

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN

NUMMER 3 2017 ÅRGÅNG 38



Vad ska vi äta och varför?

SFAM
Svensk förening för allmänmedicin

- 2 "God och nära vård" kräver engagemang
Hanna Åsberg
- 3 Att inte bli utmattad pensionär
Ingrid Eckerman
- 4 Vad händer i lokalföreningarna?
Gösta Eliasson
- 6 Nytt utredningsförslag om kunskapsstyrning och jämlik vård
Gösta Eliasson
- 7 Konsultationsnätverket – SFAM:s nyaste nätverk
Charlotte Hedberg
- 8 "Stärk primärvården" – nytt uppdrag för SLS
Ingmarie Skoglund
- 10 Bromsa nu – eller acceptera en efterfrågestyrd marknadsinriktad vårdmodell i primärvården
Mikko Hellgren
- 11 Vad ska vi äta – och varför?
Ingrid Eckerman
- 12 Hur ska vi äta för att behålla hälsan?
Charlotte Erlanson-Albertsson
- 18 Det moderna kostbudskapet för att förebygga kardiometabol sjukdom med utgångspunkt från Staffan Lindebergs syn
Peter M Nilsson
- 21 EU-länderna har röstat ja till kriterier för hormonstörande ämnen
Kemikalieinspektionen
- 22 Vegansk kost – många fördelar men kunskap krävs
David Stenholtz
- 24 Att ge råd om mat kan förebygga hjärt-kärlsjukdom
Anders Tengblad
- 26 Nordiska federationen uttalar sig om överdiagnostik
Ingrid Eckerman
- 27 Personcentrering och förmågan att säga Du
Christer Petersson
- 28 Personcentrerad vård bör utvecklas från golvet
Doris Lydahl
- 31 Sjukstugan som försvann
Per Malm
- 34 Visst var somligt bättre förr!
Töres Theorell
- 36 Almedalsveckan som f.d. Visbybo, allmänläkare och tjänsteperson
Petra Widerkrantz
- 38 Christer Andersson, årets allmänläkarvän, hallå!
Bertil Hagström
- 40 Emma Spak blir SKL:s samordnare inför omställning till nära vård
Gösta Eliasson
- 42 Nytt från AllTrials
Ingrid Eckerman
- 42 World Medical Association (WMA) om Trump och klimatet
Ingrid Eckerman
- 43 Tio + tio budord för allmänläkare
Ingrid Eckerman
- 44 Utredaren Anna Nergårdh ska föreslå ett nationellt primärvårdsuppdrag
Gösta Eliasson
- 47 En dag i Ivan Distriktsläkarens liv
Robert Svartholm
- 48 In memoriam: Per Fugelli
Ingrid Eckerman
- 49 Rekommenderad avhandling för handledare
Bertil Hagström
- 50 Var ska jag publicera mina allmänmedicinska rön?
Hans Thulesius, Carl Johan Östgren och Ingrid Eckerman
- 52 Svensk allmänmedicinsk kongress, Karlstad 2017
Ingrid Eckerman
- 55 Progresstest för ST-läkare i allmänmedicin – en metod för systematisk feedback
Remy Waardenburg
- 56 Min mamma är blind
Torsten Green-Petersen
- 57 AllmänMedicin gratulerar
- 59 Bokrecension: Nyttig psykiatribok
Sven Hagnerud
- 60 Bokrecension: Våga fråga om sex!
Viveca Gyberg
- 61 Bokrecension: Vad ska man göra när man inte vet vad man ska göra?
Anna Beck
- 62 Bokrecension: Användbar bok för sjukhusets generalister
Peter Olsson
- 63 SFAM informerar, kalendarium

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



Omslagsbild AllmänMedicin nr 3-2017

Vad man äter och hur man äter är en laddad fråga. Själva ätandet är så privat trots att man ofta gör det i sällskap. Men även vad man äter kan vara laddat.

När man frågar om kost får man ofta en förskönad version. På min vårdcentral lät vi personalen skriva upp allt de stoppade i munnen under tre dagar. Alla blev förvånade. De små undantagen från en nyttig kost var oftast dagliga. Det var en nyttig kunskap att ha med sig.

Annika Andén
Illustratör



"God och nära vård" kräver engagemang

Remissen *God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild 2017:53* har kommit till oss under sommaren efter delbetänkandet i juni. Remissen har gått ut till lokalföreningarna för synpunkter. I skrivande stund befinner vi oss i augusti. När du läser den här texten har vårt remissvar redan skickats in till Socialdepartementet.

När det gäller en förstärkning och omstrukturering av primärvården har SFAM ett fortlöpande samarbete med DLF. Det är viktigt att vi kan samlas kring ett tydligt och enkelt budskap om de viktigaste åtgärderna som vi anser behövs för att åstadkomma rätt förändring. Delbetänkandet som släpptes i juni visar – i samma anda som *Effektiv vård* – på en tydlig intention att förstärka primärvården på olika sätt. Det som behövs nu är fler konkreta förslag på hur vi ska nå dit. Här måste vi mycket tydligt uttrycka vad vi anser behövs. Tiden är knapp då nästa betänkande om en nationell utformning av primärvård kommer nästa år och vi går samtidigt in i ett valår.

En omdiskuterad punkt i delbetänkandet är förslaget på förändrad lagtext där man anger att patienten ska få medicinsk bedömning inom tre dagar, istället för läkarbesök inom sju dagar. Intentionen att förkorta vårdgarantin är god – men återigen är det viktigt att primärvården tillförs rätt resurser för att klara det. Annars riskerar det att bli en ytterligare belastning på vårdcentraler som inte maktar med en skärpning av vårdgarantin. Då kommer vi att se ännu mer problem med dolda prioriteringar och onödigt mycket triagering av de patienter som har behov av besök hos just läkare och inte hos någon annan vårdpersonal. Formuleringen om medicinsk bedömning är rimlig, med tanke på att det redan idag är vanligt att patienter bokas exempelvis direkt till fysioterapeut istället för läkare, och att vi på olika sätt arbetar i vårdteam.

Med rätt resurser i form av ekonomi och tillräcklig bemanning inom alla yrkeskategorier i primärvården är det en rimlig formulering i lagtexten. "Låt proffsen vara proffs", brukar man säga. Om vi får vara det, oavsett vilken yrkeskategori på en vårdcentral vi tillhör, så kommer vi att boka patienterna till adekvat hjälp utifrån deras individuella behov. Fortsätter vi däremot med de anorektiska förhållanden som råder på många vårdcentraler idag, så riskerar systemet att knäckas och arbets sättet driver då ännu högre kostnader i hela sjukvårdssystemet. Man kan inte spara sig ur en lågkonjunktur.

Begreppet nära vård nämns lika ofta som primärvård. Nära vård omfattar mer vård än primärvård, men hur mycket är oklart. Det kan till exempel handla om att ge mer avancerad



Vice ordföranden Ulrika Elmroth och ordförande Hanna Åsberg deltog i Almedalsveckan 2017.

vård hemma hos en patient istället för att hen är inlagd på sjukhus. En annan utveckling är att använda fler digitala lösningar och tätare uppföljningar hos patienter med KOL eller hjärtsvikt, för att förebygga försämringar som leder till akuta inläggningar.

En viktig fråga för oss att ta ställning till är hur vi anser att en nationell primärvårdsreform ska styras. Erfarenhetsmässigt har landstingen inte klarat att lägga de ekonomiska resurser på primärvården som behövs, och fördelningen av ST-tjänsterna mellan olika specialiteter har inte utgått från befolkningens behov.

Styrelsen kommer att ägna hösten åt att försöka sätta konkreta förslag på pränt och föra ut det budskapet i medier, till politiker och via sociala medier. Vi behöver alla hjälpas åt i den här processen. För er som har tid och möjlighet att engagera er lokalt för en förstärkning av primärvården, till exempel mot verksamhetsledning eller landstingspolitiker, så är det ett viktigt arbete. För arbetet på det nationella planet så tar styrelsen tacksam emot synpunkter och idéer.

Hanna Åsberg
Ordförande
hanna.asberg@sfam.se



SFAM informerar

Ny medlemsavgift för ST-läkare

Vid fullmäktigemötet 170426 beslöts att från 2018 ska ST-läkare ha första årets medlemskap i SFAM utan avgift. Därefter är medlemsavgiften 500 kr per år. Styrelsen har beslutat att nya ST-medlemmar under resten av 2017 får gratis medlemskap 2017 och 2018.

Att inte bli utmattad pensionär

Jag är inte i Åre. Jag är inte i på ST-dagarna. Varken för AllmänMedicin eller som Läkare för Miljön. Det som var planerat sedan i våras. Förra veckan skulle jag ha varit i Jokkmokk, på möte med Seniora läkare – det hade jag också sett fram emot.

I stället ligger jag mitt på blanka förmiddagen och lägger patients på min laptop. Jag är trött.

Jag känner till tre andra pensionärer, varav två läkare, som tvingat sig att ta time out för att orka med. Själv fick jag inte den avkopplingen i somras.

Gemensamt för oss fyra är att vi på olika sätt engagerat oss i utsatta människor, i flyktingar. Vi har fått dem innanför huden. Eftersom det är människor det handlar om är det väldigt svårt att hålla emot, att inte ta till sig historierna och individerna. Det är svårt att avgränsa sig, att säga jag har inte tid, det är inte mitt bord. Vi har ju inte ens arbetstider eller medarbetare som hjälper oss.

Det är något speciellt med dagens flyktingsituation. Det är en massiv kraft som man inte kan värja sig mot. Träffar jag en utvisningshotad ensamkommande afghansk ungdom vet jag att det finns ytterligare 20 000 i liknande situation.

Jag går till Norra Bantorget och ser de blöta sovsäckarna, de trötta frusna killarna och en eller annan svensk. Det är de mest utsatta som sitter kvar. Kanske har sittstrecken räddat livet på en del av dem, där självmordet annars legat nära till hands. Här har de gemenskap med andra, en tillhörighet. De får mat lagad av volontärer.

Jag ser kraften i alla dessa ungdomar. Jag ser den handfull som blivit offentliga företrädare för gruppen. Jag ser dem som på ett år läst in gymnasiekompetens, och jag ser dem som blev uppskrivna i ålder vid ankomsten och lärt sig utmärkt svenska på egen hand. Jag ser hur de många förbereder sig inför demonstrationerna, tillverkar standar och skyltar, hur de disciplinerat sätter sig i rader på marken eller tågar fyra och fyra.

Jag hör nödroppen i facebookgruppen. På dagen: "Har någon en bostad åt mig? Får jag gå kvar i min skola? Ta mig ifrån det här vuxenboendet! Vad ska jag göra av mitt liv?" På natten: "Nu orkar jag inte vänta längre. Ingen vill ha mig. Jag reser till annat land. Jag vill inte leva längre." Bilder av sönderskurna armar, av snaror.

Ibland får jag svar från ministrar och Migrationsverket. "Vi måste ha ordning

och reda i asylpolitiken. Vi följer de lagar som regeringen har stiftat. Vi kan inte lägga oss i myndighetens beslut, då blir det ministerstyre."

Detta, att stånga sig blodig, att inte bli lyssnad på, att inte bli trodd, att inte få vettiga svar, att bli negligerad, bidrar till trötthet och uppgivenhet. Lisa Förare Winbladh har beskrivit mycket väl hur hjälparna känner sig [1]. Det som gör att man ändå orkar är gemenskapen, att man ser att man är många, att man kan dela sin förtvivlan med andra, att man ser att kampen förs vidare på många plan.

En uppmaning till er, mina kollegor: Öppna era hem för en flykting eller två! De flesta av er har både plats och ekonomi. Ja, det kan ta lite extra tid och engagemang – men det tillför mycket mer än det tär. Därom finns många vittnesmål.



Ingrid Eckerman
Chefredaktör, Stockholm
chefredaktor@sfam.se

Referens

1. Lisa Förare Winbladh: "Jag har börjat hata er med en intensitet som skrämmer mig" 20.5.2017 <https://stoppautvisningarna.blogspot.se/2017/05/lisa-jag-har-borjat-hata-er-med-en.html>

Meta Wiborgh och medicinöverläkaren Mats Eliasson blev Årets Lulebor 2017 för sitt outtröttliga engagemang för ensamkommande barn och ungdomar.



Under 2015 registrerades 35 000 asylsökande som ensamkommande barn, varav 23 000 afghaner (från Iran, Pakistan och Afghanistan). Den tillfälliga lagen som började gälla sommaren 2016 innebär att ca 15 000 av dessa i slutändan kommer att få avslag. På grund av långsamheten i systemet kommer det att ta flera år innan alla har utvisats. Många kommer att stanna kvar som papperslösa. Mer info: Se <https://stoppautvisningarna.blogspot.se/>.

Vad händer i lokalföreningarna?

I samband med fullmäktigemötet 26 april hölls ett möte med representanter från lokalföreningarna. Elva föreningar var representerade. Moderator var Josabeth Hultberg, Östergötland.

Det rådde enighet om att ett möte med lokalföreningarna behövs i anslutning till varje fullmäktigemöte, och styrelsen fick i uppdrag att kalla till sådana. Ett tips var att låta sjukhuskliniker tävla om ett pris för bästa sidoutbildningsklinik.

Man gick laget runt, och varje förening lämnade en kort muntlig rapport.

SFAM-Örebro-Värmland anordnar s.k. Lokadagar varje år.

Stor-Göteborg har arrangerat Nordisk kongress och firade nyligen sitt 20-årsjubileum.

Södra Älvsborg har påbörjat förberedelserna för SFAM-kongressen i Borås 2019.

I Gävleborg hotades lokalföreningen av nedläggning, men ST-läkarna var angelägna om att behålla den. ST-läkarna håller i två utbildnings/fortbildningsdagar per år. Det finns flera FQ-grupper för ST-läkare som är tänkta att fortsätta även efter uppnådd specialistkompetens och överbygga "glappet". Aktiviteterna i Gävleborg utgår mestadels från Gästrikland.

I Sörmland genomförde man nyligen en nationell studierektorskonferens. ST-dagar anordnas två gånger om året. Anna Nergårdh har varit inbjuden gäst. Aktiv fortbildningssamordnare finns som bl.a. arrangerar allmänläkardagar två gånger årligen. Under året har lokala SFAM haft en workshop med tema lärande, uppdrag och rekrytering. Landstingsstyrelsens ordförande, Hälsovalet, Primärvårdsledning m.fl. beslutsfattare var då inbjudna. DLF och SFAM samarbetar i den dialog som förs med landstingsledningen.

I Stockholm är en tredjedel av primärvårdens vårdcentraler personalägda, en tredjedel offentligt drivna och en tredjedel drivs av större privata företag. SFAM har genomfört möten om allmänläkarinflyttandet i VISS samt runt frågan om behovet av ST-läkare, och man utgör en samlad röst i dialogen med beslutsfattare. Ett SFAM-projekt pågår med erbjudanden om att delta i FQ-grupp på den egna vårdcentralen. Projektet har slagit väl ut och kommer att utvärderas.

SFAM-Skaraborg har uppvaktat lokala politiker men har funnit det svårt att påverka utvecklingen. Föreningen arrangerar kollegiala möten två kvällar per termin med cirka tjugo deltagare. Fortbildningssamordnare finns, men tjänsten är f.n. vakant. Uppgiften är att ordna två utbildningstillfällen per termin. En artikel om SFAM-Skaraborg finns att läsa i tidskriften AllmänMedicin 4-2016.

I Kronoberg ordnar man tre fortbildningsdagar per termin. Man för en diskussion runt standardiserade vårdförlopp, SVF, och det allmänmedicinska inflyttandet. Man ordnar s.k. Kosta-dagar, liknande Lokadagarna i Örebro-Värmland. Det finns fyra FQ-grupper i länet och för ST finns s.k. basgrupper. Det ekonomiska överskottet efter SFAM:s höstmöte i Växjö 2000 finns i en fond och gör det möjligt att söka pengar för olika allmänmedicinska ändamål. De utbildningsinsatser som görs redovisas rutinmässigt. Nyligen bestämde landstinget att avsätta 10 000 kronor i extra lön som en "stanna-kvar-bonus" efter varje fullgjort halvår.

Uppsala-SFAM räknar in 90 medlemmar och har medlemsaktiviteter en gång per termin i form av kulturevent eller politikermöte. Man har tyvärr funnit det svårt att engagera ST-läkarna. Man lägger stor energi på att lobba mot politiker.

I Östergötland möts styrelsen en gång per månad. Mycket av fortbildningsaktiviteterna sköts via regionen genom allmänmedicinskt utbildningscentrum, AMC och dess fortbildningssamordnare. Tre till fyra temaeftersmiddagar och ett tvådagarsinternat i Söderköping per termin ordnas av AMC. De senaste åren har SFAM samarrangerat en temaeftersmiddag om året med AMC. Det har handlat bland annat om ACG-baserad ersättning, patientjournal på nätet, och nu senast Framtidens primärvård där Göran Stiernstedt var inbjuden (se referat i AllmänMedicin 1-2017). En viktig uppgift är bevakningen av politiker och politikerbeslut. SFAM-kongressen 2018 kommer att gå av stapeln i Norrköping.

Lokalföreningen Halland har 67 medlemmar och medlemsantalet har ökat med 10 procent – mest i landet. I Halland har det fram till införandet av vårdvalet funnits dubblerade allmänläkardagar en gång per år som arrangerats av SFAM-Halland, men f.n. saknas samlingar för allmänläkare. Dock har läkemedelskommittén några utbildningar och det finns halländska läkardagar avsedda för alla specialiteter.

I norra Kalmar län rapporterar man om fortbildningsmöten en gång per månad. SFAM-Västervik ordnar ett möte per år.

Gösta Eliasson
Styrelseledamot SFAM
Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se



En lokalförening i varje nummer?

Önskemål finns att få läsa mer om lokalföreningarna i AllmänMedicin! Skicka era bidrag till chefredaktor@sfam.se.

Allmänmedicin



Möt våren i Norrköping!

SFAMs allmänmedicinska kongress går av stapeln 18-20/4 2018 på Louis de Geer i Norrköping. Vi har ett spännande vetenskapligt program på gång och roliga sociala aktiviteter planeras för fullt!

Keynote Speakers!

Paul Little är professor i allmänmedicin från Southampton med en mycket bred allmänmedicinsk forskning bl.a. kring vanliga infektioner och patienters förväntningar på vården.

Katarina Bernhardsson är litteraturvetare från Lund som forskar om sjukvårdsbeskrivningar i svenska prosa.

Boka in dessa spännande och inspirerande dagar! Anmälan öppnar 1 december. Väl mött!



SFAM

Nytt utredningsförslag om kunskapsstyrning och jämlik vård

Den statliga utredningen *Kunskapsbaserad och jämlik vård* (SOU 2017:48) har haft i uppgift att lämna förslag till hur ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården ska kunna uppnås i syfte att säkerställa att den hälso- och sjukvård som ges till befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik.

I korthet ser utredningens förslag ut så här:

- **Regeringen och landstingen inrättar ett nära och regelbundet samråd.** Inom samrådet diskuteras och beslutas, utifrån en gemensam målbild, insatser för att komma till rätta med brister vad gäller kunskapsbaserad och jämlik vård. Samtliga landsting deltar direkt och aktivt i samrådet, *inte* via SKL
- **Socialstyrelsen får en särställning** bland myndigheterna när det gäller kunskapsstyrning inom vården. Regeringsuppdragen till Socialstyrelsen bör bli färre och mer övergripande.
- **Ett nationellt digitalt kunskapsstöd inrättas** där vårdprofessionerna hos alla vårdgivare i landet enkelt kan få

tillgång till kvalitetssäkrade kunskapsstöd och utan kostnad ta del av vetenskapliga artiklar.

- **Hälso- och sjukvårdslagen kompletteras** så att sjukvårdshuvudmännen och verksamhetschefer får ansvar för att säkerställa att personalen har förutsättningar att jobba utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Lagen om läkemedelskommittéer upphävs** och ersätts av en ny lag om vårdkommittéer och därmed upphör särbehandlingen av läkemedel. Vårdkommittéernas uppdrag blir att verka för en nationell kunskapsstyrning för all vård – inklusive den vård som bedrivs i kommuner belägna i landstinget.

Hela utredningsförslaget finns på regeringens webbsida:

www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201748/

SFAM:s remissvar finns på www.sfam.se.

Gösta Eliasson

Styrelseledamot, Falkenberg
gosta.eliasson@sfam.se

WORKSHOP
NARRATIV MEDICIN

Narrativ)medicin

KUNGÄLVS SJUKHUS 24-25 NOVEMBER 2017

John Launer (UK)
Astrid Seeberger
Agneta Pleijel
Valdemar Erling

Anmäl dig på www.narrativmedicin.se

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
KUNGÄLVS SJUKHUS

COLUMBIA UNIVERSITY
Medical Center - Program in Narrative Medicine

GÖTEBORGS UNIVERSITET
CENTRUM FÖR KULTUR & HÄLSA

Konsultationsnätverket

– SFAM:s nyaste nätverk

Vi är redan 90 medlemmar sedan vi bildades i mars 2017 – kanske skall du som läser det här också komma med?

”Vi har en lång tradition inom svensk allmänmedicin för det goda samtalet, mötet patient - läkare. Det har närmast blivit en hjärtefråga för specialiteten, något vi delar med våra kollegor i Norden och internationellt. Vi ansöker därför om att få medel till att bilda och utveckla ett nätverk med syfte att vara ett övergripande och sammanhållande forum för att bibehålla och vidareutveckla kunskapen om den goda kliniska konsultationen – alliansen mellan patienten och läkaren.”

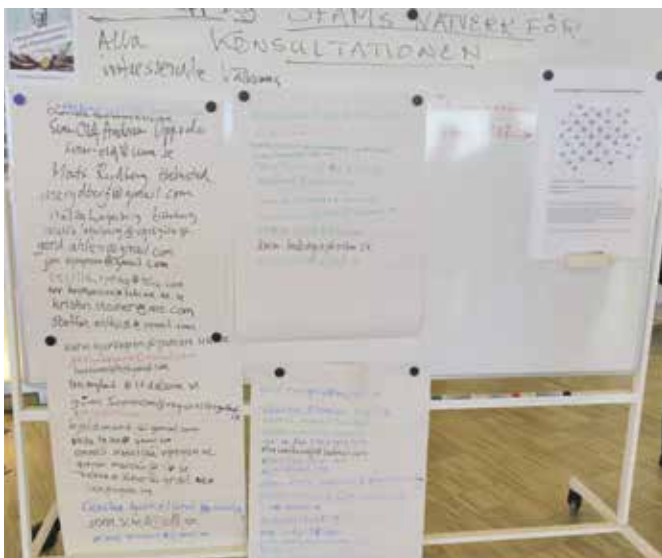
Så lyder vår ansökan till Socialstyrelsen, och vi har fått medel att genomföra ett första idéseminarium på Läkaresällskapet den 8 december. Redan i skrivande stund, början av september, är det nästan fullbokat.

Syftet med idéseminariet är att samla så många intresserade som möjligt för att gemensamt arbeta fram en agenda för det fortsatta arbetet för klinisk konsultation både i praktik och i forskning.

Efter idéseminariet planerar vi en rapport där många frågeställningar belyses: Konsultationen – vad ser man och vad utvärderas idag, internationellt och i Sverige? Utbildning och kurser – vad finns? ST-kurserna – hur ser de ut? Forskning – vad finns? Pedagogiska idéer. Videoexempel. Patientmöten jag minns.

Vi har också startat en Facebookgrupp, allt för att tillsammans samla och vidareutveckla kunskapen om den goda konsultationen.

Vill du få framtida erbjudanden? Maila till Katarina Boltens-tern, SFAM katarina.boltenstern@sfam.se. Ange att du vill vara med i konsultationsnätverket.



Det var många som anmälde intresse för nätverket på SFAM:s kongress.

SFAM:s konsultationsnätverk inbjuder till en första nätverksdag på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm den 8 december 2017 kl 9.30 – 15.45 med möjlighet till förlängning och after work-träff.

Sen anmälan godtas i mån av plats. Kontakta Katarina Boltens-tern katarina.boltenstern@sfam. För vidare information se sfam.se.

PS. Vi som skrev ansökan var Staffan Ahlkvist, Nyköping, Gerd Carlsson Ahlén, Göteborg, Charlotte Hedberg, Stockholm, Malin Lagerberg, Göteborg, Mats Rydberg, Halmstad, Conny Svensson, Stockholm och Anneli Vinensjö, Skövde.

Charlotte Hedberg
Klinisk adjunkt
Sektionen för allmänmedicin och primärvård,
Karolinska institutet
Akademiskt primärvårdscentrum,
Stockholms läns landsting
charlotte.hedberg@ki.se



Skriv i AllmänMedicin!

Nya spännande temata för 2018:

Nr 1: En god och nära vård (manusstopp 8 januari)

Nr 2: Genderfrågor (manusstopp 26 mars)

Nr 3: Allmänmedicinsk forskning (manusstopp 20 augusti)

Nr 4: Allmänläkaren som specialist på osäkerhet (manusstopp 15 okt.)

"Stärk primärvården" – nytt uppdrag för SLS

I Svenska Läkaresällskapetets (SLS) rapport "En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum" (EVV) föreslog arbetsgruppen bl.a. att alla invånare skulle erbjudas fast läkarkontakt med specialistkompetens i allmänmedicin. Detta fick starkt stöd i remissvaren. På SLS fullmäktige 2016-05-09 bifölls en motion som yrkade på att SLS skulle förverkliga ambitionen som den uttrycktes i rapporten.

SLS nämnd beslöt 2016-10-11 att utarbeta direktiv och tillsätta en arbetsgrupp med namnet "Stärk primärvården" i enlighet med fullmäktiges beslut.

Arbetsgruppen ska lämna förslag på hur första linjens sjukvård ska stärkas för att kunna spela en huvudroll i den framtida hälso- och sjukvården. I detta ska allmänmedicinens roll och förutsättningar att ta ett huvudansvar inom första linjen beaktas. Arbetsgruppen ska också



Svenska
Läkaresällskapet

belysa hur organspecialiteter och andra yrkesgrupper kan vara en resurs i detta så att man klarar huvuduppdraget samordning och kontinuitet.

