med kunskap och värme och fungerar som förebild, mentor och vän.

Priserna till bästa ST-uppsats utgörs av ett resestipendium som möjliggör deltagande i internationell kongress. Priserna gick till **Jacques Shebehe**, för hans studie om huruvida återinskrivning på sjukhus inom 30 dagar är ett relevant mått på hur primärvård och kommunal sjukvård fungerar, och till **Anna Ragnar Eklöf** för hennes utvärdering av sömnskola på vårdcentral.



Anna Ragnar Eklöf och Jacques Shebehe.



## Årets allmänläkare i Halland

John-Anders Ohlsson är utsedd till årets allmänläkare i Halland av DLF och SFAM. I motiveringen står det bland annat: "John-Anders är mycket omtyckt av sina kollegor och patienter och har varit kollegial rådgivare i regionen. Han har varit ett stort stöd för kollegor och chefer på vårdcentralen och har ett stort doktorshjärta".



På bilden: John-Anders Ohlsson omgiven av DLF-Hallands sekreterare Mats Wasberg (t.v.) och SFAM-Hallands ordförande, Gösta Eliasson (t. h.) Båtmodellen är ett vandringpris.



## Stipendieresa till Indien

Anna-Karin Agvald vid Tierps vårdcentral blev Glesbygdsmedicinsk förenings resestipendiat 2018. Hon representerade föreningen vid 15th World Rural Health Conference i New Delhi 26-29 april.

## Årets allmänläkarvän: Mikael Hoffmann

Mikael Hoffmann har av Distriktsläkarföreningens jury utsetts som Årets allmänläkarvän 2018.

Mikael Hoffmann är specialist i infektionssjukdomar och klinisk farmakologi. Från Läkemedelskommittén Östergötland kom han som chef till stiftelsen NEPI.

Mikael deltar aktivt i diskussionerna på Ordbyte. Senast har det handlat om digitala konsultationer via mobiltelefonen. Två gånger har han bidragit i AllmänMedicin [1, 2]. Han har samarbetat med Läkare för Miljön om läkemedel i miljön.

### Referenser:

1. Varför vänta på en nationell läkemedelslista? AllmänMedicin 2017;2:19-20.
2. Fritt vårdval och kostnadsdrivande telemedicinsk utomlänsvård – en utmaning för SKL. AllmänMedicin 2017;4:7.





# Göran Westman

## – en nydanande och mångsidig professor



**Göran Westman, Umeå**, distriktsläkare, professor i allmänmedicin vid Umeå universitet, kollega, arbetskamrat och vän, lämnade jordelivet i januari 2018 i en ålder av 71 år. Närmast anhöriga är maken Karin och barnen Lina och Jonas med familjer.

Göran läste medicin i Umeå i slutet av 60-talet och blev senare distriktsläkare på Vännäs vårdcentral. Hans läkargärning drevs av en stark motivation att medverka till en väl fungerande sjukvård, och under början av 1980-talet satsade regering och landsting på utveckling av primärvården – den skulle bli den starka basen i svensk sjukvård. Göran började forska för att hitta modeller för god tillgänglighet, kontinuitet, jämlikhet och ökad patientdelaktighet i vården – redan då nyckelbegrepp inom allmänmedicinen. Forskningen ledde till disputation 1986 och avhandlingen hette *Planning primary health care provision: Assessment of development work at a health centre*.

Undervisning var en annan hjärtefråga för Göran. Han deltog aktivt i utvecklingen och genomförandet av undervisningen

i allmänmedicin på läkarutbildningen innan ämnet tillfullo accepterats inom akademien. Hans pedagogiska nytänkande och experimentlusta var avgörande för utvecklingen av flera allmänmedicinska kursfundament i Umeå, t.ex. konsultationsövningar med professionella patienter, videospelningar av patientsamtal med påföljande feedback, upplevelsebaserade inlämningsuppgifter, reflektionsövningar, samt strukturerad och systematisk utbildning av studenternas kliniska handledare. Han insåg tidigt vikten av genusfrågor och införde redan 1988 en föreläsning om genus på schemat under allmänmedicinkursen. I rollen som prodekan för undervisningen på den medicinska fakulteten i Umeå drev han modigt frågor om läkarprogrammets ansvar för läkarstudenternas professionella utveckling. Under en projektperiod på ett par år var han även huvudansvarig för utvecklingen av det som senare blev kursen Professionell utveckling.

I rollen som forskningshandledare var han öppen, nyfiken och alltid stöttande. När kvalitativa forskningsmetoder började sitt inträde i medicinens område i början på 90-talet blev Göran en central gestalt som pappa till forskarkurserna i kvalitativ klinisk forskning I-V. Dessa kurser i seminarieform blev ett forum för metodutveckling, konstruktiva diskussioner och kritik. Många är de deltagare som minns dessa kurser med glädje och stolthet! Vi växte och fick forskningsmässigt självförtroende.

Liksom i undervisningen var han även i forskningen nyfiken på genusfrågor, och han var handledare och medarbetare i flera primärvårdsinriktade genusforskningsprojekt, t.ex. rörande långvarig värk, förlossningsrädsla, samt genusbias i vård och behandling. Ytterligare ett område där han var intresserad och drivande för mer forskning gällde teknisk utveckling och telemedicin.

Göran kunde lyssna och ställde entusiastiskt upp. För att hinna allt krävdes dubbla kalendrar, så det var inte bara en gång vi satt med lång näsa när han dubbelbokat sig. Idag ler vi åt det och tänker mer på hur självständig, prestigelös och öppen han var. Hur han stöttade nya idéer och inslag på vår naturvetenskapligt dominerade fakultet, t.ex. det vi nämnt ovan om genusperspektiv och kvalitativa metoder.

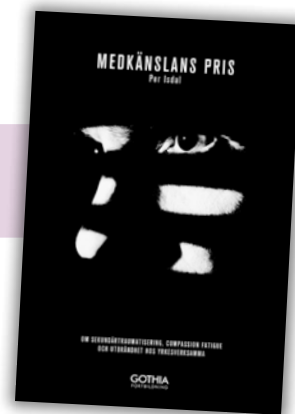
Under det gångna sjukdomsåret var han tålmodig och länge hoppfull. De sista månaderna på Axlagården gav ro och möjlighet till samtal och begrundan. In i det sista levde han enligt sin devis – reflektion ger nya perspektiv och ökad kunskap! Under hösten 2017 kunde vi läsa debattartiklar från Görans sjukbädd som manade till eftertanke kring sjukvårdens organisation. Vi är tacksamma för allt han gav och allt vi fick!

Vännerna på Allmänmedicin, genom  
Katarina Hamberg, Eva Johansson,  
Roger Karlsson och Håkan Ödling





Isdal, Per. *Medkänslans pris*. Gothia utbildning 2017. 280 s.  
ISBN 978-91-7741-051-5



# Att möta lidande människor utan att gå under

Jag läser boken *Medkänslans Pris* av Per Isdal tillsammans med Ali Karimi, som jag varit god man för sedan han kom som ensamkommande flyktingbarn från Afghanistan. Nu, två och ett halvt år senare, går han första året på vård- och omsorgslinjen på gymnasiet i Luleå.

Boken skildrar hur författaren under en lång rad av år strävar med sitt krävande arbete. Och hur han så småningom märker hur arbetet har förändrat honom som människa.

---

**"Vi är medkännande människor som möter hemska realiteter och mänskligt lidande och smärta."**

---

Per Isdal beskriver den sekundärtraumatisering som kan drabba alla som regelbundet möter människor som lider. De andra människornas smärta sätter sig i våra kroppar. Men han menar också att om man är medveten om vad arbetet kan göra med en, så kan man se till att skaffa sig sätt att motverka traumatiseringen.

Isdals utgångspunkt är en speciell arbetsituation som psykoterapeut för män som idkar eller har idkat våld mot kvinnor och/eller barn. De flesta av oss som arbetar inom vården har ett mer omväxlande arbete och detta uppfattar jag som något som i sig är en del i en pågående självläkningsprocess. Jag kan inte nog betona den glädje mötet med en för mig välkänd patient kan innebära och hur vi gemensamt kan relatera till vår gemensamma historia.