Arbetet, som i första hand bedrivs under 2017 med möjlighet till förlängning, följer noga vad som sker i andra aktuel-

la utredningar. Det gäller i första hand Anna Nergårdhs utredning som har sin grund i "En effektiv vård" (SOU 2016:2). Ambitionen är att "Stärk primärvårdens" förslag ska vara väl underbyggda och brett förankrade i läkarkåren.

Ingmarie Skoglund

Med.dr., Södra Torgets Vårdcentral
Allmänmedicinska enheten,

Sahlgrenska Akademien, FoU-enheten, Borås
ingmarie.skoglund@vgregion.se

Arbetsgruppen Stärk primärvården

Christer Andersson, allmänmedicin, VD,
Bergsjön Vårdcentral, Göteborg

Christina Bergh, obstetrik och gynekologi,
SLS Nämnd, Göteborg

Ingmarie Skoglund, allmänmedicin,
SLS Nämnd, Borås

Erik Wall, akutmedicin, internmedicin,
Kristianstad

Hanna Åsberg, allmänmedicin,
ordförande SFAM, Gävle

Lars Borgquist, allmänmedicin,
Linköpings universitet (ordförande)

Annons

Första nationella konferensen om Kliniskt kunskapsstöd för primärvården

Datum: 13-14 december 2017

Plats: Quality Hotel View, Malmö

Så kan ett nytt nationellt kliniskt kunskapsstöd
för primärvården medverka till en mer jämlik
och säker sjukvård i Sverige!

Konferensen vänder sig till:

Konferensen riktar sig både till professionen inom primärvård och till administratörer inom primärvården och övrig sjukvård med intresse kring dessa frågor.

Ur programmet:

- Våra nya redskap för kunskapsbaserad och jämlik vård
- Vad händer med framtidens primärvård?
- Hur man gör nationellt kunskapsstöd – exempel från olika landsting/regioner

Konferensen är kostnadsfri och varje konferensdeltagare ansvarar själv för att boka resa och logi.

Mer information om konferensen och anmälan finns på
www.skane.se/ako



Bromsa nu – eller acceptera en efterfrågestyrd marknadsinriktad vårdmodell i primärvården

Jag hoppas att SFAM kan bidra till att driva debatten kring privatiserad vård i primärvården och ta ställning i viktiga frågor såsom vårdkvalité, undanträngning av annan vård och hur etiska ställningstaganden påverkas av vinstincitament i vården.

Sjukvården utvecklas ständigt med nya metoder och läkemedel. Detta leder emot en ökad specialisering. Samtidigt väntas Sveriges befolkning bli äldre och vårdbehoven ökar av den demografiska förändringen. Trenden med nya tekniska och medicinska landvinningar väntas fortsätta driva på vårdkostnaderna.

I allt detta ser vi i Sverige ett systemskifte i hur vård bedrivs genom en snabb ökning av skattefinansierad privatiserad vård. Många läkare i primärvården bidrar till detta genom att starta små egna privata vårdföretag där de arbetar som s.k. stafettläkare, ibland på privata VC och ibland på landstingsstyrda VC.

Efterfrågan på vård, produktionsfrågor, kostnadsjakt och tillgänglighet är nya ledord som styr vårdens utformning ända ner till minsta vårdcentral. Detta har lett till en ändrad syn på ekonomi inom vården och säkerligen ökat effektiviteten på många håll och därmed frigjort resurser till annat. Mycket av det som görs är således bra, men tyvärr finns det flera baksidor med dessa vårdföretags miljon- och miljardvinster.

Några bakomliggande fakta för att illustrera hur mycket vi betalar för vården: Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten (BNP) uppgår idag till 11 procent (SCB). Sjukvården i Sverige finansieras av offentliga medel till 85 %, dvs. via vår skattsedel. Om vi beaktar att skattetrycket är ca 40-50 % av BNP, så går alltså ca 20 % ($0,85 \cdot 0,11 / 0,45 = 0,21$) av allt det som kommer i skatt till vården. Inberäknat är då alla skatter, med andra ord även moms, bolagsskatter, fordonsskatter etc. Således går redan idag en stor andel av vad Sveriges medborgare och företag betalar i skatt till vården. Vi inom vården bör därför medverka till både resurshushållning samt att skattepengarna läggs på "rätt" saker.

Min förhoppning är att den förhållandevis rättvisa och samtidigt höga kvalitén på vården som byggts upp under efterkrigstiden i Sverige även fortsättningsvis i huvudsak kommer att finansieras via skatteuttag samt att vi genom politiska beslut och styrmedel låter fördelning av dessa resurser främst vara behovsstyrt. Det systemet har i jämförelse med andra länder gett en mycket god folkhälsa även hos socioekonomiskt svagare grupper. Men alla privatiseringar gör att vi rör oss mot en modell, där kundens (patientens) efterfrågan och inte patientens behov är styrande. Det innebär att det tidigare upplägget, där vi inom vårdprofessionen har haft en stor makt över resursfördelningen, riskerar att ses som en historisk parantes.

Ett exempel på den i mitt tycke negativa utvecklingen är att vi överallt ser reklam och läser annonser från diverse vårdföretag



som marknadsför tjänster. Trots att det numera är vardagsmat med att marknadsföra vård i privat regi så reagerade jag ändå när jag på barnbiomatinén med sonen stötte på ett riktat reklamslag från en digital VC, där ett förmodat sjukt barn visades upp.

Vid närmare eftertanke är det enkelt att förstå motiven. Säljbudskapet går hem hos kund (patient) eftersom barn även på virtuella vårdcentraler är befriade från egenavgifter och kostnaden för besöket betalas till 100 % genom skattsedeln. Det gör att stressade och ibland oroliga småbarnsföräldrar i högre grad kommer söka snabba svar från läkare via en enkel "gratis" e-tjänst istället för att vända sig till 1177 eller rådgivning via närmaste vårdcentral. "Gratis är gott" som det heter, men ska vi verkligen se vård som konsumtion att efterfråga? Gratis för vem? Och hur stort reellt medicinskt vårdbehov täcks in av dessa nya tjänster?

Att låta efterfrågan av vård styra riskerar på sikt att sätta principen om en behovsstyrd vård ur spel. Mitt exempel med reklamslag till barn visar att vi befinner oss på ett sluttande plan.

Mikko Hellgren
ST-läkare och
Medicine Doktor
Kumla Vårdcentral,
Region Örebro Län

Mikko Hellgren med dottern Elvira.



mikko.hellgren@regionorebrolan.se

Vad ska vi äta – och varför?

Under en tid efter mitt avslut som "folkhälsoläkare" i Nacka fortsatte jag att vara intresserad av levnadsvanor, bland annat maten. Det var en tid då diskussionens vågor gick höga. Anhängare av LCHF-dieten beskyllde Livsmedelsverket för att rekommendera en kost med obegränsade mängder raffinerade kolhydrater. I Ordbytte var koleterdiskussionen dominerande.

Jag uppmärksammade en artikel i Läkartidningen som jag tyckte var viktig [1]. Med den som utgångspunkt skrev jag bloggen Vad är det egentligen vi ska äta? [2]. Det blev min mest lästa blogg. Trots det fick jag inte en enda negativ kommentar – bara uppskattande.

I bloggen påpekar jag att ingen kost passar alla. I stället måste man bestämma sig för syftet med den diet man väljer. Ska man gå ner i vikt eller hålla vikten? Ska man arbeta hårt fysiskt? Vill man minska risken för framtida ohälsa? Vilken ohälsa tänker man på i första hand – hjärtskärlsjukdomar, diabetes, cancer, fetma? Vill man värna om djuren? Eller hellre om naturen och biologisk mångfald? Är man kanske helt enkelt ute efter att bli mätt och belåten?

Syftet med dieten

Vilken diet man väljer måste stå i relation med syftet och vem man är. Samma diet kan inte passa hela Sveriges befolkning i alla skeden av livet. Generella rekommendationer till befolkningen måste nödvän-

digtvis vara mycket allmänna. Om man sedan delar in befolkningen i t.ex. små barn, större barn, medelålders, äldre-äldre, gravida, stillasittande, hårdspottande etc. så måste ju rekommendationerna bli olika. Går man ett steg till och delar in efter hälsoläge blir det ännu mer komplicerat och individualiserat.

Den mest hälsosamma kosten är av typ "medelhavskost", dvs. den innehåller stora mängder frukt och grönt, nötter och mandel, baljväxter, vegetabilisk olja, fullkorn och fisk. Däremot innehåller den ganska små mängder av rött kött, mjölk och andra mejeriprodukter, samt alkohol.

Det finns ingen i modern tid som förespråkat stort intag av snabba kolhydrater eller tomma kalorier, dvs. näringsfattig energirik junk food som söta drycker, alkohol, godis, kaffebröd, chipsprodukter eller raffinerade jordbruksprodukter som vitt socker och vitt mjöl.

Mathållning och hållbarhet

Ska vi minska klimatets påfrestning på jorden, och öka chansen att maten kan räcka till alla jordens invånare, så måste vi kraftigt minska köttkonsumtionen. Det kött vi äter här i Norden bör vara älg, rådjur, ren, kor och tjurkalvar som betat gräs, buskar, mossor etc. i områden där jorden är för dålig för jordbruk. Men även grisar som ätit vårt matavfall och bökat fram sniglar och annat ur jorden går bra, liksom gamla värphönor och hankycklingar som levt på närodlat spannmål, insekter, mask m.m.

FN varnar nu för minskande jordbruksarealer och minskad avkastning. Vi behöver utnyttja mark som inte kan odlas. Hagmarker har dessutom stor biologisk mångfald. Nötkreatur som gått ute och betat gräs har en annan och troligen bättre fettsammansättning än de som stått inomhus och ätit kraftfoder. ▶▶

Råd och tumregler

Gammalt råd

Ge de fattiga tillräckligt med sill och potatis
Och de rika endast sill och potatis
Så blir alla friska

*Stadsläkare Christopher Carlander,
Göteborg 1759-1848*

De viktigaste råden

För hälsan: Rör på dig mycket och undvik tomma kalorier från fasta och flytande födoämnen.
För miljön och klimatet: Var återhållsam med rött kött.

Ingrids tumregler

- Ät varje dag något livsmedel ur varje grupp i matcirkeln.
- Ät enligt tallriksmodellen minst en gång varje dag.
- Ta trapporna i stället för hissen.

Bästa evidens – med musik

Bästa tillgängliga evidens har M&M-dieten: Medelhavskost (traditionell/oprocessad) och Måttlighet.

James McCormack. Eat Mediterranean – a nutritional parody of Hotel California. Youtube, 14.12.2014

GI-metoden enligt Grönköping

Grönköpings stadsläkare dr Aug. Tert. Salvén rekommenderar GI-metoden, dvs. Godis Innan, "eftersom det ju är allmänt känt att detta dämpar aptiten".



Matcirkeln.



Tallriksmodellen.



Tallriksmodellen med färre kalorier.

Livsmedelsverkets fem råd om hälsosam mat

- Ät mycket frukt och grönt, gärna 500 gram om dagen.
- Välj i första hand fullkorn när du äter bröd, flingor, gryn, pasta och ris.
- Välj gärna nyckelhålmärkta livsmedel.
- Ät fisk ofta, gärna tre gånger i veckan.
- Använd gärna flytande margarin eller matolja i matlagningen.



Foto: Ingrid Eckerman

Livsmedelsverket rekommenderar fisk tre gånger i veckan. Tyvärr är det knappast möjligt om man vill äta giftfritt och hållbart. Våra hav skulle må bra av ett totalförbud för fiske.

Väljer vi att inte vara beroende av döda djur så väljer vi ofta olja som råvara i stäl-

let för läder. Vi väljer en kost som kräver tillverkade kosttillskott eller berikning av livsmedel. Vi väljer bort ett ekologiskt kretsloppsjordbruk där konstgödsel inte behövs. Vi som läser denna tidning tillhör "eliten" som tar till oss vetenskapen och har förmåga att följa råden. Men hur är det med skolbarnen, de stressade småbarnsföräldrarna och andra som hämtar sin information på sociala media? Är det rätt att rekommendera en vegansk kost även för dem?

Slutsats

Under andra världskriget och flera år efteråt var det ransonering på kött, socker, bensin och mycket annat. Människor åt mindre och rörde sig mer. Diabetes typ 2 försvann i stort sett.

Om svenska folket hade följt Livsmedelsverkets gamla och nya rekommendationer så hade konsumtionen av godis, läsk, kaffebröd, chips etc. hade varit nära noll, och alla hade rört sig mycket mer. Vi hade haft betydligt mindre av övervikt, fetma och diabetes än idag, och diskussionerna om bantningskost hade varit mycket mindre infekterade.

Varför följer människor inte dessa rekommendationer? En anledning är att människan är gjord för att ta tillvara alla möjligheter att äta, och att viss mat påverkar belöningscentrum i hjärnan. Fram till modern tid kompensades detta av att vi rörde oss mycket.

En annan anledning är att maten är så mycket mer tillgänglig idag. I livsmedelsaffärer och kiosker lotsas vi förbi alla

Mer läsning

I vår norska systertidning Utposten pågår en artikelserie "Mat som medicin". Där diskuteras olika växters innehåll och hälsoeffekter.

läckerheterna som vill belöna våra hjärnor. Vi har pengar nog att köpa dem. Vi behöver aldrig ha tomt i kylskåpet. Och vi behöver inte röra oss för att klara vardagslivet.



Ingrid Eckerman

Chefredaktör

F.d. folkhälsoläkare i Nacka
Styrelseledamot i Läkare för Miljön
chefredaktor@sfam.se

Jäv föreligger ej.

Referenser

1. Eckerman I. Vad är det egentligen vi ska äta? 28.1.2012 <http://ingrideckerman.blogspot.se/2012/01/vad-ar-det-egentligen-vi-ska-ata.html>.
2. Erlanson-Albertsson C. Högfettdieter är inte harmlösa – allvarliga hälsorisker har kartlagts. Läkartidningen 2011;51-15:2713-17.

Hur ska vi äta för att behålla hälsan?

Att äta sunt är en stor utmaning. Det finns många olika förslag på en hälsosam matlista. Epidemiologiska studier visar att de som äter en vegetarisk kost i kombination med fisk lever längre och är friskare jämfört med allätare och med strikta vegetarianer/veganer. Fisk-vegetarianen får vitaminer, mineraler och näring på ett optimalt sätt. Lika viktigt som att välja rätt näringsämne är att äta lagom mycket, dvs. den mängd mat som gör att vi behåller kroppsvikten inom normala gränser.

Många av de moderna sjukdomarna sammanfattas under benämningen metabolt syndrom. I denna arsenal ingår fetma, diabetes, högt blodtryck – tillstånd som ofta sätts i samband med intag av västerländsk kost. Det finns flera olika dieter som har föreslagits förbättra eller motverka dessa sjukdomar, t.ex. medelhavskosten, den nya nordiska dieten, vegetariska dieter och även fettrika dieter [1].

Viktiga komponenter är grönsaker, baljväxter, frukt och bär, olivolja/rapsoolja,

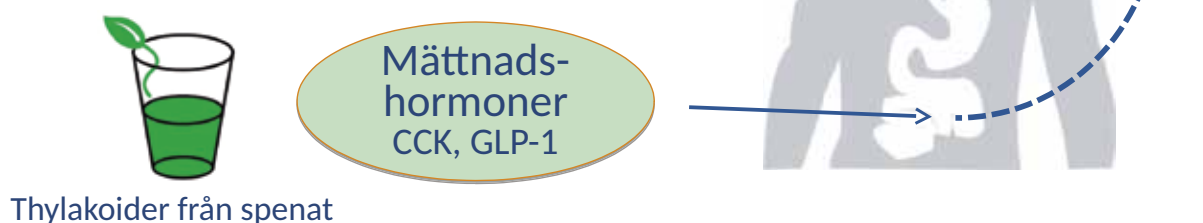
fisk samt fiberrika spannmål. Försiktighet gäller kött, charkuterier, bakade produkter som vitt bröd, kakor och pizzor. Stor diskussion mellan forskare gäller mjölkprodukter. Jag har gjort några *statements* nedan.

Grönsaker främjar hälsan

Grönsaker innehåller sparsamt med energi men rikligt med nyttigheter som fibrer, vitamin A, B, C, E och K, mineraler och olika pigment. Vi bör äta grönsaker i alla färger. Färgerna symboliserar de specifika

Mättnad med gröna blad koncentrat

- Långsam matsmältning i tarmen
- Mättnadshormon
- Belöning i hjärnan



Figur 1: Mättnad med gröna blad. Tarmen frisätter hormoner som verkar i hjärnan och signalerar tillfredsställelse.

pigmenten, vilka fungerar som antioxidanter. De är antingen vattenlösliga eller fettlösliga. Vattenlösliga antioxidanter drar sig till vätskerummen, och verkar tillsammans med framför allt vitamin C. De fettlösliga antioxidanterna drar sig till plasmamembranen i kroppens olika celler och verkar tillsammans med vitamin E.

Hjärnan och hjärtat behöver antioxidanter

Antioxidanter behövs där mycket syre förbrukas, dvs. i hjärnan samt i muskler vid rörelse. Hjärnan hos den äldre individen behöver mycket antioxidanter av den fettlösliga karaktären, eftersom det kroppsegna försvaret börjar svikta. Den ständigt arbetande hjärtmuskeln med tillförande kärl behöver också antioxidanter.

Gröna grönsaker har det inte lätt – men vi drar nytta

Livsmedelsverket förordar de gröna grönsakerna då de innehåller extra mycket antioxidanter. De gröna väx-

terna behöver solljuset för sin energialstring genom fotosyntesen. Samtidigt är solljuset destruktivt. Växterna försvarar sig genom en hög tillverkning av antioxidativa pigment. När vi konsumerar gröna grönsaker skyddar de vår kropp mot åldrande.

Bra för aptitkontroll – thylakoider i gröna blad

Bland de gröna grönsakerna finns salladsblad, spenat, gröna ärter, avokado och purjolök. Den gröna färgen betingas av klorofyll. Klorofyll ingår i de gröna bladens fotosyntes, liksom ett antal komplicerade proteiner, samlade i särskilda molekyllkomplex kallade thylakoider. Det är dessa thylakoider som innehåller pigmenten, bland annat karotenoider, t.ex. lutein, zeaxantin och lykopen.

Vi har funnit att thylakoider främjar aptitkontroll genom att aktivera tarmhormoner som ger mättnad och minskad craving efter sött, salt och fett (fig. 1). Det leder till att kroppsvikten minskar enligt kliniska studier på överviktiga kvin-

nor [2]. Aptitkontrollen verkar genom att tarmen ger signaler till hjärnan, som styr lusten till ätandet. Detta är fundamentalt för viktkontrollen. *”Jag nöjer mig med en eller två godisbitar efter middag, det har alltid varit en hel påse”*, sa en av deltagarna i studien.

Bra för hjärnan – lutein/zeaxantin

En värdefull medlem i karotenoidfamiljen är lutein och dess isomer zeaxantin som vi får i oss med gröna grönsaker och frukt i olika färger. Pigmenten tas upp i hjärnan och i syncentrum. Mätning av optisk täthet av pigmentlagret i syncentrum speglar nivåerna i hjärnan. Spenat är en rik källa för lutein och zeaxantin. Intag av 60 gram spenat dagligen i 15 veckor visade en 15 % ökning av pigmentnivån i syncentrum.

Bättre minne

Nya undersökningar visar att lutein och zeaxantin är bra för hjärnan [3]. I sen medelålder kan man med rikligt intag av karotenoider få ett bättre episodiskt

Bra för hjärnan

- Spenat
- Broccoli
- Äggula
- Grönkål
- Blomkål
- Tomatprodukter
- Sallad
- Majs



minne, bättre verbalt flyt, bättre arbetsminne och bättre förmåga till praktiska uppgifter 13 år framåt [4]. På samma sätt har man funnit att intag av grönsaker med lutein och zeaxantin gör att minnet och den kognitiva funktionen bevaras längre [5]. Det var tydligt att de gröna grönsakerna, i synnerhet spenat, sallad, broccoli och blomkål, hade en betydelse för ett bättre minne.

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är en sjukdom med hög oxidativ stress och ett lågt antioxidantstatus, visat genom flera olika markörer för den oxidativa processen. Dessa patienter har lägre nivåer av lutein/zeaxantin, samtidigt som de har en hög nivå av substanser som markerar en oxidativ skadegörelse, t.ex. ämnet 8-hydroxy-deoxyguanosin, en oxiderad produkt bildad från nukleinsyror [6]. På samma sätt har det visats att höga nivåer av lutein i blodet är associerat med en minskad risk för demens och Alzheimers sjukdom [7].

Vaskulär demens

Hos en äldre frisk befolkning fann man att de som hade lägst kognitiv funktion också hade de lägsta nivåerna av lykopen och zeaxantin, oberoende av ålder, kön, BMI, nivåer av blodfetter, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, triglycerider och albumin. En kognitiv försämring kan bero på och härledas till ett sämre antioxidant skydd med en ökad oxidativ förstörelse av lipider och proteiner, destruktiva för hjärnans celler. Vid vaskulär demens har man på liknande sätt funnit

ett omvänt samband mellan serum nivåer av karotenoider, då även inkluderande lykopen [8].

Komplex behandling

Slutsatsen är att ett högt intag av livsmedel som innehåller lykopen och lutein+zeaxantin kan vara viktiga för att hindra utvecklingen eller förvärrandet av en Alzheimer sjukdom hos personer över 50 år. Livsmedel som innehåller rikligt med lutein är gröna bladgrönsaker, t.ex. grönkål och spenat samt majs och äggula. Åldersdemens är en komplex sjukdom, och kräver en komplex behandling. Enskilda mikroämnen har inte visat några resultat [9]. Det behövs mer komplexa blandningar av tillskott. Här har alltså grönsaker sin givna plats.

Bra för hjärta/kärl – lykopen

En antioxidant som anses vara bra för hjärta och kärl är lykopen. Lykopen är en karotenoid och finns i tomat och i tomatbaserade produkter, vilka utgör den huvudsakliga källan för lykopen i västerländsk kost. Det är alltså bra att konsumera tomatjuice, ketchup och tomatpastasås. Andra källor för lykopen är röd grapefrukt och papayafrukt, relativt ovanliga frukter. Det dagliga intaget av lykopen varierar med olika länder. I England äter man 1 mg lykopen per dag och i Italien 7 mg lykopen per dag. Vi äter mycket italienska bufféer i Sverige och det bör vi fortsätta med!

Minskar åderförkalkning

Beviset för att lykopen skyddar mot hjärt-kärlsjukdomar består av sambands-

studier, där man visat att halten av lykopen i blodet är omvänt proportionell mot förekomsten av hjärt-kärlsjukdom. I en studie visades att kärlväggen var tunnare hos medelålders män med höga koncentrationer av karotenoider inklusive lykopen, vilket antyder att lykopen skyddar mot åderförkalkning [10]. Samma studie visade lägre förekomst av stroke hos männen med höga lykopen nivåer. Centralt i åderförkalkningsprocessen är en oxidation av LDL, men det är osannolikt att lykopen påverkar denna process. Istället kan lykopen verka antiinflammatoriskt och motverka oxidativ skada av endotelcellen.

Tomatbaserade produkter

I interventionsstudier har man visat att ett dagligt intag av 30 mg lykopen per dag minskade inflammatoriska markörer hos patienter med hjärtkärlsjukdom. Detta motsvarar ett glas tomatjuice. Man fick bättre effekter av tomatbaserade produkter än av renframställda kosttillskott. En daglig dos av 7 mg lykopen förbättrar kärlens förmåga att vidga sig, just den dosen italienaren får dagligen. Tomatprodukter som en god källa för lykopen kan alltså vara värt att pröva hos högrisk patienter med hjärt-kärlsjukdom [11].

Fleromättade fetter har statin-effekt

I flera decennier har man trott att mättat fett underminerar hälsan för hjärta och kärl, men nyare studier ifrågasätter detta samband. Man ser snarare ingen effekt alls av intag av mättade fetter [12]. I en sammanfattande översiktsartikel visas däremot hur ersättning av mättat fett med antingen enkelomättat fett, fleromättat fett, transfett eller av kolhydrater påverkar blodfetter under en lång tids uppföljning [13]. Slutsatsen är att både enkelomättade och fleromättade fetter sänker blodfetter då de får ersätta det mättade fett. För fleromättade fetter betyder det dessutom att incidensen av hjärtkärlsjukdom minskar med 30 %. Det är intressant att behandling med *statiner* ger en motsvarande minskning av incidensen av hjärtkärlsjukdom [14].

Svårt att veta vilken olja som är bäst

Växtoljor som olivolja, rapsolja och solrosolja innehåller omättade fetter. De främsta effekterna av dessa oljor är att de sänker kolesterol och blodfetter, men vilken av oljorna som är bäst varierar med

Bra för hjärta/kärl

- Tomat
- Papaya
- Nötter
- Tomatsås
- Växtolja
- Frön
- Tomatketchup
- Avokado
- Fiskolja
- Röd grapefrukt



Nyckelregler

- Ät färgrikt, minst tre färger per måltid
- Fyll halva tallriken med grönsaker/baljväxter
- Ät hellre fisk än kött
- Ät bara en portion



studie. I en studie på unga män som fick olika oljor i tre veckor visade sig rapsolja och solrosolja bättre än olivolja på att sänka blodfetter [15]. Däremot hade ingen av oljorna någon effekt på oxidativa förändringar av lipoproteiner. En variation av oljor är en viktig slutsats.

Tar lång tid

Det tar lång tid för att se effekter på hjärt-kärlsjukdom och kolesterolnivå efter att man ersatt mättat fett med omättat fett, kanske upp till 2 år. Det beror på att fleromättade fettsyror som tillförs via kosten tar lång tid på sig att gå i jämvikt med de fettsyror som finns i kroppsvävnaden.

Dödligheten minskar

Den minskade dödligheten i hjärtkärlsjukdom i US, UK, Australien under flera decennier kan förklaras av effekten av ett ökat intag av fleromättade fetter. Det är både omega-3 och omega-6 som har betydelse för denna förbättring. Fleromättade fetter sänker kolesterolvärdet i blodet, förbättrar endotelcellsfunktionen, minskar aggregation av trombocyter och minskar arytmier, den senare genom att minska retbarheten hos hjärtmuskeln en-

ligt svensk forskning [16].

I grannlandet Polen minskade dödligheten i hjärtkärlsjukdom mellan 1990-2002 med 38 % hos män och med 42 % hos kvinnor i åldern 45–64 år [17]. Konsumtionen av mättat fett har under denna tid minskat från 45 gram per dag till 41 gram per dag, medan konsumtionen av fleromättat fett har ökat från 15 till 23 gram per dag. Intag av frukt ökade under samma tid från 2,8 kg per år och individ till 10,4 kg.

Nyttiga fetter finns i växtoljor, avokado, nötter och frön samt fisk

Fleromättade essentiella fetter finns i omega-3 eller i omega-6 form. Omega-6 fetterna är det vanliga fettet i växtoljor, t.ex. majsolja eller solrosolja. Rapsolja innehåller omega-3 fetter, liksom valnötter. Det finns små mängder omega-3 fetter i gröna grönsaker och stora mängder i fisk, särskilt vildfångad fisk. Omega-3 fetter hos fisk kommer från födan – de gröna algerna – varför vildfångad fisk ofta är mer rik på omega-3 fetter än den odlade. Frön innehåller både omega-3 och omega-6 fetter. Chiafrön i en dos av 25 gram per dag höjer blodhalten av



fleromättade fetter. Solrosfrön innehåller omega-6-fetter. Daglig konsumtion av solrosfrön under fyra veckor minskar oxidationen av blodfetter [18].

Medelhavskosten har visat bra mot hjärt-kärlsjukdom. Vid analys visar det sig vara grönsaker, nötter och olivolja som är nyttiga – alltså en bra triad!

Mjölkfett är ofarligt

Mjölkfett består till 60 % av mättat fett, de mesta i form av långa mättade fetter. Eftersom mjölk är en stapelvara i modern västerländsk kost är dess effekt på hälsan en nyckelfråga.

I en stor studie sammanfattades tre stora undersökningar. Man fann att mjölkprodukter inte påverkade hjärtkärlsjukdom eller stroke negativt [19]. Ersatte man 5 gram mjölkfett med fleromättat fett gav det 24 % lägre risk för hjärtkärlsjukdom och med vegetabiliskt omättat fett 10 % lägre risk [20]. Mjölkfett kan vara tillåtet men det är bättre att ersätta det med någon källa av omättat eller helst fleromättat fett. Ersatte man mjölkfettet med mättat animaliskt fett fick man en ökad risk för hjärtkärlsjukdom. Andra studier har visat att fett från rött kött bär med sig större risker för hjärtkärlsjukdom än vitt kött t.ex. från kyckling.

Ost bättre än smör

Mjolkprodukter är en heterogen blandning av produkter, vilket kan leda till motsägande resultat. I en studie har man jämfört effekten av intag av samma mängd fett från smör som från ost, vilket visar att ost är bättre än smör. Förklaringen kan vara att ost innehåller rikligt med kalcium. Kalcium i sin tur bildar olösliga komplex med fettsyror som faller ut och inte absorberas i tarmen. Man får även ökad utsöndring av gallsalter i avföringen vilket bidrar till en försämrad absorption av kolesterol och ett lägre LDL-kolesterol. Kolesterol i levern kommer att användas för att nyttillverka gallsalter. Det finns dock ingen anledning att lista smör som hälsovådligt då eventuella effekter på hjärtkärlsjukdom är mycket små.

Bra för tarmen – fiberrik kost

Det är känt sedan 70-talet att en fiberrik kost minskar risken för vissa kroniska sjukdomar som hjärtkärlsjukdom, typ-2-diabetes och cancer och motverkar fetma [21]. Det finns en rekommendation att äta 15 gram fiber per 1000 kcal,



dvs. i snitt 25 gram för kvinnor per dag och 38 gram för män per dag.

Fibrer mest i spannmål

Den största källan för fibrer i vår kost är fiberrika spannmål. Fiberrika spannmål utgörs av kruskakli, knäckebröd, havregryn, rågflingor och linfrö. Vi äter i västerländsk kost för mycket vitt bröd och bör välja mer av det fiberrika brödet och de fiberrika kolhydraterna. Mjolk och kött saknar helt fibrer. Rekommendationen är att fylla sin tallrik till hälften med grönsaker/frukt och en fjärdedel med fiberrika kolhydrater, t.ex. fullkornsrís eller bulgur. Den resterande fjärdedelen kan vara fisk eller baljväxter, mer sällan kött.

Hjärtkärlsjukdom och diabetes minskar

Intressant nog har fiber från spannmål och från grönsaker en skyddande effekt mot såväl hjärtsjukdom som kärlsjukdom, medan fibrer från frukt endast skyddar mot sjukdom i kärlen [21]. Mekanismen bakom skyddet för hjärtkärlsjukdom är en sänkning av blodfetter, en sänkning av blodtryck och en dämpning av inflammation. Typ-2 diabetes skyddas av alla slags fibrer, från grönsaker, frukt och eller spannmål. Effekterna är relaterade till ett lägre blodsocker och en dämpad inflammation [21].

Tjocktarmscancer hindras

Tjocktarmscancer hindras genom en kost rik på fibrer, och här är det specifikt

fibrer från spannmål som har en positiv effekt [21]. Fibrer förkortar passage tiden genom tjocktarmen vilket ger mindre tid för eventuellt cancerframkallande substanser att verka. Fibrer underlättar också tömningen av tarmen. Äldre personer har svårt för fiberrik kost och då kan två frukter kiwi per dag hjälpa; de har en laxerande effekt.

Prebiotisk effekt – studier behövs

Att fibrer hjälper mot hjärtkärlsjukdom, typ-2-diabetes och cancer kan bero på en ändrad bakterieflora, men det finns inte tillräckligt med data som relaterar tarmbakteriefloran till riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom eller fetma. Interventionsstudier behövs för att dokumentera effekten av en ändrad bakterieflora [22].

Sammanfattningsvis betyder maten på vår tallrik mycket för vår hälsa, både till mängd och karaktär. Några nyckelregler är att äta färgrikt, minst tre färger per måltid, att fylla halva tallriken med grönsaker/baljväxter, att hellre äta fisk än kött och allra viktigast bara en portion. Men lika viktigt som att få i sig rätt mat är det att bli av med det vi inte behöver genom processning i tjocktarmen och dess slutliga tömning.



Charlotte Erlanson-Albertsson
Professor

Aptitkontroll, Institutionen för experimentell medicinsk vetenskap, Lunds universitet
charlotte.erlanson-albertsson@med.lu.se

Jäv: Delägare i Thylabisco AB, styrelseledamot i GLM

Referenser

1. Perez-Martinez P, Mikhailidis DB, Athyros VG, Bullo M, Couture P, Covas MI, et al. Lifestyle recommendations for the prevention and management of metabolic syndrome: an international panel recommendation. *Nutr Rev.* 2017;75(5):307-26. doi: 10.1093/nutrit/nux014. PubMed PMID: 28521334.
2. Erlanson-Albertsson C, Albertsson PA. The Use

- of Green Leaf Membranes to Promote Appetite Control, Suppress Hedonic Hunger and Loose Body Weight. *Plant foods for human nutrition.* 2015;70(3):281-90. Epub 2015/06/28. doi: 10.1007/s11130-015-0491-8. PubMed PMID: 26115760; PubMed Central PMCID: PMC4539357.
3. Lindbergh CA, Renzi-Hammond LM, Hammond BR, Terry DP, Mewborn CM, Puente AN, et al. Lutein and Zeaxanthin Influence Brain Function in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Int Neuropsychol Soc.* 2017;1-14. doi: 10.1017/S1355617717000534. PubMed PMID: 28695791.
4. Kesse-Guyot E, Andreeva VA, Ducros V, Jeandel C, Julia C, Hercberg S, et al. Carotenoid-rich dietary patterns during midlife and subsequent cognitive function. *Br J Nutr.* 2014;111(5):915-23. doi: 10.1017/S0007114513003188. PubMed PMID: 24073964.
5. Kang JH, Ascherio A, Grodstein F. Fruit and vegetable consumption and cognitive decline in aging women. *Ann Neurol.* 2005;57(5):713-20. doi: 10.1002/ana.20476. PubMed PMID: 15852398.
6. Mecocci P, Polidori MC, Cherubini A, Ingegnoli T, Mattioli P, Catani M, et al. Lymphocyte oxidative DNA damage and plasma antioxidants in Alzheimer disease. *Arch Neurol.* 2002;59(5):794-8. PubMed PMID: 12020262.
7. Min JY, Min KB. Serum lycopene, lutein and zeaxanthin, and the risk of Alzheimer's disease mortality in older adults. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2014;37(3-4):246-56. doi: 10.1159/000356486. PubMed PMID: 24247062.
8. Akbaraly NT, Faure H, Gourlet V, Favier A, Berr C. Plasma carotenoid levels and cognitive performance in an elderly population: results of the EVA Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62(3):308-16. PubMed PMID: 17389729.
9. Polidori MC, Nelles G. Antioxidant clinical trials in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease - challenges and perspectives. *Current pharmaceutical design.* 2014;20(18):3083-92. PubMed PMID: 24079767.
10. Karppi J, Kurl S, Ronkainen K, Kauhanen J, Laakkanen JA. Serum carotenoids reduce progression of early atherosclerosis in the carotid artery wall among Eastern Finnish men. *PLoS one.* 2013;8(5):e64107. doi: 10.1371/journal.pone.0064107. PubMed PMID: 23700460; PubMed Central PMCID: PMC3660262.
11. Thies F, Mills LM, Moir S, Masson LF. Cardiovascular benefits of lycopene: fantasy or reality? *Proc Nutr Soc.* 2017;76(2):122-9. doi: 10.1017/S0029665116000744. PubMed PMID: 27609297.
12. Nettleton JA, Brouwer IA, Geleijnse JM, Hornstra G. Saturated Fat Consumption and Risk of Coronary Heart Disease and Ischemic Stroke: A Science Update. *Ann Nutr Metab.* 2017;70(1):26-33. doi: 10.1159/000455681. PubMed PMID: 28125802; PubMed Central PMCID: PMC5475232.
13. Sacks FM, Lichtenstein AH, Wu JHY, Appel LJ, Creager MA, Kris-Etherton PM, et al. Dietary Fats and Cardiovascular Disease: A Pre-

- sidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;136(3):e1-e23. doi: 10.1161/CIR.0000000000000510. PubMed PMID: 28620111.
14. Cholesterol Treatment Trialists C, Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, Simes J, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet*. 2012;380(9841):581-90. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60367-5. PubMed PMID: 22607822; PubMed Central PMCID: PMCPCMC3437972.
 15. Nielsen NS, Pedersen A, Sandstrom B, Marckmann P, Hoy CE. Different effects of diets rich in olive oil, rapeseed oil and sunflower-seed oil on postprandial lipid and lipoprotein concentrations and on lipoprotein oxidation susceptibility. *Br J Nutr*. 2002;87(5):489-99. doi: 10.1079/BJNBJN2002567. PubMed PMID: 12010587.
 16. Liin SI, Silvera Ejneby M, Barro-Soria R, Skarsfeldt MA, Larsson JE, Starck Harlin F, et al. Polyunsaturated fatty acid analogs act antiarrhythmically on the cardiac IKs channel. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2015;112(18):5714-9. doi: 10.1073/pnas.1503488112. PubMed PMID: 25901329; PubMed Central PMCID: PMCPCMC4426425.
 17. Zatzonki WA, Willett W. Changes in dietary fat and declining coronary heart disease in Poland: population based study. *BMJ*. 2005;331(7510):187-8. doi: 10.1136/bmj.331.7510.187. PubMed PMID: 16037448; PubMed Central PMCID: PMCPCMC1179759.
 18. Erlanson-Albertsson C. Äta för livet- maten som gör dig frisk och stark. Roos&Tegnér. 2017; ISBN 978-91-87905-71-1.
 19. Givens DI, Soedamah-Muthu SS. Dairy fat: does it increase or reduce the risk of cardiovascular disease? *The American journal of clinical nutrition*. 2016;104(5):1191-2. doi: 10.3945/ajcn.116.144766. PubMed PMID: 27733390; PubMed Central PMCID: PMCPCMC5081726.
 20. Chen M, Li Y, Sun Q, Pan A, Manson JE, Rexrode KM, et al. Dairy fat and risk of cardiovascular disease in 3 cohorts of US adults. *The American journal of clinical nutrition*. 2016;104(5):1209-17. doi: 10.3945/ajcn.116.134460. PubMed PMID: 27557656; PubMed Central PMCID: PMCPCMC5081717.
 21. Dahl WJ, Stewart ML. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Health Implications of Dietary Fiber. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115(11):1861-70. doi: 10.1016/j.jand.2015.09.003. PubMed PMID: 26514720.
 22. Sawicki CM, Livingston KA, Obin M, Roberts SB, Chung M, McKeown NM. Dietary Fiber and the Human Gut Microbiota: Application of Evidence Mapping Methodology. *Nutrients*. 2017;9(2). doi: 10.3390/nu9020125. PubMed PMID: 28208609; PubMed Central PMCID: PMCPCMC5331556.



Annons

Det moderna kostbudskapet för att förebygga kardiometabol sjukdom

med utgångspunkt från Staffan Lindebergs syn

Kosten har stor betydelse för människans överlevnad och utveckling, liksom för hälsa och sjukdom. Under senare år har en intensiv debatt rasat om olika moderna kostbudskap och kostmönster för att förebygga kardiometabol sjukdom. Vissa hävdar att fettsnåla eller fettrika kosten är bäst. Andra rekommenderar 5:2-kosten, med fri kost fem dagar i veckan och reducerat intag två dagar. Staffan Lindeberg hävdade att stenålderskost (paleolitisk kost) var att föredra.

”Äta bör man – annars dör man” är ett känt talesätt, men vad skall man egentligen äta? För många på vår jord handlar det i första hand om att äta sig mätt och i andra hand om vad som serveras. Eftersom kardiometabola sjukdomar spelar en stor roll för folkhälsan i vår del av världen, och i ökad utsträckning i många utvecklingsländer, har frågan kommit upp om vilken typ av kost som är bäst för att förebygga dessa.

Enligt Nordiska näringsrekommendationer, det officiella dokumentet från Livsmedelsverket, bör en hjärtvänlig kost vara rik på grönsaker, fiber, nötter och fisk, men restriktiv vad gäller rött kött och feta mejeriprodukter [1]. Animaliskt fett anses dåligt för hjärthälsan och bör ersättas med fleromättade fettkällor. Detta kostmönster har likheter med s.k. Medelhavskost [2], som i den randomiserade och kontrollerade spanska studien PREDIMED visats vara kardioprotektiv hos i övrigt friska individer [3].

Alternativa synsätt har vuxit fram, bland annat med betoning på högt fettinnehåll och lågt inslag av kolhydrater (s.k. LCHF-kost). Andra förslag är att ta bort mejeriprodukter, fr.a. mjölk, eller att undvika alla söta kostprodukter (sackaros). En del hävdar den s.k. 5:2-kosten, med fri kost fem dagar i veckan och ingen eller lite mat två dagar

i veckan. Allmänläkaren och docenten Staffan Lindeberg (1950-2016) hävdade att en stenålderskost (paleolitisk kost) var att föredra.

Staffan Lindeberg och den paleolitiska kosten

Under julhelgen 2016 nåddes vi av beskedet om att vår kollega Staffan Lindeberg gått bort efter en kort tids sjukdom. Budskapet vållade förstämning och saknad bland oss som uppskattade Staffan för hans olika värdefulla egenskaper, inte minst det stora intresset och kunnandet för kostens betydelse för hälsa och sjukdom.

”Det var av stort värde att Staffan Lindeberg, som en modern Linné-lärjunge, åkte till en fjärran söderhavsö för att dokumentera en livsstil som snabbt försvinner i en globaliserad värld med tilltagande fetma i dessa befolkningsgrupper som följt.”

I sin originella avhandling från 1994 [4], baserad på forskningsresor till Kitava, en av Trobriandöarna nära Papua Nya Guinea, kunde Staffan Lindeberg visa att stroke och kärlkramp inte är oundvikliga ålderssjukdomar. Representeranter för öns invånare tillfrågades om någon person plötsligt blivit halvsidigt förlamad och inte kunnat tala (stroke), men något sådant fenomen visade sig inte vara känt. Han menade att kosten var en nyckel till att förstå avsaknaden av kardiovaskulär sjukdom.

Vid tiden för besöket på Kitava åt man där frukt, nötter, rötter, fisk och ibland kött, det som senare kom att kallas paleolitisk kost. En sådan kost har människan ätit under större delen av evolutionen [5] och skulle därför vara ett bättre alternativ för hälsan då vår biologi och metabolism anpassat sig till den. På ett motsvarande sätt, menade Staffan, borde vi undvika komjölkprodukter samt spannmålsbaserad föda. Dessa synpunkter vann insteg i en bredare debatt inom och utom landet. Många lekmän började tala om ”paleo” eller ”stenålderskost”.

En delstudie jämförde kardiovaskulära riskfaktorer hos 220 invånare på Kitava (151 män, åldersspann 14-87 år) med matchade kontroller från Sverige i form av 401 män och kvinnor från Söderhamn (för kroppsmått och blodtryck) samt 175 män och kvinnor från Kristianstad (för lipoproteinnivåer) [6]. Resultatet visade att 76-80 % av invånarna på Kitava var rökare mot endast 23-27 % av svenskarna! Jämfört med svenskfödda var BMI, triceps skinfold och diastoliskt blodtryck lägre på Kitava, för många även det systoliska blodtrycket. Fastande serum-totalkolesterol, LDL-kolesterol och apolipoprotein B var 10-30 % lägre hos män >40 år och kvinnor >60 år. Triglycerider var högre hos invånare på Kitava i åldersgruppen 20-39 år, kanske som en effekt av mer kolhydratrik kost. HDL-kolesterol visade ingen skillnad men apolipoprotein A1 var lägre på Kitava.

Man drog slutsatsen att det faktum att människor på Kitava var smalare och hade lägre diastoliskt blodtryck än motsvarande svenskfödda kontroller kunde utgöra en förklaring till avsaknaden av stroke och kranskärslsjukdom. Lägre värden på totalkolesterol skulle kunna bidra till fyndet. Skillnader i kostmönster (mer kolhydrat och fiber, lägre intag av salt och totalfett) ansågs spela en avgörande roll.



Staffan Lindeberg.

Vem vill vara "normal"?

Ett annat fynd var att dessa riskfaktorer på Kitava inte ökade med åldern som i vårt land och andra västländer. Detta skulle kunna tala för att en ohälsosam livsstil bidrar till ökning av såväl riskfaktorer som kardiovaskulär risk i vår del av världen [7]. Detta är således inte " normalt" enligt naturen (evolutionen) utan skulle kunna motverkas med bättre livsstil. Som Staffan Lindeberg så träffande uttryckte det i en ledarkommentar i *European Heart Journal*: "*Who wants to be normal?*" [8].

På detta sätt anslöt sig Staffan även till en lång tradition av forskare och opinionsbildare som under 1900-talet pekat på vådorna av den "västerländska livsstilen", bl.a. "livsstilsprofeten" Are Waerland [9] som dock inte var vetenskapligt lika väl bevandrad som Staffan Lindeberg.

Forskningsarbete i Dalby och på Kitava

Under avhandlingsarbetet samarbetade Staffan med fr.a. Bengt Scherstén, professor i allmänmedicin i Dalby, men även med internister som Bengt Lundh och biomedicinare som Bo Åkesson, Lund. Med tiden utvecklade han omfattande internationella nätverk. En mindre känd effekt av avhandlingsarbetet var en debattväxling i *The Lancet* där forskare

re från Nya Zeeland yttrade kritik mot Kitava-studien [10], bl.a. för avsaknad av sociala perspektiv vid transitionen av traditionella kulturer till västerländsk livsstil samt att inga forskare från tredje världen var involverade. I sitt svar angav Staffan Lindeberg bland annat att studien hade fullt etikgodkännande [11]. Han pekade på att det är en större politisk fråga hur forskning skall bedrivas av västerländska forskare i "ursprungsmiljöer" som Kitava, och hur denna skall organiseras – en fråga som väckt debatt i vår egen tid. I svaret framhävde han betydelsen av sociala förändringars roll för livsstilen, något som sedermera påtagligt förändrat människors liv och livsstil även på Kitava.

Det var av stort värde att Staffan Lindeberg, som en modern Linné-lärjunge, åkte till en fjärran söderhavsö för att dokumentera en livsstil som snabbt försvinner i en globaliserad värld med tilltagande fetma i dessa befolkningsgrupper som följd [12].

Ett modernt, evidensbaserat kostbudskap för prevention av kardiometabol sjukdom

Under senare år har ett stort antal metaanalyser kommit avseende kost och risk för kardiovaskulär sjukdom och död, i många fall från Cochrane institutet i England. Här ges ett försök till summering, dock utan att förbise att kosten endast utgör en delkomponent av en hälsosam livsstil i bredare bemärkelse då ökad motion, minskat stillasittande, rökstopp och stresshantering utgör väsentliga komponenter.

Mättat fett har i flera metaanalyser inte kunnat beläggas med att öka risken för kardiovaskulär sjukdom, åtminstone inte primärpreventivt [13, 14], även om inte alla är eniga [15]. Det finns indikationer på ökad risk sekundärpreventivt [16], även om det även här finns avvikande uppfattning [17].



Staffan Lindeberg på söderhavsön Kitava, för att dokumentera deras livsstil.

Ett ökat intag av *mjök* är associerat med minskad kardiovaskulär sjukdom enligt en metaanalys [18], men med neutral effekt enligt en annan [19], vilken dock motsades av en enstaka, svensk observationsstudie som påvisade överrisk [20].

Ett ökat intag av *grönsaker, fibrer* och *fisk* är alla i varierande grad belagda för positiva hälsoeffekter. Medelhavskost utgör ett evidensbaserat alternativ för kardiometabol prevention [2, 3, 21], och den anses kunna ha vissa motsvarigheter i en Nordisk kost ("Östersjökost") där man tar vara på de hälsosamma kostkomponenter som finns i vår kulturella och geografiska närmiljö [22].

Alkoholintag kan ha kulturella och kulinariska determinanter, ofta positiva, men har ingen kardiovaskulär skyddseffekt enligt s.k. mendelsk randomiserings metodik (genetik), snarare skadliga effekter [23].

För mycket *salt* anses skadligt för bl.a. ökat blodtryck och kardiovaskulära effekter, sannolikt dock mest för sant genetiskt saltkänsliga individer [24].

Ny forskning visar även en interaktion mellan kostintag och individers genetiska uppsättning, s.k. gen-miljöinteraktion. Alla individer har inte samma nytta





Maten och folksjukdomarna
– ett evolutionsmedicinskt perspektiv.

Studentlitteratur 2003.
ISBN: 978-9-1440-4167-4

Food and Western Disease.
Health and Nutrition from
an Evolutionary Perspective.

Wiley-Blackwell 2009.
ISBN: 978-1-4051-9771-7

(eller "onytta") en av en given kostexponering [25]. I framtiden kan man tänka sig individualiserade kostbudskap på samma sätt som vissa har funderat på individuell farmakoterapi (farmakogenetik) som led i "personalized medicine" eller, som det numera heter, "stratified medicine".

På ett djupare plan är kostintaget, liksom luftens syre, nödvändiga för vår existens. Samtidigt innebär ett ökat kaloriintag (kost) att cellernas mitokondrier ökar sin aktivitet för förbränning. Då alstras som biprodukt "fria radikaler" som negativt kan påverka biologiska processer genom ökad oxidativ stress. Den verkliga paradoxen är att genom vårt ätande, vår mitokondriella metabolism, läggs grunden till vårt åldrande och kroppsliga slitage. Således kan man med ett modernt språkligt uttryck hävda att: "Äta gör vi – just DÄRFÖR dör vi".

Evolutionen har skapat oss som förmedlare av gener under en begränsad livscykel. Av detta skäl finns det inte genetiska program för extremt lång överlevnad hos människa, men väl för en reproduktiv livsperiod. Genetiska faktorer som gagnar överlevnad och reproduktion tidigt i livet ("reproductive fitness") anses i vissa fall

kunna öka risken för sjukdom och död senare i livet, s.k. "antagonistisk pleiotropi" [26]. I detta perspektiv kan vi bättre förstå det intrikata samspelet mellan kost/näring/metabolism – reproduktion – livslängd i det som benämns "Livets biologiska triangel" [27].

Slutsatser för den kliniska praktiken

Vi är alla är olika, inte endast genetiskt/biologiskt utan även socialt/kulturellt. Alla måste vi äta regelbundet, åtminstone människor som utför krävande uppgifter. Ett ökat kaloriintag motsvaras inte alltid av ökad metabol förbränning via muskelarbete, och resultatet blir för många övervikt och fetma. Samtidigt behöver de flesta människor belöningar i sina liv då och då. Det kan handla om en chokladbit, pizza till helgen, några öl med goda vänner, eller stjäla lite plockgodis från barnens lördagsgodis... Inte mycket att moralisera över.

För läkaren inför den kardiometabola riskpatienten är det stora problemet inte vad hen äter, utan vad hen *inte* äter. Människor som äter en obalanserad kaloririk kost med mycket mättat fett och sockrade produkter (skräpmat) tenderar

att äta *för lite* av värdefulla kostkomponenter – t.ex. grönsaker, fibrer och fisk. Orsaken är ofta att söka i socioekonomiska faktorer, kulturella attityder eller bristande kunskaper. Snabb behovstillfredsställelse är egentligen att se som adekvat "coping" i socialt påfrestande och oberäknliga sociala miljöer, påverkat av sociala belastningsfaktorer [28]. Detta beskrivs av evolutionspsykologer i fältstudier av tonårsgraviditeter i osäkra ghetto-miljöer [29] och är något att fundera över.