Ali och jag hade som utgångspunkt författarens fråga:

*"Varför reagerar vi i vårdsektorn på det vi arbetar med? Reaktionen som kan bli en belastning? Orsaken är rätt och slätt att vi är bra människor. Vi är medkännande människor som möter hemska realiteter och mänskligt lidande och smärta. Vi är inte psykopater eller maskiner. Det viktigaste är att vi hanterar reaktionerna med erkännande och öppenhet."*

- *Erkännande: Se på reaktionerna som en slags yrkesrisk. Då blir det lättare att normalisera reaktioner och efterverkningar i arbetet. Det vi förstår och accepterar är lättare att leva med och lättare att ta tag i.*

- *Öppenhet: Bryt isoleringen. Bryt med det tabu och den skam och isolering som våra arbetsområden präglas av. Allför många vårdare kämpar med sina reaktioner i ensamhet. Tala med andra om det som händer med dig, vad du tänker och vad du känner. När jag ställer frågor om hur vi hanterar vår situation tar jag med såväl arbetsgivare/ledare som kollegor och vårdaren själv."*

Ali skrev till mig: "Jag förstod lite om hur en vårdarbetare känner sig efter jobbet eller på jobbet då jag läste i boken. Jag tycker man tar med sig mycket hem från jobbet. Jag menar man går hem och är ensam hemma, då kommer tankarna från jobbet. Jag tycker det är svårt att jobba inom vård och omsorg."

Per Isdal lämnar en i grunden optimistisk syn på att vara vårdarbetare men betonar starkt att man behöver ha strategier för hur man kan bryta sig ur det som han beskriver som det emotionella kraftfält som uppstår mellan vårdare och patient/klient och som påverkar oss på alla plan. Han har konkreta förslag hur vi kan jobba med det. Mycket av det kan vi känna igen från hur vi har arbetat med t.ex. Balintgrupper eller andra kollegiala grupper där man har givit utrymme för kollegor att reagera över svåra känslor. Per Isdal talar om "lägerbål" som en strukturerad form av kollegial grupp som påminner mycket om de videogrupper som många av oss prövat.

Jag vill verkligen varmt rekommendera *Medkänslans pris* till läsning. Ali och jag kommer fortsätta ha den som i handbok i vårt alldeles egna arbete med att klara av att bli en del i den svenska vårdapparaten.

Meta Wiborgh, Luleå  
mwiborgh@gmail.com



Ali Karimi och Meta Wiborgh.

## Svensk förening för allmänmedicin

### Styrelsen

#### Ordförande

Hanna Åsberg, hanna.asberg@sfam.se

#### Vice ordförande

Ulrika Elmroth  
ulrika.elmroth@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

Annika Larsson  
annika.larsson@sfam.se

### SFAM:s råd

#### Fortbildningsrådet

Anders Lundqvist  
andlundqvist@gmail.com

#### Kompetensvärderingsrådet

Ulf Måwe, ulf@mawe.se

#### Kvalitets- och

#### patientsäkerhetsrådet SFAM-O

Rita Fernholm, rita.fernholm@gmail.com

#### ST-rådet

Susanne Ljungkvist  
susanne.ljungkvist@yahoo.com

#### Utbildningsrådet

Charlotte Hedberg  
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården  
Sonja Modin, sonja.modin@gmail.com

#### Forskningsrådet

Hans Thulesius, hansthulesius@gmail.com

#### Rådet för levnadsvane frågor

Åsa Wetterqvist  
asa.wetterqvist@folkhalsomyndigheten.se

#### IT-rådet

Anne Björk, annebjork@gmail.com

#### Rådet för hållbar diagnostik och behandling

Minna Johansson  
minna.johansson@vgregion.se

### SFAM:s nätverk

#### Allmänläkarkonsulter

Sten Tyrberg, sten.tyrberg@skane.se

#### ASK – Allmänläkares självvärdering

i kollegial dialog  
Robert Svartholm  
polaruliv.svartholm@telia.com

#### Balintgrupper

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

#### Gastroprima – för mag-tarm-intresserade allmänläkare

Lars Agréus, lars.agreus@ki.se  
Ture Ålander, ture@tapraktik.se

#### Studierektorskollegiet

Pontus Stange  
pontus.stange@gmail.com

#### Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin

www.naaka.se  
Karin Lisspers  
karin.lisspers@ltdalarna.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 fortbildningsamordnare

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

#### Forskningsnätverk psykisk hälsa i primärvården

Anna Nager, anna@nager.se

### Internationella kontaktpersoner

#### EGPRN

www.egprn.org  
Hans Thulesius  
hans.thulesius@ltkronoberg.se

#### Euract

www.euract.se  
Eva de Fine Licht  
eva.de\_fine\_licht@vgregion.se

#### Equip

www.equip.ch  
Eva Arvidsson  
eva.arv@ gmail.com

#### Vasco da Gama Movement,

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

#### Euripa

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

#### Nordic Federation of General Practice/ApS

www.nfgp.org  
Hanna Åsberg  
hanna.asberg@sfam.se

#### Nordiska kongressen

bernd.sengpiel@gu.se

#### Scandinavian Journal of Primary Health Care

Hans Thulesius  
hansthulesius@gmail.com

Meddela ändringar till [chefredaktor@sfam.se](mailto:chefredaktor@sfam.se) och [webmaster@sfam.se](mailto:webmaster@sfam.se)

## Lokalföreningar

### NORRBOTTEN

Maria Truedsson  
maria.truedsson@gmail.com  
http://allmanmedicinbd.se

### VÄSTERBOTTEN

Bengt Marklund  
bengt\_marklund@hotmail.com

### JÄMTLAND

Kristina Halldorf  
kristina.halldorf@regionjh.se

### VÄSTERNORRLAND

Martin Häggberg  
m.haggberg@gmail.com

### GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Ryden  
lisa.ryden@telia.com

### DALARNA

Emil Péclard  
emil.peclard@ltdalarna.se

### ÖREBRO/VÄRMLAND

Maaïke Giezeman  
maaïke.giezeman@liv.se

### VÄSTMANLAND

Hanna Trillkott  
hanna.trillkott@gmail.com

### UPPSALA

Sofia Lavén  
sofia.laven@gmail.com

### SÖRMLAND

Rolf Bergström  
rolf.bergstrom@dll.se

### STOCKHOLM

Maria Wolf  
maria.wolf@sll.se  
www.sfamstockholm.se

### GOTLAND

Andrea Tyburski  
andrea.tyburski@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

Joseette Troon  
joseette.troon@lj.se

### KRONOBERG

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

### BLEKINGE

Helen Magnusson  
helen.magnusson@ltblekinge.se

### SYDOSTSKÅNE\*

MELLANSKÅNE  
Caroline Schön  
schon.caroline@gmail.com

### NORDVÄSTRA SKÅNE

Eva Zembron Björk  
eva.zembron-bjork@skane.se  
www.sfamnvs.se

### MALMÖ

Annika Brorsson  
annika.brorsson@skane.se

### SÖDERSLÄTT

Katarina Hansson  
kah@nlg.nu

### HALLAND

Gösta Eliasson  
gosta.eliasson@sfam.se

### STOR-GÖTEBORG

Bernd Sengpiel  
bernd.sengpiel@gu.se

### FYRBODAL

Katarina Liliequist  
katarina.liliequist@vgregion.se

### NORRA ÄLVSBERG\*

### SÖDRA ÄLVSBERG

Märit Löfgren  
marit.lovgren@ptj.se

### SKARABORG

Anneli Vinensjö  
anneli.vinensjo@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, annika@mediahuset.se

**Annonser**

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

**Illustratörer**

Annika Andén  
annika.anden@telia.com

Katarina Liliequist  
katli@telia.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.

**2018****Augusti**

Preventing overdiagnosis  
20-22 augusti Köpenhamn

**Oktober**

ST-dagarna,  
15-17.10 Jönköping

**November**

Berätta för livet!  
13-14.11 Växjö

SFAM:s kvalitetsdag,  
15.11 Stockholm

**December**

Konsultationsnätverket  
7.12 Stockholm

**2019****Januari**

Kurs i kompetensvärdering  
14-16.1 Nyköping

**Maj**

Svensk allmänmedicinsk kongress  
8-10.5 Borås

**Juni**

Nordisk allmänmedicinsk kongress  
17-20.6 Aalborg, Danmark

**2020****Maj**

EGPRN  
7-10.5 Göteborg

**Internationellt**

Övriga kongresser utanför Norden:  
Se www.sfam.se/kalendarium

**Res med nordiska kollegor** till internationella kongresser:  
www.scandinaviandelegation.dk

**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.



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

**Utgivningsplan för 2018**

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
3	20.8	24.9	22.10	Allmänmedicinsk forskning
4	15.10	19.11	17.12	Allmänläkaren som specialist på osäkerhet

**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 10 E,  
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 elektroniskt på SFAM:s hemsida www.sfam.se.

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

**Vill du följa debatten på Ordbyte?**

Gå in på www.sfam.se/foreningen och klicka på *Ordbyte*



Svenska  
Läkaresällskapet



Sveriges  
läkarförbund

SFAM utgör en sektion i Svenska läkaresällskapet och är en specialitetsförening i Sveriges läkarförbund.

# Annons