Till patienter bör man framhålla att "Ät tillräckligt mycket av det nyttiga – så tål Du resten!" på ett lättfattligt sätt. Följdfrågan blir förstås: "Vad är då det nyttiga?". Då kan man ange något av det som den evidensbaserade medicinen står för idag, och kanske även komma ihåg Staffan Lindebergs ord om den paleolitiska kosten för den som inte känner sig främmande för denna.

Att odla sina egna grönsaker och frukt samt fiska och plocka svamp i skogen under skogspromenader är kulturella komponenter och sedvänjor som moderna människor inte alltid har tid och lust med. Nyttiga kostprodukter bör stödjas av statliga subventioner.

Till sist bör man också hålla i minnet att kosten under de första levnadsåren har stor betydelse för kroppsutveckling och kostpreferenser senare i livet. Liksom kardiometabola risker kan programmeras av faktorer tidigt i livet, t.ex. tillväxtmönster [30], så kan kardiometabol prevention grundläggas på samma sätt, inte minst via goda kostvanor för nyfödda (bröstmjölk) som för växande barn och ungdomar.



Peter M Nilsson

Professor/överläkare,
specialist i allmänmedicin
Institutionen för kliniska vetenskaper,
Skånes universitetssjukhus, Malmö
peter.nilsson@med.lu.se

Jäv saknas (endast vänskap med Staffan Lindeberg).

Referenser

1. Nordiska näringsrekommendationerna. Livsmedelsverket. Uppsala, 2012.
2. Dinu M, Pagliai G, Casini A, Sofi F. Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *Eur J Clin Nutr*. 2017 May 10. doi: 10.1038/ejcn.2017.58. [Epub ahead of print].
3. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1279-90.
4. Lindeberg S. *Apparent absence of cerebrocardiovascular disease in Melanesians: risk factors and nutritional considerations: the Kitava study* (Thesis). Centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet, Lund 1994.
5. Lindeberg S. *Maten och folksjukdomarna: ett evolutionsmedicinskt perspektiv*. Studentlitteratur (ISBN 91-44-04167-5), Lund 2003.
6. Lindeberg S, Nilsson-Ehle P, Terént A, Vessby B, Scherstén B. Cardiovascular risk factors in a Melanesian population apparently free from stroke and ischaemic heart disease: the Kitava study. *J Intern Med*. 1994; 236:331-40.
7. Lindeberg S, Berntorp E, Nilsson-Ehle P, Terént A, Vessby B. Age relations of cardiovascular risk factors in a traditional Melanesian society: the Kitava Study. *Am J Clin Nutr*. 1997; 66:845-52.
8. Lindeberg S. Who wants to be normal? *Eur Heart J*. 2005; 26(24):2605-6.
9. Wikipedia: Are Waerland (https://sv.wikipedia.org/wiki/Are_Waerland).
10. Bonita R, Beaglehole R. Cardiovascular disease epidemiology in developing countries: ethics and etiquette. *Lancet*. 1994; 344(8937):1586-7.
11. Lindeberg S. Cardiovascular disease in the tropics, ethics, and need for action. *Lancet*. 1995; 345(8946):384.
12. Sundborn G, Metcalf PA, Gentles D, Scragg R, Dyall L, Black P, Jackson R. Overweight and obesity prevalence among adult Pacific peoples and Europeans in the Diabetes Heart and Health Study (DHAHS) 2002-2003, Auckland New Zealand. *N Z Med J*. 2010; 123(1311):30-42.
13. Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(3):535-46.
14. de Souza RJ, Mente A, Maroleanu A, Cozma AI, Ha V, Kishibe T, et al. Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all-cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*. 2015;351:h3978.
15. Hooper L, Martin N, Abdelhamid A, Davey Smith G. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 10;(6):CD011737. doi: 10.1002/14651858.CD011737.
16. Mead A, Atkinson G, Albin D, Alphey D, Baic S, Boyd O, et al; UK Heart Health Group; Thoracic Dietitians Interest Group (Specialist group of the British Dietetic Association). Dietetic guidelines on food and nutrition in the secondary prevention of cardiovascular disease - evidence from systematic reviews of randomized controlled trials (second update, January 2006). *J Hum Nutr Diet*. 2006;19(6):401-19.
17. Schwingshackl L, Hoffmann G. Dietary fatty acids in the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMJ Open*. 2014;4(4):e004487.
18. Soedamah-Muthu SS, Ding EL, Al-Delaimy WK, Hu FB, Engberink MF, Willett WC, et al. Milk and dairy consumption and incidence of cardiovascular diseases and all-cause mortality: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Clin Nutr*. 2011;93(1):158-71.
19. Guo J, Astrup A, Lovegrove JA, Gijsbers L, Givens DJ, Soedamah-Muthu SS. Milk and dairy consumption and risk of cardiovascular diseases and all-cause mortality: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Epidemiol*. 2017;32(4):269-287.
20. Michaëlsson K, Wolk A, Langenskiöld S, Basu S, Warensjö Lemming E, Melhus H, Byberg L. Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: cohort studies. *BMJ*. 2014;349:g6015.
21. Bloomfield HE, Koeller E, Greer N, MacDonald R, Kane R, Wilt TJ. Effects on Health Outcomes of a Mediterranean Diet With No Restriction on Fat Intake: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2016;165(7):491-500.
22. Rísérus U. Healthy Nordic diet and cardiovascular disease. *J Intern Med*. 2015;278(5):542-4.
23. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ, Guo Y, Ye Z, et al. InterAct Consortium. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ*. 2014 Jul 10;349:g4164.
24. Johnson C, Raj TS, Trieu K, Arcand J, Wong MM, McLean R, et al. The Science of Salt: A Systematic Review of Quality Clinical Salt Outcome Studies June 2014 to May 2015. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2016;18(9):832-9.
25. Brunkwall L, Chen Y, Hindy G, Rukh G, Ericson U, Barroso I, et al. Sugar-sweetened beverage consumption and genetic predisposition to obesity in 2 Swedish cohorts. *Am J Clin Nutr*. 2016;104(3):809-15.
26. Byars SG, Huang QQ, Gray LA, Bakshi A, Ripatti S, Abraham G, et al. Genetic loci associated with coronary artery disease harbor evidence of selection and antagonistic pleiotropy. *PLoS Genet*. 2017;13(6):e1006328.
27. Nilsson P. Livets biologiska triangel. Samspelet mellan nutrition, reproduktion och livslängd. *Läkartidningen* 2001; 98:1797-800.
28. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med*. 1997;44(6):809-19.
29. Wilson M, Daly M. Life expectancy, economic inequality, homicide, and reproductive timing in Chicago neighbourhoods. *BMJ*. 1997; 314(7089):1271-4.
30. Nilsson PM, Fagerberg B. Fetal programmering av ohälsa i vuxen ålder – arv eller miljö? *Läkartidningen* 2004; 101:2342-5.

EU-länderna har röstat ja till kriterier för hormonstörande ämnen

En majoritet av EU:s medlemsländer har godkänt EU-kommissionens förslag till vetenskapliga kriterier för att identifiera hormonstörande ämnen. Sverige röstade nej till förslaget, främst på grund av farhågor för att kriterierna inte kommer att ge ett tillräckligt starkt skydd för hälsa och miljö.

EU-kommissionens första förslag till kriterier för hormonstörande ämnen presenterades i juni 2016. Nu har en majoritet

av medlemsländerna ställt sig bakom ett omarbetat förslag vid en omröstning i EU:s ständiga kommitté för växter, djur, livsmedel och foder.

Hormonstörande ämnen kan bidra till cancer, påverka ämnesomsättningen och påverka människors förmåga att få barn. Foster och små barn är särskilt känsliga för påverkan. Om ett foster utsätts för ett hormonstörande ämne kan det även innebära ökad risk för att drabbas av sjukdomar i vuxen ålder. Det kan ta lång

tid mellan att någon utsätts för ämnet fram till att eventuella effekter på hälsan upptäcks.

EU-kommissionens beslut om kriterier för hormonstörande ämnen har dragit ut på tiden. Sverige stämde därför EU-kommissionen för passivitet i frågan och fick 2015 rätt i en dom från EU-domstolens tribunal.

Kemikalieinspektionen 4.7.2017

Vegansk kost – många fördelar men kunskap krävs

Att vara vegan är i grunden ett etiskt ställningstagande som innebär att eftersträva en konsumtion som inte skapar lidande, död och förtryck av djur. En vegan undviker därför oftast alla animaliska produkter både vid inköp av kläder och mat samt djurtestad kosmetika.

En vegansk kost är helt fri från animaliska produkter som kött, fågel, fisk, ägg- och mjölkprodukter. I USA och många europeiska länder har intresset för vegansk kost ökat markant senaste årtiondet. Siffror talar för att antalet veganer har flerdubblats i flera länder och närmar sig på vissa ställen tio procent.

Varför ska vi äta en animaliefri kost?

Idag är det vedertaget bland vetenskapliga expertpaneler att en vegansk kost har fördelar för miljö och hälsa. Även världsekonomin skulle vinna på att fler åt en helt växtbaserad kost i och med de kostnader som alstras av skador på miljö och hälsa som orsakas av animaliekonsumtion. Kostråd från hälsomyndigheter i Sverige och internationellt rekommenderar att vi äter mer från växtriket och mindre från djurriket men få eller inga rekommenderar specifikt en helt vegansk kost.

"Veganism är ett ställningstagande som baseras på omsorg om djur."

Kan alla äta veganskt?

Den största och mest tongivande vetenskapliga genomgång av vegetarisk och vegansk kost som hittills gjorts publicerades i höstas. Världens största yrkesorganisation av dietister och nutritionister, Academy of Nutrition and Dietetics, sammanfattade då tillgänglig litteratur i en officiell ståndpunkt, "Position Statement" [1]. De skriver att en välplanerad vegetarisk och vegansk kost är hälsosam, näringsriktig och kan medföra vinster i förebyggande av vissa sjukdomar. Kosten är lämpliga i alla livets skeden, inklusive graviditet, amning, spädbarnsår, barndom,



Illustrationer: Kfeno Lindner

tonår, till äldre och idrottare. Alla som väljer en vegansk kost behöver en tillförlitlig källa till vitamin B12 som berikad mat eller tillskott. Vidare understryker man att en växtbaserad kost är mer hållbar för miljön då det kräver mindre naturtillgångar och har samband med mindre skada på miljön.

Ibland lyfts fler näringsämnen än B12 som riskabla för veganer. Det finns data som tyder på att personer med ökat behov (som gravida eller ammande) eller försämrad syntes (som personer med hypertoni eller diabetes) av långa omega-3-fettsyror som EPA och DHA kan tjäna på att lägga till ett tillskott [2]. Dessa finns idag tillgängliga som algolja. Veganer som inte äter joderat salt eller grönsaker från havet kan få brist på jod och bör därför ta jod som tillskott [3].

Kalciumintaget varierar mycket i studier på veganer och ibland uppmäts värden under rekommenderat intag. Veganer som inte medvetet inkluderar kalciumrika livsmedel i kosten kan därför behöva tillskott i låg dos. Livsmedelsverket rekommenderar veganer att välja kalciumberikade växtdrycker [4]. Veganer har ett lägre intag av D-vitamin från kosten, men nivåerna av D-vitamin i blodet beror mer på solexponering och intag av berikad mat än intag genom föda [5]. Personer med låg solexponering eller lågt intag av berikade livsmedel kan därför vara i behov av D-vitamintillskott oavsett om de är veganer eller ej. Att veganer eller vegetarianer får i sig för lite protein eller skulle riskera proteinbrist eller brist på vissa aminosyror är en myt som aldrig haft något vetenskapligt underlag.

Hälsovinster med vegansk kost

De studier som har bidragit mest till kunskapen om hälsovinster med att äta veganskt är de så kallade Adventiststudierna, "Adventist Health Study". Bland Adventister är stor andel vegetarianer och veganer. De har dessutom en relativt låg konsumtion av alkohol och tobak vilket annars kan vara störande faktorer för att studera kostens betydelse för hälsa. Sammanfattningsvis har man i dessa studier funnit att vegetariska kosten skyddar mot hjärtkärlsjukdom, vissa cancerformer och sänker mortalitet. De förbättrar även riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom och metabolt syndrom. Jämfört med lakto-ovo-vegetariska kosten verkar vegansk kost ge ytterligare skydd mot övervikt, högt blodtryck, diabetes typ 2 och dödlighet i hjärtkärlsjukdom. Män verkar också ha större vinst än kvinnor [6].

Om man utför beräkningar av förväntad hälsovinster av kostskifte enligt vedertagna modeller visar det sig också att en vegansk kost förebygger mer förtida död än lakto-ovo-vegetarisk kost som i sin tur förebygger mer förtida död än att följa globala kostråd [7].

Om man poängsätter personers kostintag enligt vedertagna index för hälsosamt ätande (som HEI-2010 och MDS) får veganer högst poäng, därefter lakto-ovo-vegetarianer och blandkostare lägst poäng [8].



Läkare för framtiden är en ideell förening som bildades 2013 av läkare men alla kan bli medlemmar. Utöver läkare finns det också sjuksköterskor, dietister, nutritionister och forskare som är aktiva i vår organisation. Vi arbetar för att sprida information om kostens betydelse för hälsa. Vi stödjer evidensbaserade kostrekommendationer från expertpaneler och hälsomyndigheter, "att äta grönare", och vi är positiva till helt växtbaserat ätande. Vår aktivitet finansieras av medlemsavgifter och donationer från enskilda privatpersoner.

Hjärtkärlsjukdom

Personer med hjärtkärlsjukdom eller riskfaktorer för denna sjukdom är sannolikt de som har störst hälsovinst av en vegansk kost. Utöver kohortstudier som Adventiststudierna och liknande finns idag interventionsstudier som visat att en vegansk och en fettsnål vegetarisk kost har fått hjärtkärlsjukdom att gå tillbaka [9-12]. Detta är inte visat med någon annan kostrekommendation och inte heller med något läkemedel eller medicinsk intervention.

"Att vara vegan är ingen garant för ett hälsosamt ätande då coca-cola, pommis, sojaglass och delicatobollar också är vegansk."

Diabetes typ 2

Förra året publicerade Canadian Diabetes Association en litteraturgenomgång om växtbaserade kost i behandling av diabetes typ 2. Man kom fram till att växtbaserade kost har ett samband med lägre förekomst av diabetes typ 2 jämfört med andra kost. Vidare har interventionsstudier visat att växtbaserade kost är lika effektiva, om inte mer effektiva än andra som rekommenderas vid diabetes typ 2. Diabetescentra bör därför sprida kunskap om vinster med växtbaserade kost till sina patienter [13].

Övervikt

Vegetarianer har överlag en mer hälsosam vikt jämfört med

icke-vegetarianer [14]. I Adventiststudierna är veganer den enda grupp som har ett hälsosamt BMI medan lakto-ovo-vegetarianer i genomsnitt är lätt överviktiga och blandkostare har ännu högre BMI [15]. Vilken kost eller diet som lämpar sig bäst för att upprätthålla en hälsosam vikt på sikt är idag inte fastställt då de flesta studier löper under för kort tid. Tillgängliga korttidsdata talar dock för att vegetariska kost är gynnsamma för att uppnå viktreduktion. Resultat från en nyligen publicerad metaanalys tyder på att en vegansk kost kan ha en mer uttalad effekt [16].

Cancer

Världscancerfondens kostrekommendation för att förebygga cancer är att minska intaget av rött kött, utesluta charkuterivaror ur kosten samt att tillämpa en växtbaserad kost. Denna rekommendation gäller även canceröverlevare [17]. Dock är det värt att påpeka att de inte specifikt rekommenderar en vegansk kost. Interventionsstudier av det slag som publicerats vid hjärtkärlsjukdom som tyder på en överlägsen effekt av vegansk kost saknas vid cancer.

Vårdgivaren behöver kunskap

Kunskap om vegansk och andra vegetariska kost är av betydelse för vårdgivare av flera skäl. Dels är det viktigt att vegetarianer och veganer inte bemöts med fördomar, okunskap eller oro för att de har brister på näringsämnen där evidens saknas att risk föreligger. Vidare kan personer som valt en vegetarisk kost vara helt okunniga om näringslära, även om det är osannolikt. Det kan därför vara en bra idé för vårdgivare när de har en patient som är vegan att fråga om vederbörande intar vitamin B12 som tillskott eller berikade produkter.

De hälsovinster som är visade vid vegetariska kost bör också vårdgivare ha kunskap om när man ger kostråd. Här är det dock bra att komma ifrån termerna "vegetarian" eller "vegan" och i stället tala om "växtbaserad kost", dvs. att eftersträva ett så högt intag som möjligt av hela vegetabilier som frukt, grönsaker, fullkorn, baljväxter, nötter, frön och bär. Det är dessa livsmedel som står bakom hälsovinster hos veganer och vegetarianer.



Att vara vegan är ingen garant för ett hälsosamt ätande då coca-cola, pommis, sojaglass och delicatobollar också är vegansk. Rådet att äta så växtbaserat som möjligt gäller även veganer, även om deras kostintag sannolikt redan är mer hälsosamt än en genomsnittlig svensk.

Vidare är veganism ett ställningstagande som baseras på omsorg om djur. Det är viktigt att kunskap sprids om djurens lidande i djurfabrikerna och att vi problematiserar det faktum att miljoner djur dödas för vår föda varje år helt i onödan. Men sannolikt är inte en vårdinstans den lämpligaste miljö för att diskutera dessa frågor.

Som allmänläkare har man stor möjlighet att informera och inspirera till hälsosammare kostval. Kunskap om växtbaserad

kost kan för många patienter och vid många sjukdomar vara ett verktyg för att bibehålla varaktig hälsa och ibland vända förloppet för sin sjukdom.

David Stenholtz
Biträdande överläkare i onkologi
Södersjukhuset
david.stenholtz@lakareforframtiden.se



Jäv saknas.

Referenser

- Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet*. 2016 Dec;116(12):1970-1980.
- Saunders AV, Davis BC, Garg ML. Omega-3 polyunsaturated fatty acids and vegetarian diets. *Med J Aust*. 2013;199 (4 suppl):S22-S26.
- Leung AM, Lamar A, He X, et al. Iodine status and thyroid function of Boston-area vegetarians and vegans. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(8):E1303-E1307.
- <https://www.livsmedelverket.se>
- Wacker M, Holick MF. Sunlight and vitamin D: A global perspective for health. *Dermatoendocrinol*. 2013;5(1): 51-108.
- Le, L.T.; Sabaté, J. Beyond meatless, the health effects of vegan diets: Findings from the Adventist cohorts. *Nutrients* **2014**, *6*, 2131–2147.
- Marco Springmann, H. Charles J. Godfray, Mike Rayner, and Peter Scarborough. Analysis and valuation of the health and climate change co-benefits of dietary change. *PNAS* April 12, 2016 vol. 113 no. 15.
- Clarys P, Deliens T, Huybrechts I, et al. Comparison of Nutritional Quality of the Vegan, Vegetarian, Semi-Vegetarian, Pesco-Vegetarian and Omnivorous Diet. *Nutrients*. 2014;6(3):1318-1332.
- Ornish et al, Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*. 1998 Dec 16;280(23):2001-7.
- Esselstyn, In cholesterol lowering, moderation kills, *CCJM* 2000 08;67(8):560-564.
- Esselstyn, et al, A way to reverse CAD? *J Fam Pract*. 2014 Jul;63(7):356-364b.
- Gupta et al, Regression of coronary atherosclerosis through healthy lifestyle in coronary artery disease patients—Mount Abu Open Heart Trial. *Indian Heart J*. 2011 Sep-Oct;63(5):461-9.
- Sylvia Rinaldi, RD, MScFN, Emily E. Campbell, BA, BSc, John Fournier, BA, BSc, Colleen O'Connor, RD, PhD, Janet Madill, RD, PhD, A Comprehensive Review of the Literature Supporting Recommendations From the Canadian Diabetes Association for the Use of a Plant-Based Diet for Management of Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes* Available online 28 July 2016.
- Berkow, S.E.; Barnard, N. Vegetarian diets and weight status. *Nutr. Rev.* **2006**, *64*, 175–188.
- Tonstad, S.; Butler, T.; Yan, R.; Fraser, G.E. Type of vegetarian diet, body weight, and prevalence of type 2 diabetes. *Diabetes Care* **2009**, *32*, 791–796.
- Huang, R.-Y.; Huang, C.-C.; Hu, F.B.; Chavarro, J.E. Vegetarian diets and weight reduction: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Gen. Intern. Med.* **2016**, *31*, 109–116.
- <http://www.wcrf.org>

Att ge råd om mat kan förebygga hjärt-kärlsjukdom

Lönar det sig att ge råd om matvanor? Det finns ju så många dieter och mycket tyckande, ska man som doktor lägga tid på det?

Jag tror det. Ett råd i rätt tid kan ha stor effekt och hjälpa våra patienter till bättre hälsa. Det behöver inte vara särskilt komplicerat. Jag anser att vi bör hantera matråden på samma sätt som vi hanterar annan rådgivning i vården, vi bör söka efter bästa evidens och vi bör sluta ge råd om sådant som inte har vetenskapligt stöd.

I utvärderingarna av vårdcentralens diabetesskola brukar vi ha med en fråga om deltagaren har ändrat något i sina levnadsvanor som en följd av kursen. Jag minns särskilt en man i 50 års ålder som skrev: ”Jag har bara ändrat matvanorna, inte motionerat något. Jag har slutat med mjölk och äter mindre pasta, bröd och ris.” På tre månader hade hans midjeomfång minskat med 10 cm och blodsockret hade normaliserats från HbA1c 57 till 46. Han kunde reducera sin medicinering och var väldigt stolt över att ha kunnat påverka sin sjukdom.

Vid typ 2 diabetes är maten särskilt viktig. Patienten kan själv mäta effekten av förändrade matvanor direkt på blodsockret. De

flesta med typ 2 diabetes är överviktiga och har också mycket att vinna på en kost som underlättar vikttnedgång. Det är dock inte bara vid diabetes som kosten har betydelse. För patienter som kommer på årliga kontroller för exempelvis högt blodtryck, eller hjärt-och kärlsjukdom är hälsosamma matvanor troligen minst lika betydelsefulla som god kontroll av kolesterol och blodtryck.

Vetenskapliga studier av matvanor

Det mesta av det vi vet om matens effekt på hälsan baseras på observationsstudier, vilket normalt räknas som den lägsta graden av bevis. Att bönderna på Kreta på 50-talet levde fria från hjärtsjukdom i högre utsträckning än skogshuggarna i finska Karelen har angivits som argument för att en fettrik diet är farligt, eftersom finländarna åt mer fett. Men skillnaderna i sjukdomsförekomst kan ha haft många fler orsaker än matvanorna.

Ett tag var man så övertygad om fettets farlighet att när hypotesen inte stämde, som t.ex. i Frankrike där man åt fet mat men hade låg förekomst av hjärtsjukdom, myntades begreppet ”den franska paradoxen”.

Efter att under 30 år ha fokuserat på fettets i maten som orsak

till ohälsa har de flesta kostforskarna övergett hypotesen att en hög andel fett i mat skulle vara farligt. Exempelvis visade man i den stora WHI-studien [1] att det inte blev mindre hjärtsjuklighet trots att man lyckades få deltagarna att äta mindre fett; det blev till och med mer sjuklighet hos dem som redan var hjärtsjuka. Numera hävdas att vilken sorts fett som intas är viktigare. Fleromättat anses bättre än mättat fett, men även den forskningen vilar på ganska skakig grund.

I BMJ publicerades 2016 en studie från början av 70-talet som de ursprungliga forskarna velat dölja då resultatet var tvärtom det förväntade: att byta smör till margarin gav inte bättre hälsa, tvärtom ökade sjukligheten [2]. Det finns några studier som talar för att en intervention med fleromättat fett kan vara gynnsamt. I Oslo Diet-Heart studien blev det färre hjärtinfarkter hos de som fick kostråd om fleromättat fett, dock fick de även aktiv hjälp till rökstopp [3].

Medelhavskost det bästa kostmönstret

Om man lämnar matstriden om fett så finns det ett s.k. ”kostmönster” som alla kostforskare är positiva till, medelhavskosten. I den gamla Lyon-studien [4] visades minskad sjuklighet om patienter med hjärtsjukdom lottades till medelhavskost istället för standardkost. Återinsjuknandet i hjärtinfarkt halverades. Standardkosten var dock ganska dåligt definierad och det var dessutom en del bortfall i studien. Experimentet har dock gjorts om i modern tid i Spanien i den uppmärksammade studien Predimed [5].

I Predimed lottades man överviktiga patienter, varav en del hade typ 2 diabetes, till antingen lågfettkost eller en av två varianter på medelhavskost, en med extra olivolja och en med extra nötter. I medelhavskostgruppen insjuknade färre i typ 2 diabetes och antalet allvarliga kardiovaskulära händelser minskade med 30 %. I princip alla kost-forskare är positiva till

Tabell

1. Den diet du klarar att följa är den mest framgångsrika på sikt.	I vikttnedgångsstudier har långsiktig störst effekt varit mer associerat till hur väl man följt sin diet än vilken diet man följt.
2. Läsk, saft och juice är dåligt för hälsan för både barn och vuxna.	Det är välbelagt att söta drycker är associerat med viktuppgång, typ 2 diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Detta gäller även juice.
3. Grönsaker av alla sorter är hälsosamt. Minska gärna andelen potatis, ris och pasta och öka andelen grönsaker.	Ofta har frukt och grönt slagits samman i studierna, men när de separerats så är grönsakerna mest hälsosamma. Särskilt framhålls gröna bladgrönsaker, men troligen är mängd och variation viktigast.
4. Ät när du är hungrig. Det finns inget stöd för att frukost skulle vara särskilt viktigt eller att det skulle vara bra att äta ofta. Välj om möjligt lagad mat i en bra miljö.	Man ska inte ha dåligt samvete för att man inte har aptit för frukost. Om man hoppar över lunch och det leder till extra fika på eftermiddagen är det förstas negativt.
5. Undvik snabbmat. Sträva efter en stor variation av råvaror, olika färger och konsistenser, antingen du lagar själv eller äter ute.	Snabbmat och processad mat har en stark association med försämrad hälsa, men kan förstas också vara en följd av ett stressat liv.
6. En näve nötter om dagen är bra för hälsan.	Troligen är mandlar och valnötter mer hälsosamt än jordnötter, men de flesta studier har använt blandade nötter.
7. Fet fisk och naturliga fetter från mejeriprodukter är hälsosamt.	Fet fisk är oomtvistat hälsosamt, men undantag får tyvärr göras för viss fisk som är drabbad av miljögifter. Fet yoghurt och ost är associerat med god hälsa. Det finns inget stöd för att lättmjölk skulle vara bättre än fet mjölk. Stort intag av mjölk kan dock leda till viktuppgång.
8. Använd olivolja eller rapsolja i matlagningen. Troligen är majsolja och solrosolja sämre alternativ pga. ofördelaktig kvot omega 3/6.	Sämst är transfetter, finns i ex kex och industribakade kakor. Flytande fetter med hög andel omega 6 kan ge ökad inflammationsreaktion, men vetenskapen är inte helt tydlig.
9. Om du dricker vin/öl/sprit så sprid ut intaget till max 1–2 glas per dag till maten istället för att dricka fler glas till helgen.	Det finns inga randomiserade studier på att börja dricka alkohol, men flera studier visar att måttlighetsdrickande är associerat med minskad risk för typ2 diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.
10. Kaffe (och grönt te) är associerat med god hälsa.	Den som dricker 2–4 koppar kaffe per dag lever längre och har mindre cancer och hjärt-kärlsjukdomar enligt stora epidemiologiska studier. Förvisso är det observationsdata, men det finns åtminstone inga skäl att sluta med kaffe om man tycker om det. Det finns även hälsoeffekter av te, framförallt grönt te.

Predimed-studien, då den anses mycket välgjord och har kliniskt betydelsefulla resultat med minskad sjuklighet. Problemet blir dock att identifiera vad i medelhavskosten som var den viktigaste skillnaden; var det olivoljan, den feta yoghurten, den lägre andelen spannmål, mer fisk istället för rött kött, högre andel grönsaker, eller var det rent av ett glas vin per dag som rekommenderades medelhavskostgruppen?

"Liksom i all annan rådgivning bör man utgå från patientens situation, väcka nyfikenhet, förstärka goda vanor, avråda från dåliga och även dämpa onödig oro för obefogade matlarm i media."

Det finns även andra kostmönster som alla kostforskare är överens om har tydliga negativa effekter på hälsan. De sammanfattas ofta under beteckningen "processad mat". Här ingår allt från industribakade kakor, snabbmat i gatukök, fryst mat för värming i mikron m.m.

Rött kött har i vissa observationsstudier associerats med högre grad av sjuklighet, men i andra studier där man kontrollerat för processat kött försvinner den associationen. Processat kött tycks vara dåligt för hälsan, men om det beror på själva tillagningen med t.ex. nitritinnehåll, eller om det beror på att korven och hamburgaren görs på billiga råvaror med tveksamt näringsinnehåll, vet man inte. Eftersom många av studierna är observationsdata kan det kanske inte uteslutas att de negativa effekterna av processat kött är en markör för att korven äts på stående fot i en stressad miljö?

Ett enskilt livsmedel som fått alltmer negativa fynd i koststudierna är sockersötade drycker, dvs. läsk, men även saft, juice och sportdryck. Dessa drycker är tätt kopplade med ökad risk

för typ 2 diabetes, övervikt och hjärt-kärl-sjukdom. Amerikanska studier har uppskattat att drygt 7 % av hjärt-kärl sjukligheten orsakas av söta drycker och 8 % av processat kött [6].

Trots alla svagheter i koststudierna finns det en hel del som har gott vetenskapligt stöd och som vi kan ge råd om. Liksom i all annan rådgivning bör man utgå från patientens situation, väcka nyfikenhet, förstärka goda vanor, avråda från dåliga och även dämpa onödig oro för obefogade matlarm i media.



Anders Tengblad
Wetterhälsans vårdcentral, Jönköping
anders.tengblad@gmail.com

Jäv saknas.

Referenser

1. Low-Fat Dietary Pattern and Risk of Cardiovascular Disease. The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. JAMA. 2006;295(6):655-666.
2. Re-evaluation of the traditional diet-heart hypothesis: analysis of recovered data from Minnesota Coronary Experiment (1968-73) BMJ 2016; 353
3. The Oslo Diet-Heart Study Eleven-Year Report. Circulation. 1970;42:935-942.
4. Lorgèril M et al Delay and Complications After Myocardial Infarction: Final Report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation. 1999;99:779-785
5. Ramón Estruch, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. N Engl J Med 2013; 368:1279-1290.
6. Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States. JAMA. 2017; 317(9):912-924.

SFAM informerar

Nordiska federationen uttalar sig om överdiagnostik



Norsk forening for allmenmedisin publicerade 2016 ett policydokument om överdiagnostik. Detta har nu accepterats av alla nordiska allmänmedicinska organisationer. Under den nordiska kongressen i Reykjavik skrevs det under av ordförandena, och det är nu ett nordiskt policydokument.

Hela papperet kan läsas på:

www.nfgp.org/files/8/position_paper_overdiagnosis.pdf

Ingrid Eckerman,
chefredaktor@sfam.se

Reykjavik, June 2017

Gisle Roksund
Chair NFGP

Johann Sigurdsson
Elected Chair NFGP

Lotte Hvas
Director NFGP

Hanna Asberg
Chair SFAM (S)

Marina Tuutma
Chair DLF (S)

Anders Beich
Chair DSAM (DK)

Nils Erik Holm
Vice Chair PLO (DK)

Petter Breich
Chair NFA (N)

Tom Ole Strøm
Chair AF (N)

Thérarinn Ingólfsson
Chair LIS (I)

Soja Eskelinen
Chair SYLY (F)

Jukka Puhakka
Chair GPF (F)

Personcentrering och förmågan att säga Du

Personcentrerad vård börjar hitta en plats i den svenska sjukhusvården. Det är glädjande! Inom primärvården tycker vi med rätta att vi alltid ha bedrivit vård grundad på personlig relation och god patientkänedom. Men viss självkritik är på sin plats eftersom den personliga vårdens starka sol har sina fläckar även inom allmänmedicinen. Därför kan vi nog ta till oss en del erfarenheter av det som pågår på olika sjukhus i landet just nu.

Vad är personcentrerad vård?

Mycket förenklat kan man säga att personcentrering är en fördjupning och vidareutveckling av begreppet *patientcentrering*, som sedan länge varit en självklarhet, inte minst inom allmänmedicinen, där klinisk träning och omfattande konsultationsforskning sedan decennier ägnats åt den patientcentrerade hållningen. Denna innebär att fokus i konsultationen förflyttas från läkaren till patienten. Detta är vardagsmat för varje allmänmedicinare, men ändå ett radikalt steg som bland annat inneburit en förskjutning av maktförhållanden inom sjukvården.

Men patientcentrering lägger fortfarande tonvikten på *patienten*, dvs. människan i sin *sjukroll*. Personcentreringen vill vidga perspektivet till att omfatta hela människan med en livshistoria som sträcker sig utanför sjukrollen. Den poängterar att patienten är en person med vilja, förmågor och behov, en person som är beroende av sina närmaste och av de sociala och politiska sammanhang där hon lever sitt liv och där vården äger rum.

Personcentrerad vård förutsätter ett etiskt förhållningssätt, som syftar till ett gott och meningsfullt liv för människan som helhet. En förutsättning för att detta ska kunna förverkligas är patientens/personens delaktighet, dvs. att hen verkligen ges möjlighet att påverka sin vård och behandling. Berättande, ömsesidigt lyssnande och varsam tolkning blir överordnade begrepp för en sådan vård.

På kliniker där personcentrerad vård börjat tillämpas finns manualer som hjälp för en viss standardisering, men i



Foto: Emilie Haglund

hög grad handlar det om att vårdpersonalen utvecklar sin egen hållning för att skapa grunden för en personlig "jag-du"-gemenskap. Den vårdare som ska möta patienten som person måste själv vara en person – dvs. ha insikter om sin egen förmåga och begränsning och sitt sätt att relatera till andra. Självkänedom är alltså en viktig egenskap i sammanhanget.

Skönlitteraturens jag och du

Jag frågar mig ofta om den subjektivt präglade skönlitteraturen kan vara till hjälp för att utveckla "jag-du" relationer. Jag tror bestämt det, även om risken finns att jaget blir för stort och duet för litet. Det var nog ingen slump att det tog flera diktsamlingar innan Tomas Tranströmer vågade använda ordet *jag*. Men när han så småningom gjorde det öppnade han samtidigt upp för ett stort *Du*. Detta kunde ske eftersom Tranströmers *jag* var en öppen plats med rum för många. Inte olikt det rum som kan skapas i mötet under den bästa av konsultationer.

Gunnar Ekelöf var en poet som gärna använde ordet *jag*, men även han gjorde det på ett sätt som öppnade upp mot duet och världen. Mycket medveten om problematiken skrev han i en dikt fint om det lilla ordet "*du*" som en pärla i relation till det stora jaget. Diktarkollegan Lars Bäckström kunde uttrycka sig så här om Ekelöfs dikter:

*Att irra i sitt inre
är förlust av jag
Men att säga du
det är att vinna jag*

Jag menar att dessa rader visar vägen ur den narcissistiska fällan som är en fara för både författare och läsare. Filosofen Martin Buber kunde ha sammanfattat dem ungefär så här: *Det finns inget jag utan ett du*. Skönlitteraturen visar oss massor av exempel på det.

Personcentrering i praktiken

Att förverkliga personcentrerad vård kräver struktur, manualer och riktlinjer, men vården kan aldrig sammanfattas i manualernas instrumentella termer. Att kombinera personcentreringen med standardisering och evidensbaserad medicin är alltså inte helt okomplicerat. Detta framgår i en aktuell avhandling från Göteborgs universitet som refereras på sid 28 i detta nummer.

Som allmänläkare är vi inte poeter i litterär mening, i varje fall inte de flesta av oss. Men relationens poesi odlar vi alla dagligen. Eller borde åtminstone göra. Relationens poesi är ett personligt samspel med patienten. Det är personcentrering i praktiken: läkarens och patientens förmåga att skapa en gemensam berättelse om smärta och lidande och om vägen ut eller framåt.

Vetenskapliga studier visar att personcentrering kan ge goda, lätt mätbara resultat, men kärnan finns ändå i det enskilda mötet där mätningen och den disciplinerade sakprosan har mindre att bidra med än den fria poesin.

Och ibland tänker jag att den personcentrerade hållningen skulle kunna kokas ner till förmågan att säga Du, en grundläggande mänsklig förmåga, som kan utvecklas eller avvecklas under hela livet.



Christer Petersson
Växjö
christer-p@telia.com

Personcentrerad vård bör utvecklas från golvet

I modellen för personcentrerad vård som tagits fram vid Centrum för Personcentrerad Vård (GPCC), Göteborgs universitet, försöker man kombinera personcentrerad vård med standardisering och evidensbaserad medicin. I en avhandling som analyserar modellen visas att personcentrerad vård är avhängigt osynligt och sällan uppskattat arbete. Modellen har utvecklats för långt ifrån praktiken. Arbets-sätt bör utvecklas från de sammanhang där de senare ska tillämpas.

De senaste decennierna har två dominerande trender skönts i debatten kring hur man bör förbättra hälso- och sjukvården. Å ena sidan finns förslag att använda standardiserade riktlinjer och arbets-sätt. Å andra sidan föreslås att vården blir personcentrerad.

Personcentrerad vård innebär att man försöker förbättra hälso- och sjukvården genom att utgå från varje patients unika erfarenheter, värderingar och preferenser och genom att se patienten som en person som är mer än sin sjukdom. Det innebär också att man eftersträvar att patienten ska bli en medskapare och partner i sin egen vård och dess utveckling och utvärdering. Standardiserad vård, och det som brukar kallas för evidensbaserad medicin, innebär istället att man försöker förbättra vården genom att se till att medicinskt beslutsfattande inte bygger på enskilda läkares subjektiva omdömen utan istället baseras på vetenskaplig kunskap och forskning.

Inget nytt begrepp

Personcentrerad vård är dock inte ett nytt begrepp. Redan på 1950-talet lanserade psykoanalytikerna Michael och Enid Balint begreppet patientcentrerad medicin. Michael Balint menade att

på samma sätt som skalpellen är kirurgens viktigaste verktyg, så är personligheten allmänläkarens viktigaste verktyg. För att kunna använda sig själv som en slags intervention (eller ”drug” i Balints egna ord) behöver läkaren lära sig att kontrollera sin personlighet. Denna kontroll kunde, enligt Balint, uppnås genom att allmänläkaren deltog i seminarier tillsammans med kollegor. Syftet med dessa seminarier var att förändra allmänläkarnas arbete från att vara sjukdomsfokuserat till att bli patientfokuserat genom att använda sig av psykoanalytiska verktyg för att kunna nå djupare och mer kvalificerade diagnoser.

”Därför blir det problematiskt att oreflekterat införa denna modell i andra typer av vårdssammanhang med andra typer av förutsättningar och patienter med andra former av problem.”

Balints idéer kom att ha stor betydelse för the Royal College of General Practitioners. Än idag finns aktiva ”Balint-grupper” där gruppdeltagare under ledning av en gruppleddare ges möjlighet att diskutera och ventilera patientmöten.

Under 1970-talet fick Byrne och Longs modell för patientcentrerade patientkonsultationer stor genomslagskraft. Ungefär samtidigt argumenterade den amerikanska psykiatrikern George Engel för att den traditionella biomedicinen, som lägger tonvikt på sjukdomars biologiska orsaker, hade spelat ut sin roll. Han föreslog istället en så kallad biopsykosocial modell, enligt vilken individens biologiska, psykologiska och sociala liv befinner sig i evig interaktion.

Kan man kombinera olika perspektiv?

I min avhandling ”Same and different? Perspectives on the introduction of person-centred care as standard healthcare” [1] undersöker jag en rad exempel och situationer där man försöker kombinera personcentrerad vård, standardisering och evidensbaserad medicin och de olika värderingar de är förknippade med.

Vid Centrum för Personcentrerad Vård (GPCC), Göteborgs universitet, har man tagit fram en specifik modell för personcentrerad vård. För att säkerställa denna modell i praktiken förespråkar centret tre rutiner. Den första rutinen handlar om patientens egen berättelse. Utifrån denna berättelse ska vårdgivare och patient skapa ett partnerskap, som är den andra rutinen. Den tredje rutinen handlar om dokumentation. Både



berättelse och partnerskap ska kontinuerligt dokumenteras i en vårdplan.

Denna operationalisering ger upphov till en intressant spänning. För trots att centret är emot standardiserad vård så föreslår de en sorts icke-standardiserad paketslösning, en sorts färdigpaketerad modell av personcentrerad vård med riktlinjer för hur personcentrerad vård bör göras.

Syftet med min avhandling var att bidra till en bättre förståelse kring de spänningar som kan uppstå när dessa olika perspektiv kombineras. Vilka utmaningar uppkommer när man standardiserar att varje patient ska ses som en person? Hur förändrar en standardiserad modell av personcentrerad vård klinisk praktik? Hur hanterar hälso- och sjukvårdspersonalen de nya krav som ställs på dem i och med denna standardiserade modell?

Jag har intervjuat vårdpersonal på fyra sjukhusavdelningar i Göteborg där man har infört modellen. På en femte avdelning har jag följt läkare, sjuksköterskor och undersköterskor för att observera hur de arbetar med personcentrerad vård. Jag har intervjuat forskare vid GPCC som varit iblandade i en rad olika forskningsprojekt där man introducerat, utvärderat eller på annat sätt arbetat med den specifika modellen för personcentrerad vård. Avslutningsvis har jag studerat olika former av skriftligt material som forskningsprotokoll, bedömningsprotokoll, riktlinjer och vetenskapliga artiklar.

Olika patientklientel ger olika utmaningar

En utmaning när man standardiserar att varje patient ska ses som en person är att man riskerar att ersätta de problematiska antagandena i den traditionella biomedicinen med andra, lika problematiska, antaganden. Personcentrerad vård enligt den Göteborgska modellen förutsätter patienter som är både kapabla att resonera och uttrycka sig verbalt och som kan och vill samarbeta med vårdpersonal. Tillsammans med kollegor har jag studerat forskningsprojekt där patientklientelet utmanar dessa antaganden som finns om patienten.

I ett av projekten försöker man införa personcentrerad vård för personer med kommunikationshinder. Här sätts antagandet om personens förmåga att verbalt kommunicera sitt narrativa på spel. Vi visar hur forskarna behövt anpassa och bredda vad ett patientnarrativ är och hur detta bör tas upp. Istället för att se narrativet som patientens unika vittnesmål ser man patientberättelsen som något som skapas i samspelet mellan patient, vårdgivare, anhöriga och symboliska och materiella hjälpmedel.

En annan utmaning handlar om spänningen mellan personen som en unik individ och personen som en del av en större grupp. Detta blev tydligt när vi analyserade ett forskningsprojekt där man i grupp jobbar hälsofrämjande med personcentrerad vård för äldre personer födda utomlands. Här har man behövt bredda definitionen av vad en person är, från att definieras som en del av relationen patient-vårdgivare till att definieras som en del av ett större socialt sammanhang.

Våra slutsatser är att den standardiserade modellen för personcentrerad vård utvecklades i ett speciellt vårdssammanhang och att den därför innehåller en rad antaganden som återspeglar detta sammanhang [2]. Därför blir det problematiskt att reflekterat införa denna modell i andra typer av vårdssammanhang med andra typer av förutsättningar och patienter med andra former av problem.



Illustration: Annika Andén

Svårt att skapa evidens för personcentrerad vård

I en av studierna analyserar jag ett forskningsprojekt i form av en randomiserad kontrollerad studie i vilken man undersöker om införandet av personcentrerad vård hos patienter som vårdas för akut kranskärslsjukdom ökar patienternas tilltro till deras egen förmåga och fysiska aktivitet samt minskar deras sjukfrånvaro och dödlighet.

Att skapa evidens för och utvärdera resultatet av personcentrerad vård visade sig inte vara utan problem och utmaningar. Ett av problemen är att forskarna hade svårt att veta exakt vad det var i den randomiserade kontrollerade studien som gav effekt. Fastän studien var designad som en riktigt randomiserad studie med en kontrollgrupp och en grupp som fick interventionen (i detta fall personcentrerad vård) så visade det sig vara svårt att urskilja exakt vad det var i den personcentrerade vården som gav effekt. Man visste inte om man fick effekt för att man strukturerat vårdvägen, om det var för att patienten känner sig sedd eller om det var för att personalen trivs med arbetssättet.

Som ett alternativ till randomiserade kontrollerade studier menar jag att andra typer av metoder för att producera evidens för personcentrerad vård vore lämpligt. Ett alternativ vore kvalitativa observationsstudier om hur personcentrerad vård fungerar i praktiken och vilka effekter det för med sig.

Blanketten ökar och minskar variationen i vården

För att förenkla och säkerställa införandet av modellen för personcentrerad vård har GPCC utvecklat olika former av standardiseringsverktyg. Ett sådant verktyg är en bedömningsblankett som används vid inskrivningsintervjuer med patienten. Denna blankett bidrar paradoxalt nog till att både öka och minska variationen i vården. Å ena sidan bidrar blanketten till att patientens unika perspektiv tas i beaktande, men å andra sidan är tanken att alla patienter skall ges *samma* fokus – det finns en tanke om jämlik och samtidigt unik vård. Blanketten

ombesörjer både styrningskrav och ett fokus på patienten. Blanketten innebär att inskrivningsintervjun förändras då det övergripande temat för intervjun och de frågor som ställs skiljer sig från 'vanlig vård'.

Modellen förändrar även vårdgivarens dokumentationspraktik då man förväntas dokumentera patientberättelsen, de beslut som fattats och partnerskapet på ett sätt som är begripligt för patienten. Att skriva med patientens egna ord uppfattades av några i min studie som något nytt och svårt som de inte fått träning i.

"Min studie visar att personcentrerad vård är avhängigt osynligt och sällan uppskattat arbete."

I och med modellen och dess verktyg förvandlas personcentrerad vård från något abstrakt till en uppsättning instruktioner som ska följas. Detta leder å ena sidan till att personcentrerad vård synliggörs vilket kan innebära en lättare spridning av arbetssättet. Å andra sidan kan det innebära ökad kontroll av vårdpersonalens personcentrerade arbete. Det finns en risk att aktiviteter och uppgifter som inte är inkluderade i instruktionerna osynliggörs.

Utvecklingsarbete bör ske närmare praktiken

Min avhandling visar att för att den standardiserade modellen ska fungera och för att hantera alla spänningar som uppstår krävs mycket arbete av vårdpersonalen. Det kan handla om att hantera konflikter mellan olika värderingar, att göra kreativa anpassningar av modellens verktyg eller att koordinera olika typer av information och uppgifter. Vid andra tillfällen handlar det om att anpassa bedömningsblanketten genom att till exempel skriva i marginalen för att skapa mer plats till patientens perspektiv och berättelse.

Den visar också att personcentrerad vård är avhängigt osynligt och sällan uppskattat arbete. En bidragande orsak är att den modell för personcentrerad vård som jag har undersökt har utvecklats för långt ifrån praktiken. En lösning skulle kunna vara att utveckla arbetssätt som utgår mer från de sammanhang där de senare ska tillämpas. På detta sätt skulle modellerna komma inifrån praktikerna snarare än att åläggas dem utifrån.

Genom att utgå från etnografiska studier av olika former av vårdpraktiker där forskaren först undersöker och observerar verksamheten och sedan i samråd med personalen på ett lekfullt sätt kan utveckla och testa olika arbetssätt anser jag att man skulle kunna kringgå flera av de problem som nu uppstår.



Doris Lydahl
Fil. dr. i sociologi
Institutionen för sociologi och
arbetsvetenskap, Göteborgs Universitet
doris.lydahl@gu.se

Jäv saknas.

Referenser

1. Lydahl D. Same and different? perspectives on the introduction of person-centred care as standard healthcare. Gothenburg: Diss. (sammanfattning) Göteborg: Göteborgs universitet, 2017; 2017.
2. Naldemirci Ö, Lydahl D, Britten N, Elam M, Moore L, Wolf A. Tenacious assumptions of person-centred care? Exploring tensions and variations in practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 2016;1363459316677627.



Offerdals hälsocentral får jämlikhetspris

PRESTOPP!

Stiftelsen Jämlikhetsfonden ger Årets jämlikhetspris på 100 000 kr till medborgarkooperativet Hälsorum Offerdal Jämtland.

Motivering: "Medborgarkooperativet Offerdals hälsocentral visar hur landsbygden kan gå före på vägen mot en demokratisering av vårt samhälle. Hela bygden äger och styr verksamheten som drivs utan vinstintresse och utmärks av hög tillgänglighet och kvalitet."

Offerdals hälsocentral drivs som ett kooperativ sedan starten 1992. Hösten 2010 var hälsocentralen nedläggningshotad. Den omformades till ett medborgarkooperativ och ägs nu av Offerdalsbygdens befolkning.

Annons

Sjukstugan som försvann

Sjukstugan i Småland försvann utan debatt. Ingen tycks sakna den, vare sig personal, patienter eller politiker. Patienterna finns kvar, men är numera på akuten. Detta är alldeles för dyrt, så ekonomerna skapar ständigt nya ekonomiska styrmedel för att lösa problemet.

Under nästan 25 år fram till 1997 jobbade jag på en sjukstuga i Småland. En sjukstuga skulle ha både kirurgisk och medicinsk avdelning, röntgen och laboratorium. Sjukstugan var en budgetversion av ett sjukhus, populär hos närboende, men med tiden allt mindre intressanta för beslutsfattare.

Som mest fanns det 80 sjukstugor i landet. När jag började på min sjukstuga fanns fortfarande fyra kvar i Småland. Nu kämpar de sista för sin existens i Norrland.

På sjukstugan kunde doktorn göra allt han ville om bara patienterna nöjde sig med de lokala resurserna. Min företrädare hade haft två operationsdagar i veckan och opererat allt som gick att göra i lokalanestesi eller i eterrus. Själv nöjde jag mig med småoperationer och tillförde i stället lite invärtesmedicinska kunskaper. Att utreda hjärtan med arbetsprov eller göra sternalpunktat för att ta reda på orsaken till blodbristen var enkelt gjort med de resurser som fanns. Att tappa bukar och lungor på vätska eller tömma abscesser var inte heller något problem när det fanns en akutavdelning att lägga in patienterna på om det skulle krångla.

Inläggningsplatserna, för varje sjukstuga måste ha sådana, fungerade som en buffert för både sjukhusen och kommunens ålderdomshem. Var någon patient klinikfärdig kunde hen alltid tas hem till akutavdelningen. Blev någon för dålig på ålderdomshemmet fanns nästan alltid en ledig avlastningsplats på vägen till långvården.

En jourcentral var kopplad till sjukstugan. Upptagningsområdet var 40 000 innevanare som mest. Svårt sjuka patienter fick skickas vidare till passande sjukhusspecialitet medan alla andra kunde färdigbehandlas på sjukstugan. Armbrott och benbrott som inte krävde operation



Den gamla sjukstugan.

kunde röntgas, reponeras och gipsas inom en timme efter ankomst. Infektioner kunde skickas hem med antibiotika eller läggas in för intravenös behandling.

Primärvården i ropet

Det kunde knappast bli bättre att vara allmänmedicinare. Just dessa möjligheter att behandla hela patienten var verkligen

Hämtat från hemsidan www.isaberg.nu

Per eller Pelle Malm som jag oftast kallar mig är en pensionerad doktor från landet som hela livet ägnat sig åt att skriva mer eller mindre sanningsenliga historier.

Under många år skrev jag berättelser om mina patienter, berättelser som kallas journalanteckningar. Jag fick genom åren ta del av fantastiska livsöden, ibland tragiska, ibland komiska men nästan aldrig tråkiga. Som alla historier som återberättas färgas texten av såväl berättaren som författaren.

Under många år utbildade jag yngre läkare och upptäckte att boklig bildning är nog så viktig men ett gott omdöme ännu bättre.

Min första bok "Mina patientfall eller berättelser från en sjukstuga" var ett försök att förmedla klokskap och gott omdöme till inte bara unga läkare, utan även till alla nya och gamla patienter.

Min senaste bok "Doktor utan skyddsnet – en resa i tid och rum genom sjukvården" är en självbiografi men samtidigt ett försök att skildra sjukvårdens och doktors utveckling långt från universitetskliniker och storstäder. Denna bok är i första hand avsedd att roa, men även stämma till eftertanke.





Personalen utanför den gamla sjukstugan.

i ropet på 80-talet. På de kurser och möten jag hann med talade alla lyriskt om allmänmedicinens framtid. Politikerna lovade mer resurser och sjukhusen skickade i allt större utsträckning ut sina multisyka patienter till primärvården.

Lokalt hade en närboende landstingspolitiker utverkat pengar till sjukstugans utveckling. En stor byggnad med plats för psykiatri, gynekologi MVC, barnspecia-

lister för att inte tala om sjukgymnaster och arbetsterapeuter inte bara planerades utan även byggdes. Framtiden kunde inte se ljusare ut.

En liten bagatell i sammanhanget var att få läkare var beredda att arbeta under de förutsättningarna man talade så vackert om. Verksamheten fick oftast drivas med vikarier. Att lägga in avlastningspatienter på akutavdelningen var lätt, att



Sjukstugans storhetstid med många byggnader.

färdigbehandla och skriva ut var svårare. Jourcentralens panorama av sjukdomar var brett, att hantera allt från akut psykiatri över kirurgi till hjärtinfarkter eller att följa med ambulansen ut på trafikolyckor drog sig många för. Akutläkarbegreppet fanns inte, men det var just den doktorn som i bästa fall jobbade på jourcentralen.

Tiderna ändrades. Inte bara doktorerna svek, ekonomerna började bli de verkliga makthavarna i sjukvårdens korridorer.

Ädelreformen första dödsstöten

Ädelreformen 1992 var ekonomernas första stora seger. Genom att överföra patienter och personal från landstingens sjukvård till kommunernas socialtjänst skulle inte bara landstingens problem med överbelagda långvårdsavdelningar lösas utan även ekonomin räddas.

Sjukstugan tappade inte bara sina långvårdsavdelningar utan även sin akutavdelning. Utan akutavdelning hade knappast heller jourcentralen något berättigande och kunde nog läggas ned. Särskilt många patienter skickades ju inte vidare till sjukhuset så den extra belastningen skulle knappast kosta vare sig resurser eller pengar för sjukhuset.

"Just dessa möjligheter att behandla hela patienten var verkligen i ropet på 80-talet."

Ekonomerna såg genast en möjlighet att spara pengar. Snart var inte bara akutavdelningen nedlagd utan även jourcentralen.

Men alla pengar som den lokala landstingspolitikern skaffat till sjukstugan och den stora byggnaden som byggdes för alla specialister – hur gick det med detta?

Inte heller specialisterna ville jobba på landet om de inte måste. Tjänsterna fanns men kunde inte besättas. Sjukhuset lånade tjänsterna och lovade konsulttjänster i stället. Detta passade ekonomerna väl, man kunde samtidigt spara och expandera på sjukhuset. Konsulterna kom ut en tid, men att resa till jobbet kan vara tråkigt även om man gör det på arbetstid, så snart upphörde även detta.

Byggnaderna stod förstås kvar. När landstinget bolagiserade sitt fastighets-

innehav blev hyrorna så dyra att det som återstod av sjukstugan inte längre hade råd att hyra mer än mindre del av lokalerna.

"Ekonomerna är glada, för även om inga pengar sparades kan man skapa nya ekonomiska styrmedel för att styra tillbaka patienterna från sjukhuset till primärvården."

Vårdvalet slutgiltiga dödsstöten

När vårdvalet infördes försvann de sista resterna av sjukstugan som nu är en vårdcentral som alla andra. Röntgen är nedlagd. Inga patienter färdigbehandlas utan remitteras till närmaste sjukhus så fort det går, men kommer tillbaka lika fort som medicinskt färdigbehandlade med en knippe nya diagnoser och nya mediciner.

Även om patienterna och sjukstugan blev de stora förlorarna så sparade väl ekonomerna de pengar som sjukhusen så väl behövde? Nej, riktigt så enkelt blev det inte. Sjukstugans gamla patienter åkte i stället direkt till sjukhusets akutavdel-



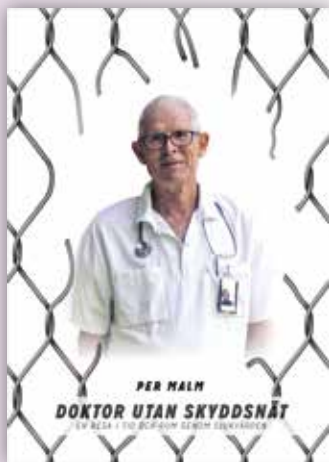
Sjukstugan, dvs. övervåningen med vårdplatser, rivs. Läkarstationen, dvs. undervåningen, byggs om till vårdcenter.

ning där de fick träffa specialister i den specialitet som sköterskan sorterade dem till. Specialisten visade sig nästan alltid vara en läkare under utbildning, ofta en AT-läkare som inte på egen hand kunde ta beslut. Efter några rejäla röntgenundersökningar eller kanske till och med en akut MR lades oftast patienten in för att först några dagar senare skickas hem.

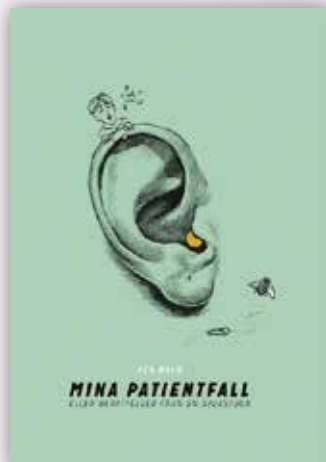
Då ska vi inte tala om de gamla multistjuka som sköttes på sjukstugan av sjukstugedoktorn med fokus inte bara på att bota det som inte längre går att bota, utan även lindra och trösta. För dessa finns inte längre någon doktor som kommer till en på natten. När ångesten kommer är ambulansen till akuten enda lösningen. Från akuten går resan alltid till en överbelagd avdelning efter många timmars väntan.

Ja, så gick det för vår sjukstuga. Den försvann utan debatt. Ingen tycks sakna den, vare sig personal, patienter eller politiker.

Ekonomerna är glada, för även om inga pengar sparades kan man skapa nya ekonomiska styrmedel för att styra tillbaka patienterna från sjukhuset till primärvården. Detta är inte så enkelt, så kan landstingens egna ekonomer inte lösa problemet kan man alltid anlita ett svenskt eller amerikanskt konsultbolag.



Doktor utan skyddsnet.
Isaberg förlag 2017.
ISBN 978-91-7694-966-5



Mina patientfall
eller berättelser från en sjukstuga.
Isaberg förlag 2015.
ISBN 978-91-7694-951-1



Per Malm
Pensionerad distriktsläkare
Hestra
pellemalm@gmail.com

Visst var somligt bättre förr!

Administratörer och politiker hyser bristande tillit till vårdpersonalen och strävar därför efter ökad kontroll. Styrningssystem som onödiggör konsultationer med sjukvårdens professioner har skapats. Detta skapar i sin tur ökad administrativ börda och vantrivsel för sjukvårdspersonalen. Kanske måste tillit byggas upp innan någon större förbättring sker.

När dagens sjukvårdsproblem diskuteras upprepar politiker och administratörer nästan alltid att vi ”absolut inte kan gå tillbaka till det system vi hade på 60- och 70-talet eftersom det fungerade så dåligt”. Detta är för mig ett konstigt uttalande. Visserligen kan man i efterhand konstatera att vi då hade ett system med en del nackdelar. Men nu har vi fått ett system med mycket större problem. Huvudaktörerna i vården, personalen, har liten kontroll över sitt arbete och i stället ligger större delen av makten hos politiker, administratörer och ekonomer.

I en analys [1] på basis av läkarnas arbetsmiljöenkät 2010 med 1534 deltagare gjorde vi en multivariat analys av faktorer som oberoende av varandra hade betydelse för felanmälning av läkaren. Vissa resultat var förväntade, som t.ex. att kvinnliga läkare löper mindre risk att bli anmälda än manliga, att forskarutbildning minskar risken och att täta omorganisationer ökar risken. Av särskilt intresse var att ju mindre seniora läkare tilläts att påverka verksamhetens planering på en enhet, desto mer ökade risken för läkarna att bli anmälda. Ju mindre vårdgarantin tilläts styra prioriteringarna, desto mindre var risken för felanmälan. Min egen tolkning av dessa resultat är att enheter som inte står upp för att det medicinska tänkandet skall ha den högsta prioritetet råkar ut för fler felanmälningar än andra.

"Av särskilt intresse var att ju mindre seniora läkare tilläts att påverka verksamhetens planering på en enhet, desto mer ökade risken för läkarna att bli anmälda."

När man i slutet av 1960-talet gjorde direkta samhällsekonomiska jämförelser mellan det amerikanska privatiserade systemet och det svenska offentliga visade det sig att vi hade ett system som var mer rättvist för medborgarna än det i USA [2]. Dessutom kostade vårt system medborgarna betydligt mindre (per medborgare) än det amerikanska gjorde för sina medborgare. Vi hade redan då mycket höga kvalitetsskattningar av vården.

Skillnaden har ökat och det beror huvudsakligen på att kostnaderna för sjukvården skenar i USA. Enligt statistik från

OECD:s statistikdatabas spenderar världens i-länder i genomsnitt 9,5 procent av sin BNP på sjukvård. Sverige ligger på 9 procent sedan 1980-talet. USA spenderade 17,6 procent av landets BNP på sjukvård.

Vi har tagit efter vissa delar av det sjukvårdsadministrativa tänkandet i USA men har ändå en mer rättvis och billigare sjukvård. En grundläggande skillnad är att sjukvården i USA är styrd av ett system av komplicerade försäkringar.

Båda systemen New Public Management (NPM) och Värdebaserad Vård baseras på ett tänkande som sätter effektivisering och ekonomiska överväganden i främsta rummet. Medicinska överväganden blir i flera avseenden sekundära även om det medicinska perspektivet är uppgraderat i den värdebaserade vården jämfört med i NPM.

Arbetsmiljön försämras

Att ekonomismen tagit struvtag på sjukvården syns i hur arbetsmiljön upplevs bland läkarna i läkarenkäten 2010. När en jämförelse görs mellan svarsmönstren 1994 och 2010 [3] ser man att endast 18 % av de deltagande läkarna 2010 tyckte att de oftast hade tillräckligt inflytande på beslut som gällde den avdelning där de arbetade. Motsvarande siffra år 1994 var 28 %. Detta kan kombineras med att år 2010 10 % av deltagarna upplevde att de oftast hade så många arbetsuppgifter att det invercade negativt på möjligheten att arbeta effektivt. Motsvarande siffra år 1994 var 6 %.

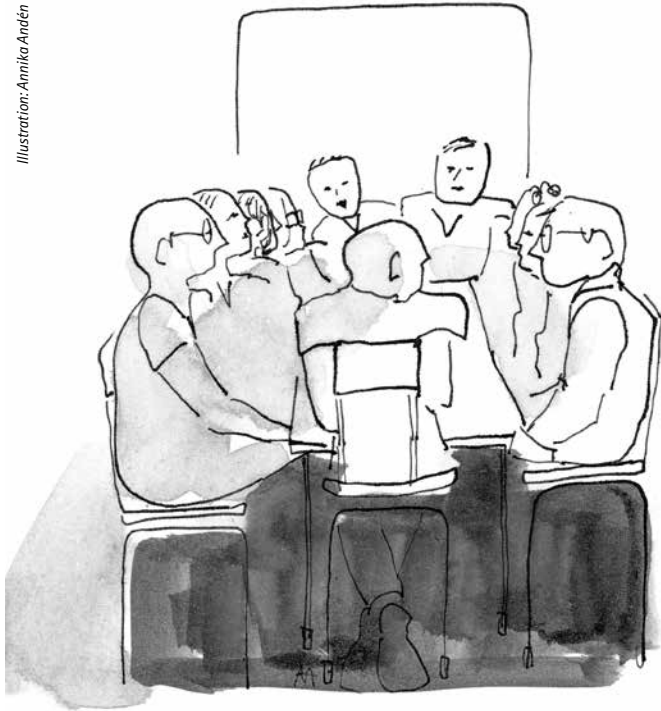
I ett annat arbete baserat på läkarenkäten [4] lät man deltagarna definiera ett antal arbetsuppgifter som onödiga (dvs. ingen skulle behöva utföra dem) och ytterligare ett antal arbetsuppgifter som oskäliga (dvs. uppgifter som borde utföras av andra än läkarna). Av dessa skapade man varsitt index, som analyserades i relation till symptom på känslomässig utmattning (ungefär ”utbrändhetssymptom”) som mättes med hjälp av ett standardiserat frågeformulär. Hög nivå av onödiga arbetsuppgifter hade starkt samband (relativ risk 2,64 med 95 % konfidensintervall 1,96-3,55) och hög nivå av oskäliga arbetsuppgifter ännu starkare samband med det självrapporterade utmattningstillståndet (relativ risk 5,24, 3,61-7,62).

Det var annorlunda förr

Jag minns hur chockerande det var att i början av 70-talet delta i ronder i Texas när man diskuterade om patienterna skulle ha råd med olika labprover eller ej. I Sverige var det acceptabelt att det var halvfyllt i sängarna på vårdavdelningarna under perioder. Man kunde klara toppbelastningen eftersom reservkapacitet fanns. Överläggningar var inte så omfattande som idag och inte ett permanent problem.

Det gamla systemet med läkarstyre var inte optimalt för att hantera kostnadsutvecklingen. Men att gå därifrån till att ”inte alls” lyssna på vårdpersonalen är ännu sämre.

En fri tolkning av förloppet är att det hos en del politiker fanns ett missnöje med att det var svårt att styra sjukvården. Vi läkare hade mycket stor makt och ekonomerna rådde inte på oss. Det fanns inga forskningsetiska kommittéer och vi kunde



experimentera med olika behandlingar lite som vi ville. Vi avgjorde i stor utsträckning vilka prioriteringar som skulle göras när politikerna skulle betala.

På universitetskliniken kunde vi ha patienter med oklara sjukdomstillstånd inlagda i flera veckor medan vi kliade oss i huvudet och ordinerade den ena undersökningen efter den andra. Självklart fanns det ekonomiskt lättsinne i detta. Fördelarna var att man lärde känna patienterna och deras anhöriga bättre vilket kunde öka sannolikheten för en riktig diagnos.

"Självfallet måste man utöva budgetkontroll, men pendeln har svängt alldeles för långt från professionerna."

Det var omöjligt för ekonomer, politiker och administratörer att behärska det medicinska sakinnehållet. Det gällde att hitta något system med vars hjälp de skulle kunna styra läkarna och därmed sjukvården. Man satte prislappar på olika typer av vård – DRG (Diagnosis Related Groups). Med hjälp av dessa skulle man kunna styra sjukvården även om man inte kände till innehållet i de olika behandlingarna.

Sedan har man successivt infört mer och mer kontroll i systemet. Resultatet har blivit att oskäliga och onödiga arbetsuppgifter stjälar mer och mer av den tid personalen vill ägna åt de medicinska och vårdmässiga frågorna. Man kan se det som en process i vilken ekonomer och politiker lyckas ta makten över vården trots att de inte behärskar innehållet.

Vi hade i Sverige byggt upp en välfärdsstatistik som höll hög kvalitet och som socialmedicinska och epidemiologiska forskare i hela världen såg upp till. På 80-talet inledde jag samarbete med flera socialepidemiologer som ville komma till Sverige just för att våra personnummer gav unika möjligheter.

I Folkhälsokommissionens utredning år 2000 var jämlikhet i hälsa ett prioriterat område. Det var det inte längre i den borgerliga folkhälsopolitiken under åren 2007-2015.

Undersökningen om Levnadsförhållanden (ULF) var ett viktigt underlag för politik och forskning från 1976 till 2006, när den i praktiken lades ner. Man kan inte längre på ett trovärdigt sätt följa utvecklingen för flera olika välfärdsindikatorer, t.ex. hälsa. När ULF var som mest omfattande och ambitiös hade man intervjuare anställda som bodde i samma regioner som intervjupersonerna. Så småningom övergick man av ekonomiska skäl till telefonintervjuer. Kvaliteten på data sänktes, vilket bidrog till ökande misstro mot befolkningsundersökningarna vilket i sin tur resulterade i sjunkande deltagarfrekvenser.

Bristande tillit till professionerna

Administratörer och politiker har i offentliga föreskrifter och cirkulär dokumenterat en bristande tillit till vårdpersonalen. Denna utveckling har kunnat följas av statsvetenskapliga undersökningar [5]. Om de som bestämmer saknar tillit till professionerna i verksamheten måste man givetvis öka kontrollen över dessa. Kanske är det från detta misstroende man borde börja reparationsarbetet?

Visst är det skönt för politiker, administratörer och ekonomer att man lyckats skapa styrningssystem som onödiggör konsultationer med professionerna i sjukvården! Skämt åsido, självfallet måste man utöva budgetkontroll, men pendeln har svängt alldeles för långt från professionerna.

Töres Theorell

Professor emeritus, Karolinska Institutet
 Vetenskaplig rådgivare,
 Stressforskningsinstitutet,
 Stockholms universitet
 tores.theorell@su.se



Referenser

1. Theorell, T. och Bejerot, E. Omorganisationer i vården ger högre risk för felanmälan. *Läkartidningen*, 108(48):2501-2504
2. Andersen R, Smedby B, Anderson OW (1970) Medical care use in Sweden and the United States A comparative analysis of systems and behavior. University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Vol 27 <https://books.google.se/books?id=vcG2AAAAIAAJ>
3. Bejerot E, Aronsson G, Hasselbladh H, Bejerot S. Läkarkåren en profession med allt mindre stöd och inflytande. *Läkartidningen*. 2011 Dec 14-20;108(50):2652-6
4. Aronsson GI, Bejerot E, Härenstam A. Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare. *Läkartidningen* 2012 Nov 28-Dec 4;109(48):2216-9
5. Ahlbäck Öberg, S., Widmalm, S. (2012). "Professionalism nedvärderas i den marknadsstyrda staten". *Dagens Nyheter Stockholm*: AB Dagens Nyheter



SFAM:s seminarium. Moderatörer var Ulrika Elmroth och Gösta Eliasson.

Almedalsveckan som f.d. Visbybo, allmänläkare och tjänsteperson

På Almedalsveckan 2016 eftersöktes en magisk ”quick-fix” på världens problem. Detta år fanns insikten om att sådana inte finns och att stora förändringar och långsiktiga lösningar krävs istället. Äntligen! Bättre ledarskap, mer samverkan och patientens delaktighet i vården ska tillsammans med digitalisering rusta oss för framtiden.

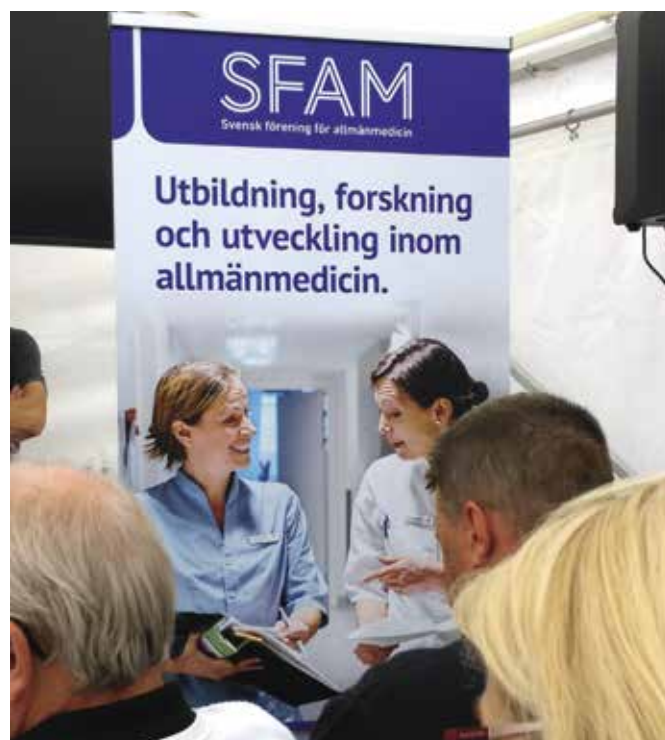
Så här på höstkanten kan det vara lite nostalgiskt att gå tillbaka till sommaren och intrycken från en av landets vackraste städer (Visby) som invaderas varje sommar av alla som vill mingla med politiker. En blandning av ungdomsminnen och trendspaning, gamla välkända ruiner och nya banderoller samt en och annan politiker i folkvimlet som raskt skyndar mellan framträdanden. Jag slapp åtminstone gå vilse, har inte glömt genvägarna för att undvika Hästbacken, men Almedalsappen behövdes ändå för att hitta presentationerna.

Roligaste inslaget: Science slam – nya forskningsrön i kortformat. En tävling i presentationsteknik för unga forskare från Skåne. Vinnande presentationen handlade om arbete med ESS, European Spallation Source, dvs. europeiska ”slå-bort-neutroner-från-metall-källan”.

”Cirkulär ekonomi” hördes i flera seminarier och betyder tydligen att tänka miljövänligt på hela kretsloppet för en produkt och få ut ekonomisk vinst i varje led. Hållbarhet och miljötänkande var ett huvudspår, ledarskap ett annat och oro över situationen i USA ett tredje.

Utredaren för ”Samordnad utveckling för god och nära vård”, Anna Nergårdh, var flitigt anlitad och sa att hennes uppgift innebar att samverka med alla. Där var stor samsyn om att

vården har problem och att digitalisering är viktigaste lösningsverktyget. Den ska klara att hantera den kommande demografiska förändringen på ännu inte helt klart sätt. Tyvärr ganska tråkiga debatter när alla är överens! Alla verkade också överens



om att vi har en brist på allmänläkare. Inga röster hördes om att allmänläkare inte skulle behövas i framtiden, positivt för oss. Tips från ett växande läkemedelsföretag: Gå från ”patienten i fokus” till ”vad är i fokus för patienten?”

Men få lösningar, ingen förutom radikala grupperingar hade några konkreta förslag. Samarbete eller samverkan var annars veckans mest upprepade ord.

Ett av de bästa citaten kom från en paneldebatt om situationen i USA: ”Evidensbaserad politik borde vara lika självklart som evidensbaserad ekonomi.” Några som istället fick mig att haka till var ”Vi behöver bryta stuprören inom industrin!” och ”Tekniken styr över politiken medan politiken styr över ekonomin”. De mest framgångsrika företagen idag har väl inga stuprör, finns tankesättet kvar även utanför vårdsektorn? När det gäller teknik, ekonomi och politisk styrning verkar man ofta tro att teknik ska kunna ersätta en varm hand och ett lyssnande öra, så idén att tekniken styr politiken kan jag ändå förstå. Men hur stor del av ekonomin styrs egentligen av politikernas beslut? Torka, dåliga skördar och oväder spelar också roll, liksom kultur, twitter och samhällsklimatet, kanske mer än själva innehållet i politiska besluten.

Där saknas inte bara kompetens inom vården. Kompetenta IT-kunniga har också blivit en bristvara. Nya EU-direktivet

General Data Protection Regulation (GDPR) hjälper inte utan suger upp den mesta kompetensen.

Några av de stora investerarna berättade att de varit avvakande till att satsa på digital hälsa. De är ännu osäkra på hur man väljer vinnarna på denna något annorlunda marknad. Landstingen har varit svåra att få kontakt med och inte förrän nyligen har patienterna varit intressant målgrupp. De tror att de viktiga och bra lösningarna måste hjälpa till med effektiviseringar inom vården. Exempelvis robotassisterade insatser i omvårdnaden eller stöd att bevaka ny forskning för läkarna. Viktigt är att förstå vilket problem man försöker lösa, men kanske kan techbolagen lära sig vården snabbare än vårdpersonalen lär sig tech.



Petra Widerkrantz
Medicinsk rådgivare
Hälsa -och sjukvårdsavdelningen,
Region Skåne
widerkrantz@gmail.com

Annons

Christer Andersson, årets allmänläkarvän, hallå!

Jag känner inte Christer närmare, har beundrat spanat på honom i smyg under senare år. Först som vaken i tanken på institutionen för allmänmedicin (näja, egentligen är det en avdelning under Göteborgs Universitet, under Sahlgrenska akademin, under Institutionen för medicin och under Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa) en kortare tid, senare som djärv privatentreprenör när vårdvalet drog igång. Då med initial hjälp av Nöt kärnan.

Djärv? Jo, den vårdcentral han drog igång, tillsammans med några kollegor, ligger i det mest vårdtunga området i Göteborg – i det invandrantäta Bergsjön. Vårdtungt på grund av många olika kulturer och språk, med andra sätt att betrakta sjukdom och med andra förväntningar på sjukvården.

På väg till kvällsjobb på "gömda flyktingmottagningen" i Bergsjön har jag någon gång stannat till och pratat med Christer, då i de lite trånga lokaler som fanns. Sen har jag sett det fantastiska huset som vuxit upp ovanpå parkeringsplatsen, ritat av arkitekterna Gert Wingård och Anders Olausson. Förra året stod det klart att vårdcentralen vunnit kategorin bästa vårdbyggnad i World Architecture Festival 2016 i Berlin. Mäktigt! Mer kan du läsa på bloggen <http://blogg.bergsjonvardcentral.se>

Den 7 april utsågs han av Svenska Distriktsläkarförningens fullmäktigemöte till årets allmänläkarvän. Valförtjänt, enligt min mening.

Jag ringer och frågar hur det känns.

Hej Christer! Grattis, hur känns det att vara årets allmänläkarvän?

– Hej Bertil! Jo tack, det känns som en stor ära att få en sådan utmärkelse och jag vill se det som en belöning till vårt kollektiva slit i Bergsjön under 7½ år.

Varför blev du allmänläkare?

– Egentligen flera saker som drev mig. Jag hade tänkt bli narkosläkare och började arbeta på NÄL som underläkare. Roligt, spännande men kände snart att något vik-

tigt fattades. Jag hade min AT i Norge i färskt minne och allmänmedicindelen gjorde jag i Finnmark där det var stor brist på läkare. Vi AT-läkare fick snabbt ta ett ansvar, för stort kan jag tycka nu. Men vi var riktiga läkare, för vi var de enda som fanns. Jag gillade generalistperspektivet, att ha en bredd i kunskaperna. Jag lockades av att få bestämma själv. Redan när jag började min ST i Stenungsund tänkte jag att jag ville starta och driva en vårdcentral tillsammans med några kollegor.

Vad driver dig som allmänläkarchef?

– Jag anser att vårdcentralchefer och klinikchefer skall vara läkare och kliniskt aktiva. Jag tror på ett ledarskap där man i handling visar hur vi tar hand om patienterna. Vårt enda existensberättigan-

de är att vi skall finnas för patienterna när de behöver oss. Jag brinner för att vara ett bra allmänmedicinskt exempel och då måste jag själv ta det yttersta ansvaret. Det betyder inte att jag gör alla chefsuppgifter själv. Jag har extremt god hjälp av Helena Brattgårdh-Spaak som är biträdande verksamhetschef och sjuksköterska (dessutom delägare). Hon sköter om hela personalen förutom läkare och psykologer.

Vad skulle du vilja säga till AT-läkare som står inför valet av ST-utbildning?

– Välj ST i allmänmedicin på en vårdcentral med allmänläkare som du kan ha som förebilder, som på riktigt lär dig arbetet. Jag hade Lennart Nord i Stenungsund som handledare och han var alltid till-



Christer Andersson, utsedd till årets allmänläkarvän.

gänglig för diskussion. Jag hade massor med patienter och frågade och diskuterade mycket. Då kommer kunskapen och det kliniska omdömet efter hand.

– Allmänläkare blir man på vårdcentralen, inte på sidotjänstgöringar eller på kurser. Självklart är det bra med vissa kurser och sidotjänstgöringar, men eftersom allmänmedicin är individorienterad snarare än diagnosorienterad så består inläringen till stor del av att lära sig ”mina” patienter.

Vilka förutsättningar behövs för att driva en vårdcentral framgångsrikt?

– Professionell autonomi från tjänstemän som vill lägga sig i hur vi arbetar. Att ha makten på armlängds avstånd, som vi har med privat drift och självägande. Ett kontrakt med uppdragsgivaren som ger stor frihet i hur-frågorna, dvs. hur vi skall utforma vården. Vi behöver ett robust ersättningssystem, kapitation föredragsvis. En frihet från klämfingrighet är också viktigt. Tillräckligt med pengar för att driva verksamheten på ett vettigt sätt. En enkel overhead-verksamhet av den typ vi har, där vi lägger extremt lite tid på ekonomi och andra frågor. Vi gör t.ex. ingen budget utan arbetar med löpande resultat månadsvis.

Hur mycket tid lägger du ner på ledningsarbetet? De andra i personalen?

– Jag arbetar kliniskt varje dag. Jag lägger 5-10 timmar per vecka på ledningsrelaterat arbete; rekrytering av läkare, utveckling av dem, löpande översyn av ekonomin. Ändå är jag den läkare som gör flest konsultationer, förra året blev det 5 000 konsultationer.

Vilka förändringar skulle du vilja se i VG region för att få fart på hela primärvården?

– VG-primärvård är bra, bästa vårdvals-systemet. Jag förvånas över att inte fler startar vårdcentraler. Mitt ideal är att vårdcentraler ägs och drivs av allmänläkare. Det är ju fritt fram! Tyvärr har vi rikspolitiken emot oss, nu när retoriken mot privat driven vård är väldigt högljudd. Repaluu's förslag är faktiskt ett vinstförbud när man granskar det närmare. Det gör ingen skillnad mellan läkarägda vårdcentraler och riskkapitalägda vårdcentraler, drar alla över en kam. Om hans förslag blev allvar skulle Bergsjön vårdcentral gå i konkurs på kort tid.



Bergsjöns vårdcentral.

Vad tror du att Närhälsan, den offentligt drivna primärvården, skulle behöva förändra för att bli lika bra som Bergsjöns vårdcentral?

– Om Närhälsan kunde fungera som en central support- och overheadorganisation och ge alla vårdcentraler frihet i hur de lade upp verksamheten, så finns en chans. Jag tycker inte att det finns behov av stora linjeorganisationer i primärvården, vare sig privat eller offentligt. Det är ingen "rocketscience" att driva vårdcentral, vi behöver läkare som tar ansvar över lång tid, lokaler och en viss hjälp med ekonomi och IT.

Jag har svårt att svälja storföretagens vinstmaximering och aktieutdelningar och vinstuttag, men ser inga problem med småföretagandet, allra helst där ägaren/ägarna själva är med i verksamheten. Vinst i vården, kan du kort reda ut problemet sett ifrån din synvinkel?

– Vinst i vården generellt är inte ett problem. Vore vi fler som ville starta, äga och driva läkarägda vårdcentraler över lång tid, så finns inget behov av stora riskkapitalägda verksamheter. 2009 fanns det 140 vårdcentraler i VG region och 205 efter vårdvalet med samma totalbudget.

– Frågan man bör ställa är vad vi gjorde tidigare istället för att oroa sig för vinster. 65 nya utbudspunkter inom ramen för samma totalbudget. Vinst som görs sker inom ramen för totalbudgeten och kan inte kallas för slöseri. Det finns gått om exempel på slöseri inom offentlig-driven verksamhet. Ta t.ex. en specialist-

verksamhet där man betalar en specialistläkare 80 000kr/månad för att träffa två patienter om dagen. Ett väldigt dåligt hushållande med skattepengar!

Hur ser en allmänläkares vardag ut när du är lika gammal som jag, om så där en 25-30 år, tror du?

– Förhoppningsvis har vi skapat ett nationellt system för allmänmedicin med många fler läkare i vår fina specialitet. Vi är då en allmänläkare per 1000 listade för att sköta helheten med hembesök etc. Så är det redan i Norge och fungerar det bra. Kanske tar det 25 år till innan Sverige kommer till insikt.

– Den tekniska utvecklingen vad gäller IT och medicinteknik kommer säkert att innebära en del, men grundproblemen och grundläggande frågor kommer att finnas kvar. Människor vill ha en erfaren och kompetent person att lyssna till och få hjälp av med kliniska medicinska bedömningar.

Tack för samtalet Christer, fortsatt i din pionjäranda och för allmänmedicinen vidare!



Bertil Hagström
Horred

hagstrom.bertil@gmail.com

Emma Spak blir SKL:s samordnare inför omställning till nära vård

Hon är ST-läkare i allmänmedicin, har forskat, disputerat och medverkat i flera medicinarspex men är mest känd som SYLF-ordförande, en post som hon nyligen lämnade för ett uppdrag som samordnare för nära vård på SKL. Där arbetar hon med den omställning som Anna Nergårdh fått i uppdrag att utreda.

Vilka är dina uppgifter på SKL?

– Jag ska fungera som SKL:s kontaktperson för Anna Nergårdhs statliga utredning och samordna SKL:s insatser för att stötta landstingens, regionernas och kommunernas omställning mot en nära vård. Uppdraget är brett, alltifrån översyn av legala frågor till digitalisering, patientinvolvering och kommunikationsfrågor.

Hur tänker du gå tillväga?

– Det är inget soloarbete. Jag kommer att arbeta tillsammans med personer inom och utom SKL som redan jobbar i den här riktningen, till exempel hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk, och stötta dem i utvecklingsarbetet mot en nära vård.

Är nära vård detsamma som primärvård?

– Nära vård är ett vidare begrepp än det vi traditionellt tänker på som primärvård. Hur nära vård ska definieras kommer fortsatt att diskuteras. Men primärvården är en stor och central del av den.

Varför tog du det här uppdraget?

– För att jag känner ett stort engagemang för utveckling av hälso- och sjukvården. Jag jobbar som ST-läkare i primärvården och har själv sett problemen med dagens organisation där kroniskt sjuka ofta hamnar på sjukhus i onödan samtidigt som många av oss som arbetar i primärvården mår dåligt. Jag vill vara med och utveckla en vård som ger patienterna ökad trygghet, självständighet och hälsa och jag vill bidra till att skapa ett engagemang för förändringsarbete hos mina kollegor.

Hur upplever du steget från fack till SKL?

– Den största förändringen innebär att gå från att vara förtroendevald till att vara tjänsteman och hjälpa beslutsfattare att driva frågor. Men det jag nu jobbar med på SKL ligger i linje med mina tidigare intressen och de frågor jag arbetat med inom Läkarförbundet. Läkarförbundet har ju länge verkat för att fler läkare ska leda och utveckla hälso- och sjukvården så jag ser mitt arbete på SKL som ett sätt att bidra till detta. Förhoppningsvis kan jag vara ett gott föredöme.

Vilka reaktioner har du mött?

– Jag har fått många glada tillrop från alla möjliga håll och jag känner ett gott stöd. Många läkarkollegor tycker det är bra att en kliniskt aktiv läkare fått uppdraget.

Hur ska omställningen till nära vård gå till?

– SKL har i sitt remissvar till Effektiv vård, Göran Stiernstedts slutbetänkande, tillstyrkt att vården ska flyttas närmare patienten. Den resan har redan börjat i flera landsting och regioner. Omställningen kommer att fortsätta genom stegvisa förändringar och det kommer att ta tid. Anna Nergårdh har skisserat en tidsplan på tio år – vilket jag tror kan vara rimligt.

"...det jag nu jobbar med på SKL ligger i linje med mina tidigare intressen och de frågor jag arbetat med inom Läkarförbundet."

Vad anser du vara mest kritiskt?

– Om nära vård ska bli den verkliga basen i sjukvården så måste den synliggöras, såväl i lagstiftning som i styrning och resurstilldelning – något som är helt avgörande. Det är också viktigt att utbildningen i de sjukvårdande yrkena utgår från detta synsätt. En tredje förutsättning är att skapa uthållighet i förändringsprocessen och involvera alla som ska verka i systemet, inte bara allmänläkare, utan alla som jobbar i sjukvården. Allt hänger ihop, och det behövs ett starkt ledarskap inom sjukvården och politiken för att åstadkomma förändring.

Vad innebär det för patienterna?

– Nära vård ska skapa större trygghet och självständighet. Ta till exempel hjärtsviktpatienter. De åker ofta in och ut på sjukhus. En patient med hjärtsvikt skulle mycket väl kunna monitorera sig själv i hemmet med stöd av ny teknik och en kontakt med hög kontinuitet i den nära vården. Försämringsperioder skulle då kunna fångas tidigt och åtgärdas utan sjukhusbesök genom proaktivitet, kontinuitet och samordning.

Kommer sjukhusspecialister att flytta ut från sjukhusen?

– Det kommer se olika ut inom olika specialiteter och i olika delar av landet. Gynekologi är en specialitet som sannolikt måste finnas på plats och vara en del av den nära vården. Men för andra specialiteter kan kompetensen förmedlas på distans. För hudspecialiteten kan kanske teledermatoskopi vara en lösning. Det handlar i första hand om att flytta kompetensen närmare, inte nödvändigtvis om att flytta personer.

Det finns en stark opinion bland allmänläkare för listning på fast läkare. Hur ser du på det?

– SKL har inte tagit ställning till reglering av listning på läkare.

Men att främja kontinuitet och relationer för att skapa bättre vård är mycket viktigt. Frågan kommer sannolikt att beröras i Anna Nergårdhs fortsatta arbete.

Vad tycker du själv om fast läkare?

– Jag vill ha möjlighet att bygga relationer över tid med de patienter jag möter. Många vårdcentraler har redan infört ett sådant arbetssätt och det finns inget som hindrar att man arbetar så idag, varken för landsting eller enskilda vårdcentraler.

Hur ser du på begreppet personcentrerad vård?

– Patient- eller personcentrering är grunden för primärvårdens arbete. Men det viktiga är inte metoderna, utan att vi skapar en kultur som placerar patienten i fokus. Det handlar inte bara om det individuella samtalet, utan också om hur man lägger upp arbetet runt mötet. Det handlar om ledarskap, om att arbeta strukturerat, och om att följa upp och diskutera olika arbetssätt. Hur garanterar vi att det som kommer upp under besöket är relevant, inte bara för doktorn, utan också för patienten? Har vi bråttom är det sådant vi glömmer, och om yngre kollegor ser oss arbeta under press kommer de att uppfatta det som normalt, även om vi själva ser det som ett undantag. På det sättet riskerar dåliga arbetssätt att överföras till nästa generation.

Hur säkrar man rekryteringen av allmänläkare?

– För att kunna rekrytera läkare till primärvården måste fler känna arbetsglädje. Jag vill följa förlopp och bygga relationer. Personligen tror jag att det kommer att bli mycket roligare att arbeta preventivt och proaktivt med kronikerna än att alltid behöva vara reaktiv. Det som skapar stress är att ligga snäppet efter hela tiden. Att få möjlighet att göra ett bra jobb är nyckeln till bättre arbetsmiljö. Kommer vi dit så kommer fler att hitta tjusningen i arbetet. Oavsett yrkeskategori.

"SFAM och DLF är väldigt viktiga opinionsbildare. Det viktigaste för alla intresseorganisationer är att vara aktiva."

Är vi för få allmänläkare i Sverige?

– Med dagens arbetssätt ja, men inför framtiden är det svårare att svara på den frågan. När Anna Nergårdh nästa år har formulerat ett förslag till nationellt primärvårdsuppdrag blir det lättare att diskutera. Hur många allmänläkare som behövs beror på vilka uppgifter allmänläkarna ska ha i framtiden.

Vad anser du om KRY och Min Doktor?

– Jag tycker det är bra att de har startat och driver den digitala utvecklingen. Det är också bra att ersättningsnivåerna för digital vård justerats till rimligare nivåer. Jag tror att det ibland behövs nya aktörer som skakar om och skapar en allmän diskussion om

möjligheterna med digitalisering. Och det finns uppenbarligen en stor efterfrågan så vi måste fråga oss hur den uppstår och hur vi möter den. Nu har vi chansen att plocka russin ur kakan och utveckla digitala arbetssätt inom den vanliga primärvården. ►►

Faktaruta

- Ålder:** 40 år
- Familj:** Make och två barn
- Bor i:** Mölndal
- Studier:** Började läsa medicin i Göteborg 1998. Disputerade i fysiologi 2004. Forskar-AT på Sahlgrenska, legitimerad 2012.
- Nuv. arbete:** ST-läkare i allmänmedicin på Närhälsan Eriksberg.
- Fackligt:** Fackligt aktiv sedan AT-tiden. 2009-2012 ledamot och 2012 – 2017 ordförande för SYLF. Ordförande för Läkarförbundets råd för läkemedel, IT och medicinteknik. Ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse fram till 2017. Ordförande i Göteborgs läkarförening.
- Intressen:** Fritiden ägnas åt familjen. Under studietiden har hon skrivit, regisserat och uppträtt i flera medicinarspex och är numera inspektor för Medicinska Spexarcopsen i Göteborg.



Men den medicinska kvaliteten av nättjänsterna är ju ifrågasatt?

– Ja, och därför behöver nättjänsterna precis som den reguljära vården följas upp och utvärderas. I en undersökning jag såg nyligen fann man att bara 36 procent av pneumonidiagnoserna inom ordinarie primärvård var korrekt ställda. Fel begås överallt. En förhoppning jag har är att vi ska börja utmana våra egna arbetsätt. Är diagnoskriterierna vi använder bra? Är auskultation och lungröntgen rätt metoder för att ställa diagnosen pneumoni, eller är ultraljud säkrare? Vi behöver bli mer lösningsinriktade och börja fundera på vad som kan och vad som inte kan göras digitalt.

Vilken roll har DLF och SFAM i omställningen mot nära vård?

– SFAM och DLF är väldigt viktiga opinionsbildare. Det viktigaste för alla intresseorganisationer är att vara aktiva, både på nationell och lokal nivå och bidra med egna synpunkter på utredningen och på de arbeten som pågår. Det gäller också att

inspirera de egna medlemmarna så att de blir engagerade i det lokala arbetet.

Det har pratats många gånger om utbyggnad av primärvården. Kommer det att hända något nu?

– Ja, jag känner mig väldigt hoppfull. Idag är de allra flesta överens om att omställningen mot en hälso- och sjukvård med primärvården som bas måste genomföras. Jag tror inte att ”fönstret” någonsin kommer att stå så vidöppet som det gör nu, så nu gäller det att alla, politiker, chefer, professioner och patienter bidrar med det som de kan göra för att driva igenom förändringen!



Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliaasson@sfam.se

Nytt från AllTrials

AllTrials är ett upprop startat 2013 för att alla kliniska läkemedelsprövningar ska registreras och att alla resultat publiceras. Idag har 90 000 individer och 734 organisationer undertecknat uppropet.



AllTrials har genomfört en undersökning av prövningsregistrering och rapportpolicy hos världens största läkemedelsföretag. Det är första gången någon systematiskt har undersökt och jämfört företagens regler för prövningars transparens. Resultaten har publicerats i BMJ.

- De flesta av de största företagen, dock inte alla, har någon form av offentlig policy för registrering och rapportering av aktuella prövningar.
- Endast omkring hälften av all företag som undersöktes hade policies för äldre prövningar.
- Policies inkluderar sällan prövningar på olicensierade behandlingar eller fas 4-prövningar. Det finns kryphål där tusentals prövningar kan slinka igenom.

Man fann också att företagens regler ofta är vaga, tvetydigt formulerade, motsägelsefulla eller svårtolkade.

AllTrials kan nu identifiera den stora massan av orapporterade prövningar och kommer under de kommande åren jaga efter dem. Man råder alla som sitter på opublicerade prövningar att snabbt få resultaten publicerade, innan AllTrials hittar dem.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

World Medical Association (WMA) om Trump och klimatet

”Vi vill meddela vår starka oro över president Trumps beslut att dra sig ur Parisöverenskommelsen. ... Detta är ett mycket tråkigt och oroväckande steg tillbaka, där människors välmåga, rättigheter och värdighet åsidosätts. Läkare bestrider utan reservationer detta beslut och kräver en omedelbar totalomvändning så att den fullständiga implementeringen av Parisöverenskommelsen prioriteras.”



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

AllmänMedicin
informerar

Ska AllmänMedicin gratulera?

Uppmärksamma dina kollegor på hemsidan och i tidningen! Skicka information samt foto i hög upplösning till: chefredaktor@sfam.se.



Tio + tio budord för allmänläkare

BMJ har publicerat två omgångar av budord för allmänläkare. Den första [1] handlar om patientcentrerad vård och har utvecklats ur kapitlet 'The new therapeutics. Ten commandments' i *The Good GP Training Guide* [2]. Den andra [3] handlar om att förebygga utmattning – ett stort problem inom brittisk allmänmedicin, mycket beroende på ersättningsystemen.

Eftersom de är lika tillämpliga för svensk allmänmedicin som för brittisk kommer här en icke auktoriserad översättning av budorden. Till varje budord hör, som det sig bör, en förklaring som dock fortfarande väntar på översättning.



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Referenser

1. Richard Lehman, Aaron M Tejani, James McCormack, Tom Perry and John S Yudkin. Ten Commandments for patient-centred treatment. *Br J Gen Pract* 2015; 65 (639): 532-533. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X687001>
2. John S Yudkin. The new therapeutics. Ten commandments. I *The Good GP Training Guide*. Matt Burkes and Alec Logan, eds. London: Royal College of General Practitioners, 2014.
3. Simon Tobin and Neal Maskrey. Ten Commandments for the resilient practitioner. *Br J Gen Pract* 2016; 66 (651): 528-529. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687385>



Tio budord för patientcentrerad vård

1. Du skall icke ha något annat syfte än att hjälpa patienter, i enlighet med de mål som de vill uppnå.
2. Du skall alltid söka kunskap om fördelar, biverkningar och kostnader med en behandling, och ständigt dela med dig av denna kunskap.
3. Du skall, om allt annat fallerar eller om det saknas evidens, vara lyckligt övertygad om att vaksam väntan är en lämplig handlingsplan.
4. Du skall hedra balanserade kunskapskällor, men du ska hålla dig ifrån dem som försöker bedra dig.
5. Du skall behandla i enlighet med risknivå och inte enligt riskfaktornivå.
6. Du skall icke buga dig för behandlingsmål som utformats av kommittéer, för de är bara avgudabilder.
7. Ära dina äldre patienter, för trots att de ofta löper högst risk kan de också ha störst risk för biverkningar av behandling.
8. Du skall avbryta varje behandling som inte är till klar nytta och regelbundet omvärdera behoven av alla behandlingar och undersökningar.
9. Du skall flitigt försöka hitta den bästa behandlingen för individen, eftersom olika behandlingar fungerar för olika människor.
10. Du skall sträva efter att använda så få läkemedel som möjligt.



Illustration: Annika Andén

Tio budord för praktikern med återhämtningsförmåga

1. Du skall sköta om dig själv lika väl som du sköter om dina patienter.
2. Du skall bibehålla perspektivet.
3. Du ska värdesätta din tid utanför arbetsplatsen.
4. Din roll är att stödja dina patienter i att fatta de just nu bästa möjliga besluten.
5. Du skall inte vara hård mot dig själv när du gör misstag, så länge du lär av dem.
6. Du skall vara nöjd med att somliga dagar vara tillräckligt bra.
7. Du skall sitta ner och prata med dina nära kollegor varje dag.
8. Du skall lära dig att säga "nej" ibland.
9. Du kan finna god hjälp av att utveckla dig inom ett specifikt medicinskt område.
10. Du skall icke ignorera tidiga tecken till utmattning.



Illustration: Katarina Liljequist

Utredaren Anna Nergårdh ska föreslå ett nationellt primärvårdsuppdrag

Det är inte första gången staten gör ett försök att ändra på den ojämna balansen mellan primärvård och sluten vård. Kommer det att lyckas denna gång? Det är utredaren, Anna Nergårdh, övertygad om, även om det kommer att krävas både tid och uthållighet. Vad döljer sig då bakom namnet Anna Nergårdh och hur ser hon själv på sitt uppdrag? AllmänMedicin har fått en intervju med henne.

Anna Nergårdh är uppvuxen i Stockholm och har alltid varit intresserad av organisation, styrning och ledning. Redan som tolvåring tog hon på sig att leda barngrupper. Men karriären har inte varit helt spikrak.

– Läkaryrket var inte det första jag funderade på. Jag trodde jag skulle bli journalist eller litteraturvetare och började läsa litteraturvetenskap. Då fick jag ägna hela dagar åt att studera världslitteraturen!

Parallellt med studierna arbetade hon inom barnomsorg och sjukvård och till sist blev det läkarprogrammet på KI, AT i Köping och ST på Södersjukhuset, där hon efter en tid utsågs till verksamhetschef vid hjärtkliniken. 2006 disputerade hon på patientupplevelser av förmaksflimmer. Karriären fortsatte med chefläkaruppdrag för SÖS och Stockholms läns landsting och sedan 2015 har hon varit biträdande landstingsdirektör. Arbetet i landstingsledningen har gett henne värdefulla kontaktytor till den nationella sjukvårdsarenan.

"Allmänläkarna utgör en för liten andel av läkarkåren. Det är jag helt övertygad om."

Funderade du mycket innan du tog utredningsuppdraget?

– Nej, uppdraget kändes oemotståndligt. För det är en fantastisk fördel att få göra detta efter att tidigare ha arbetat i så många olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

Att förändra hälso- och sjukvården är inget lätt uppdrag. Vad driver dig?

– Att kunna göra bra saker för andra människor. Det är det finaste man kan göra och det finns så mycket att värna om i vårt skattefinansierade system. Det är ett av skälen för mig att delta i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det är farligt om medborgarna inte känner sig tillfreds med sjukvården. Det minskar förtroendet för samhällsfunktionen, och påverkar viljan till ett solidariskt finansierat sjukvårdssystem, där den som har behov av vård ska få det, och den som har allra störst behov får gå först.

Vad säger du till dem som menar att delbetänkandet saknar skarpa förslag?

– Det finns en önskan om förändring på alla nivåer, men olika meningar om vad som är viktigast och vad som ska göras först. Jag vill hävda att förändringar i lagtext är att beteckna som skarpa förslag, och de är viktiga för att huvudmän och vårdgivare ska få en fungerande struktur att arbeta så att de kan påbörja mer verksamhetsnära förändringar. Det finns två sätt att bedriva förändringsarbete. Antingen försöker man bestämma centralt ifrån, eller så skapar man delaktighet i processen. Min erfarenhet är att i sjukvården måste man förankra och ta fram praktiska förslag tillsammans och verksamhetsnära. Våra förslag i betänkandet ska vara ett stöd för förändring av sjukvårdssystemet. Men hög delaktighet kräver tid och uthållighet, det ska man ha respekt för.

Hur får man uthållighet?

– Genom att få alla att förstå att förändringar måste få ta tid. Därför är målbilden och färdplanen på tio år så viktiga. Vissa saker går att göra på kort tid, men hela omställningen kommer ta tid. Kanske ligger den största utmaningen på politisk nivå.

Du ska föreslå ett nationellt uppdrag för primärvården. Hur kommer det att se ut?

– Det är en mycket viktig del av omställningen, och i utredningen kommer vi att fokusera på den punkten fram till nästa delbetänkande. Hur förslaget ska utformas måste utredas mer ingående, bland annat med hjälp av referensgrupperna och expertgruppen, och förslaget kommer inte att innebära någon

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*.

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.

detaljreglering. Det handlar mer om att ge medborgarna en tydlig beskrivning av vad erbjudandet från hälso- och sjukvården innehåller. Vad kan jag förvänta mig när jag vänder mig till primärvården? Ser det någotsånär likt ut i hela landet? Naturligtvis måste huvudmännen kunna ta hänsyn till lokala och regionala olikheter, alltefter patienternas behov, men ramarna för hur erbjudandet ska se ut bör fastställas nationellt.

I utredningen talas det om en omställning till nära vård. Vad är nära vård?

– För mig handlar nära vård om att en större del av vården ges utanför sjukhus och som öppenvård. Nära vård innehåller flera dimensioner: för det första geografisk närhet, för det andra tillgänglighet i tid, och för det tredje upplevelsen av att vården finns nära. Idag finns nya sätt att erbjuda närhet, och det behöver inte handla om kilometeravstånd, utan kan även innebära digitala distanslösningar. Vård kan upplevas som nära även om den inte är det i geografisk mening.

"För mig handlar nära vård om att en större del av vården ges utanför sjukhus och som öppenvård."

Är det viktigt att de kliniska beslutsstöden blir enhetliga i ett nationellt primärvårdssystem?

– Primärvårdsuppdraget måste vara kunskapsbaserat. Därför är det positivt att utredningen om Nationellt kunskapsstöd diskuterar frågan om nationell kunskapsstyrning [1]. Jag tror mycket på landstingens gemensamma modell för kunskapsstyrning, som nu är på gång. I det arbetet är det viktigt att allmänmedicinen finns med som en betydande del.

Utredningen ska beakta att slutenvård ska kunna ges på annan plats än vårdinrättning. Varför är det viktigt?

– I hälso- och sjukvårdslagen står att landstingen ska tillhandahålla slutenvård, och den ska ges på sjukhus. Men det är ganska gammalmodigt att ha en lag som talar om i vilken byggnad kompetenserna ska finnas. Dessutom finns idag dygnetruntvård på andra platser än på sjukhus, till exempel avancerad sjukvård i hemmet. Man har på sätt och vis tvingats runda lagen för att kunna bedriva sådan vård. Vi har idag ett sjukvårdssystem som är konstruerat för de behov som fanns förr. Idag måste befolkningen kunna möta vården på flera olika sätt och det är viktigt att lagtexter anpassas till dagens behov.

I delbetänkandet ges förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen, där vården i första hand ska ges som öppen vård. Är det viktigt att ändra lagen?

– Sitter man ute i någon verksamhet med patienter, så kan frågan om lagstiftning kännas väldigt avlägsen, men jag tror ändå att det är där vi måste börja. Från juridiskt håll hävdar man att det ju redan är så här. Men det ser inte ut så överallt. Vård som skulle kunna ges som öppen vård ges som slutenvård, vilket kan bero på ekonomiska styrsystem och på kultur. Att

vården ska finnas nära, och att den i första hand ska ges som öppen vård, bör slås fast tidigt i hälso- och sjukvårdslagen. Idag bedrivs hela 25 procent av sjukvården med kommunen som huvudman, och det är viktigt att principerna för hälso- och sjukvården med landstinget som huvudmän är desamma som för kommunen.

Utredningen ska ge förslag till resursöverföring från sjukhusvård till primärvård. Hur ska det gå till?

– Överföring handlar inte bara om pengar, utan också om överföring av kompetens. Frågan är var kompetenserna ska finnas. Ibland kan det handla om förflyttning av sjukhuskompetenser ut till den nära vården, fysiskt eller via digitala lösningar. Då är det logiskt att ekonomin följer med. Utredningen ska nu försöka hitta sätt att mäta och följa upp hur överföringen av resurser till primärvården sker. Många säger att de redan arbetar med det, men jag vill se att det händer på riktigt!

Dagens läkarprogram utgår från slutenvård, inte från att hälso- och sjukvården i första hand kommer att ges som öppen vård. Vad tänker du om det?

– Det gäller alla yrkesgrupper, och jag tror att de stora förändringar vi står inför kommer att påverka utbildningarna. Det handlar både om innehåll och om antal och är ett av skälen till att färdplanen måste omfatta tio år. Redan under utbildningstiden måste man få möjlighet att bekanta sig med de delar av hälso- och sjukvården där man kommer att arbeta och idag ägnas ganska litet av utbildningstiden till primärvården och vården i kommunerna.



Anna Nergårdh.

Foto: Gösta Eliasson

Vem anser du bör styra vården? Landstingen eller staten?

– I vårt politiska system har vi de beslutsnivåer och strukturer vi har. Ingenting talar för att det skulle förändras. Däremot behöver det tydliggöras vad som är vars och ens ansvar. Några av förslagen i Effektiv vård kan lämpa sig för överenskommelser, att landstingen kommer överens om att göra något. Men när vi bygger ramar för ett system som ska hålla under lång tid måste vi också slå fast det statliga ansvaret genom lagstiftning.

Vad tror du om fastlegeordningen i Norge, som Läkarförbundet förordar?

– Det finns delar i den norska modellen som passar för oss och delar som kräver anpassning till svenska förhållanden. Så är det alltid, man kan inte ta ett förbättringsarbete och lyfta det rakt in i den egna kontexten, det funkar inte. Här tror jag vi har samma uppfattning, Heidi Stensmyren och jag.

Kontinuitet nämns ofta i utredningen. Varför är kontinuitet viktigt?

– Jag tror att kontinuitet kan förebygga en alltför hög sjukvårdskonsumtion. Vi har inte varit så bra på att ta reda på vad patienten vill när de söker vård och kontinuitet är viktigt när det gäller att fastställa och tillfredsställa patienternas behov. Men det kanske inte alltid handlar om personkontinuitet. För vissa patienter är personkontinuiteten nödvändig, för andra är det informationskontinuitet som är det viktiga. Jag har pratat med grupper som företräder unga med svåra sjukdomar och för en del av dessa är det allra viktigaste att få kontakt just när man behöver, och att den de pratar med vet vad som hänt tidigare. Men det behöver kanske inte alltid vara samma person vid alla besök, eller någon ur samma yrkesgrupp.

Hur skapar man tillit?

– Det handlar om att ge medborgarna kunskap om vad man kan förvänta sig när man vänder sig till vården, och att förväntningarna blir uppfyllda. Vårt svenska sjukvårdssystem är inte helt lätt att förstå, och det fungerar på tjugo olika sätt. Därför tror jag det behövs ett nationellt primärvårdsuppdrag som definierar vad man kan förvänta sig, vad som ingår och vad andra aktörer tar hand om. Och, inte att förglömma, vi måste resurssätta så att systemet verkligen förmår motsvara befolkningens förväntningar.

Är det kanske som Per Fugelli, professor i socialmedicin, säger, att vi behöver en personlig doktor som ser hela individen, som står för en långvarig, tillitsfull relation i en värld där allt fler undersökningar blir möjliga medan psykisk ohälsa och rädsla för sjukdom ökar? Att en allmänläkare ska kunna erbjuda ett tillitsfullt rum, till skillnad från ett rum fyllt av oro, misstro och orimliga krav på undersökningar.

– Ja, jag är övertygad om att det är så för många. Jag tänker att detta är ett av de starkaste skälen till att vi måste ha kontinuitet. Till vem och hur det ska utformas kommer vi att utreda. Bristande kontinuitet göder beteendet hos oroliga patienter att kräva fler undersökningar. Men som patient ska man inte behöva fundera över medicinska frågeställningar, utan på egna förväntningar och mål för den egna hälsan utifrån ens egna inneboende resurser. Ett tillitsfullt möte handlar om att patienten

har *egna* förutsättningar, *egna* resurser, *egna* förväntningar, och att de fritt kan uttrycka det när de möter vårdens olika kompetenser.

"Överföringen handlar inte bara om pengar, utan också om överföring av kompetens"

Finns det för få allmänläkare?

– Allmänläkarna utgör en för liten andel av läkarkåren. Det är jag helt övertygad om. Ska vi kunna bygga en bra primärvård måste vi ta höjd för dagens ohälsoutmaningar, som bland annat innebär preventivt arbete och stöd till egenvård och psykisk ohälsa. Då räcker det inte med de arton procenten allmänläkare i landet. Och detta gäller även för andra yrkesgrupper i primärvården.

Hur ser du på allmänläkarrollen? Kommer den att förändras?

– Man får vara beredd på att omställningen kommer att innebära att yrkesrollerna förändras och att de måste anpassas till det nya systemet.

Bör uppdraget för allmänläkarna avgränsas?

– Jag tycker att det är viktigt att tydliggöra de avgränsningar som uppdraget innebär och definiera vem som ska göra vad. Det blir inte bra om det blir en flytande övergång, så att man åläggs uppgifter som man varken har kompetens eller resurser för. Gör man det på ett strukturerat sätt är jag övertygad om att det går att avgränsa uppdraget. Att känna att man har kontroll över sin arbetssituation är en grundbult i en god arbetsmiljö.

Hur kopplar du av från utredningsarbetet? Har du någon fritid?

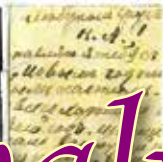
– Jag är intresserad av musik, teater och litteratur, det ger mig ny energi. Med åren har jag lärt mig hur viktigt det är att kunna koppla av och att träna. Så det blir Friskis och Svettis ett par gånger i veckan. Dessutom har jag förmånen att ha ett fritidshus på Gotland. Där är det tyst och lugnt, och det är viktigt.



Gösta Eliasson
Falkenberg
gosta.eliasson@telia.com

Referens:

1. SOU 2017:48



Kultur-spalten

En dag i Ivan Distriktsläkarens liv

En kort dagbok från fronten – i kampen mot den ojämlika ohälsan

Det är måndag morgon och mitt huvud känns så tungt. Ösregn, var är sommaren? Efter 40 års arbete och 75 000 konsultationer frestar det att ligga kvar i sängen efter jourpasset i går. 25 patienter, 6 timmar, en kopp kaffe och en halv chokladkaka.

Förvirrade äldre, småskador, skrämmande hudutslag, sjuka små barn, oroliga vuxna. "Vad bra att det var du – vi har hört att du är en bra doktor. Tack!" Jag har jobbat på små orter med läkarledda vårdcentraler, och har kunnat lära mej av nästan alla patientmöten. Att befolkningen nu känner mej uppmuntrar. Jag spelade nog en stor roll för många igår? Kanske ändå dags att åka till jobbet?

Dagens schema ser bra ut. Telefontid, administrativ tid, fyra konsultationer och en stund avsatt för hemsjukvårdssköterskan före lunch.

Tre av mina patienter ringer. En hotande cancer kunde vi avstyra. Röntgen var u.a., falskt larm. Skönt. Det har plågat oss en tid. Huvudvärk är ett besvärligt och oroande kroniskt tillstånd. Lämpligt för ett telefonsamtal emellanåt. Viktigt med tillgänglighet.

Den sista patienten behövde hjälp att reda ut vad som egentligen hänt på sjukhuset. Mitt ord vägde tungt. Plötsligt tre mail från MVK (mina vårdkontakter) – ingen jag kände, men stamkunder på enheten. Sekreterarna hade "delat ut". Min tur att legitimera den kroniska morfinförskrivningen. Hur ofta ska patienten visa upp sig – hos olika läkare? Mannen med kronisk artros, avslutad på gymnastik och ortoped behövde också smärtstillande. "Fungerar medicinen – Ja" enligt MVK. Kan det vara sant? Ännu ej morfin, men ändå. Är det bara att skriva ut? Frågan om dosjustering vid diabetes var enklare. Det är ju patienten som föreslår. Undrar hur hans kunskap egentligen är? Både läkare och aktuell diabetessköterska har slutat.

Oj – handledare också åt läkarassistenterna. Tar tid men är roligt. De är nyfikna och pålästa. Lärorika diskussioner också för mej. Idag två

halvakuta yrslar, en krånglig neurologisk utredning och denna ständiga artros. En artrosskola har måttlig långsiktig effekt. Tabletter behövs. I detta läge hade fikapausen försvunnit och det var dags för mottagning.

"Efter 40 års arbete och 75 000 konsultationer frestar det att ligga kvar i sängen efter jourpasset i går."

Det blev två akuta, en halv akut och två bokade. En var BVC – rutinkontroll, men som familjeläkare fick jag hjälpa mamman med handeksemet och lillasystern med förkylningen. Bägge barnen fick erfarenheten att det inte är farligt att gå till doktorn. Bra!

Ytterligare två barn idag! Förkylningsastma som håller på att växa bort och en flicka med "UVI". Det var nog uretrit – och jag frågade inte pappan om han hade sexutnyttjat henne. Kändes inte motiverat. Hade träffat dem förut. Sen den multisjuka 60-åringen. Vad sökte han egentligen för? Hade hemtjänsten bokat? Artros, MS, ångest – det fanns mycket att prata om på 15 minuter.

En "sårpatient" också. Damen var okänd för mej. Misslyckat kirurgfall. Läger dåligt och är "infekterat". Svarar inte på antibiotika. Tur att jag gjorde AT hos "Slaktaren från Korea" som samerna kallade kirurgen i Gällivare. Vanan sitter i. "Oskuret är bäst", men ibland så måste man och sår är svåråterläkta hos gamla människor med multisjuklighet. Antibiotika är nog inte den bästa lösningen, även om "moderna" sköterskor och läkare ofta skjuter från höften för säkerhets skull.

Mottagningsköterskorna kom in och ville att jag skulle "titta". Vi har många nya nu och det märks. Två patienter kom på sårömläggning. Sår blir inte bra och återkommer. Nya rutiner. Sårvårdssköterskan sjuk – vem har då erfarenhet? KAD är ett annat favoritämne. Svider, antibioti-



Illustration: Annika Andén

ka, det får man ju på akuten!? En dam visade upp sina numera fina ben efter en kärplastik. Den hade jag fått ”tjata fram” – hon ville inte till ”stan” i onödan. En flicka hade ont i örat och sköterskan såg bara en vaxpropp. Ska man spola en akut otit – eller förkylning? Går det hos 4-åringar?

"I detta läge hade fikapausen försvunnit och det var dags för mottagning."

Nu började det bli stressigt. På dataskärmen låg en massa beställningar från sköterskeslussen. Jättebråttom, recepten slut. Allergimedel – hjälper dom verkligen, är diagnosen säker? Psoriasis – periodiskt behov av salva. Har det inte gått åt ovanligt mycket, vem har instruerat? Ständigt detta Tramadol. Långa förskrivningar och höga doser. Mannen med ”hjärtmediciner”. Minst 5 stycken ska förnyas. Optimalt inställd? Tiger hälsan still, eller har han gett upp och sitter hemma och väntar? Levaxin sätts ibland in på lösa boliner. Hur ska man kontrollera dosen? I Lindesberg hade man en omröstning i personalrummet och enades om läkarbesök vart femte år. SKL lyfte resultatet i projektet ”Bra mottagning”. Är det inte sex år nu? 65-årig dam

med UVI från ”infektionsmottagningen”. Hur är det med den senila slemhinnan? Antibiotika, men nu har lunchen börjat. Avslutar med att skriva ut en bunt recept till KOL-patienten. Uppenbarligen inga recidiv på två år, men ändå. Ska man ha Acetylcystein regelbundet?

Så gick denna förmiddag – 5 pinnar i statistiken och 27 patientrelaterade beslut, men inga provsvar eller signeringar hanns med före lunch. 11 patienter kände jag. Tack och lov att hemsjukvårdssköterskan inte dök upp. De flesta beslut fattades efter ”viskningsleken”. Någon har sagt något till en sköterska som refererar valda delar till mej. Effektivt, kanske – säkert, knappast. Kallas visserligen för ”teamarbete”, men är det vettigt att två personer ska hantera något som bara kräver ett beslut? Med 75 000 konsultationer i ryggen, så kan man kanske tolka signaler på osäkerhet rätt bra, men som ny, ung, utan personkännedom och kontinuitet? Det är nog inte helt enkelt. Fast genar jag inte för mycket i kurvorna nu när jag börjar bli gammal och det snart är lunch?

Robert Svartholm
Björknäs Hälsocentral, Boden
polarull.svartholm@telia.com



In memoriam

In memoriam: Per Fugelli

Per Fugelli, norsk läkare, professor i socialmedicin vid Universitetet i Oslo och hedersmedlem i SFAM, gick bort den 13 september 2017.

”Den helbredende dansen”, talet han höll vid Svensk allmänmedicinsk konferens i Luleå 2012, finns återgivet i *AllmänMedicin* 2012;2:31-34. Hans sista bok ”Per dør” kommer ut i höst.

”Det är så sorgligt. Men ändå glädjefyllt att det en gång funnits en sådan varm och skarpsynt föreläsare för vår specialitet på den här jorden. Många är vi som kommer att sakna hans kloka tankar och vassa penna.”
Gösta Eliasson

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Per Fugelli.

Foto: Samuel Blomqvist.



Rekommenderad avhandling för handledare

Så satt vi där i tidiga juni i hörsal 2119 på Hälsovetarbacken i Göteborg, för att lyssna till Bernhard von Belows försvar av sin avhandling: *Läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter - Kunskaper och erfarenheter*.

Bernhard har varit med länge i utbildningen av blivande läkare och forskat inom området under taket för FoU primärvård i Västra Götalandsregionen. Han var med och startade TYK (Tidig YrkesKontakt) i Göteborg år 2001. Det är i detta sammanhang som han har fördjupat sig i den kliniska handledarens perspektiv, genom att studera och analysera läkares erfarenheter och upplevelser av att vara kliniska handledare för läkarstudenter och synen på detta uppdrag.

Jag vill redan här berätta att avhandlingen (kappan) är skriven på svenska och är därför såväl lättläst som njutbar och lättillgänglig för alla er som på något sätt deltar i handledning av blivande som färdiga läkare. Den vetenskapsteoretiska bakgrunden som beskrivs är bara den intressant att läsa.

När jag såg Bernhard nere vid vita tavlan och podiet blev jag helt lugn. Med en så gedigen erfarenhetsbakgrund som han har, hur skulle det kunna gå galet? Nej, lugnare än en filbunke redovisade han sina resultat. Margareta Troein Töllborn, professor i allmänmedicin vid Lunds Universitet, opponerade på ett sådant sätt att samtalet tydligt lyfte fram såväl Bernhard som erfaren allmänläkare och handledare som hans arbeten.

Den första studien var kvantitativ och belyser studenters och lärares erfarenheter av den tidiga yrkeskontakten (TYK) i dess startskede. De tre senare studierna är fördjupningar på temat och är av kvalitativ art. Det finns naturligtvis en hel del spännande att fundera över i delarbetena, men som den allmänläkare jag är, som måste svepa över stora informationsmängder, hamnar jag snart i "diskussionsdelen".

Kännetecknande för handledarrollen visar sig vara *inspiration*, *glädje* och *stimulans*, och den skulle kunna vara en ventil i en stressig miljö, antyder Bernhard. Å andra sidan fann man också *krav* och *plikt* (självpåtaget?) som tyngande och en känsla av otillräcklighet, mer hos de yngre och mer oerfarna handledarna. En känsla av *ensamhet* framkom också i detta med svårigheten att kombinera kliniskt arbete med handledning. Brist på tid är givetvis en uppenbar faktor även för handledare som i alla andra sammanhang, där man har flera uppgifter att handlägga.

Vad kännetecknar en bra handledande allmänläkare? undrade Bernhard. De handledande allmänläkarna betonade som centrala egenskaper en stark *professionell identitet* som allmänläkare, att man fortfarande var *kliniskt verksam* samt att man måste



Bernhard von Below.

Foto: Eva Almqvist

vara en *ambassadör* för den allmänmedicinska specialiteten. Synpunkter som också återkommer i allmänmedicinsk forskning i övrigt. Kanske något oväntat då andras studier lyfter fram den kliniska färdigheten som grund för en skicklig lärare.

Vad överraskade i resultaten? undrade Margareta. Jo, att de yngre blivande handledande läkarna nogsamt övervägde för- och nackdelar med att åta sig uppdraget. Villkoren måste vara bra, menade de. Det låter som självklart nu, men jag tror varken jag eller Bernhard riktigt tänkte i de banorna när vi som yngre åtog oss uppdrag utanför själva allmänläkeriet. Å andra sidan är stressen, bördan, administrativa pålagor, NPM och mycket annat något som vi inte riktigt behövde tänka på under den "gamla" landstingstiden.

Ska vi ha en läkarutbildning värd namnet måste handledarskapet uppmuntras på följande sätt, menar Bernhard von Below:

- Acceptans och stöd från kollegor, chefer och arbetsgivare.
- Adekvat avsatt tid för handledarskapet.
- Möjlighet till god framförhållning.
- Handledarutbildning.
- Stimulans med feedback och återkoppling från kollegor och studenter.
- Meriter. Självklart skall handledarrollen vara meriterande och även synas i plånboken (eller kontokortet numera).

Så mycket nöje till er alla som vill fördjupa er i en bra avhandling och handledning som finns att läsa via nätet.

Och tack Bernhard von Below!

Bertil Hagström
Horred
hagstrom.bertil@gmail.com



Von Below, B. Läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter. Kunskaper och erfarenheter. Avhandling. Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet 2017
ISBN 978-91-629-0125-7 (tryck)
ISBN 978-91-629-0126-4 (pdf)



Var ska jag publicera mina allmänmedicinska rön?

Mycket forsknings- och utvecklingsarbete bedrivs inom det allmänmedicinska området. Tyvärr är det alltför mycket som begravs i hyllorna och ny kunskap blir inte uppmärksam. Den som gjort en studie, ett utvecklingsarbete eller ett annat vetenskapligt arbete vill gärna att det ska bli känt. Förutom att ge andra möjlighet att dra nytta av kunskaperna kan publicering vara ett steg i den vetenskapliga eller administrativa karriären.

2025 ska alla vetenskapliga publikationer publiceras i open access-tidskrifter och därmed vara fritt tillgängliga direkt efter publicering. Det menar Vetenskapsrådet som har tagit fram ett förslag till nationella riktlinjer för öppen tillgång.

Vid ett seminarium på den allmänmedicinska kongressen i Karlstad 28.4.2017 redogjorde vi för vad som lämpar sig för publicering i tre olika tidskrifterna, och om hur redaktionsarbetet går till.

AllmänMedicin

I tidskriften AllmänMedicin, medlems-tidning för SFAM, är det huvudsakligen allmänläkare som skriver, och målgruppen är allmänläkare. Artiklarna kan vara vetenskapliga eller populärvetenskapliga med plats för reflektioner, och det finns plats för utvecklingsarbeten. Någon strikt peer review finns inte, men artiklarna granskas av kompetenta redaktörer, och jäv anges. Mer material från ST-läkarna efterfrågas!

I strävan efter att göra en vacker tidskrift är, förutom redaktionen, viktiga personer grafikern, skribenterna, fotograferna och illustratörerna. I utformningen ingår att definiera teman, att sätta layout inklusive färger, att bestämma ordningen för artiklarna och att se över omslag och bilder. Pressläggningen från manusstopp till brevlådan är sammanlagt nio veckor.

En viktig faktor för att locka läsare är igenkänning, dvs. att artikeln följer gängse upplägg. Titeln ska fånga uppmärksamheten, och problem och slutsats ska framgå av ingressen. Snabbläsning kräver korta meningar utan onödiga ord, upp-

delning i stycken och underrubriker. Glöm inte att läsa författar- och fotoanvisningarna!

Viktigt är att budskapet är tydligt. Läsarna vill gärna veta om fallgorpar, svårigheter och belöningar med vetenskapligt arbete.

Redaktören kan återremittera artikeln om den är alltför lång. Texten förbättras ofta genom att onödiga ord tas bort, slutsatsen flyttas till ingressen och underrubriker läggs in. Citat, faktarutor och bilder läggs in. Innan materialet skickas till grafikern korrekturläses det en sista gång.

Läkartidningen

Läkartidningen är organ för Sveriges läkarförbund och ingår i förbundsavgiften för medlemmar i Sveriges Läkarförbund.

Läkartidningen består av pappersutgåvan, som grundades 1904, och av webbplatsen. På webben kan du som läsare kommentera alla artiklar. Här hittar du bland annat Läkartidningens arkiv. Artiklarna finns i fulltext från och med år 1996.

De flesta vetenskapliga artiklar referentgranskas inför publicering. Detta görs av cirka 200 referenter under ledning av

Läkartidningens medicinska redaktörer. Läkartidningen är den enda svenskspråkiga tidskrift som är indexerad i Medline, den internationella databasen för medicinsk vetenskap och är därmed den enda medicinska tidskriften på svenska som kan sägas vara en vetenskaplig tidskrift.

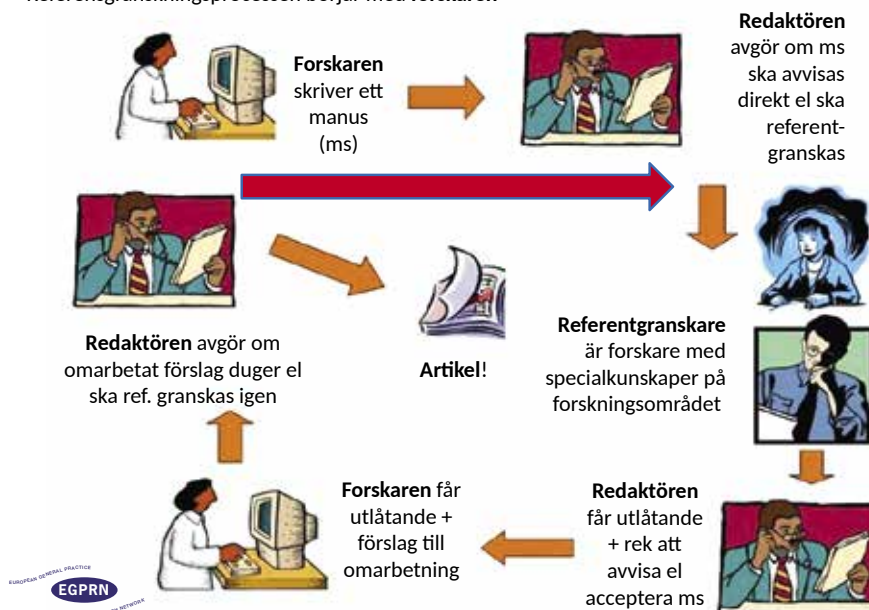
En medicinsk redaktör granskar inkomna manus, utser referenter, föredrar ärendet vid den medicinska redaktionens möten och kommunicerar med ansvarig författare. Alla beslut i redaktionen är kollektiva.

Att en artikel refuseras som vetenskaplig artikel kan bero på att den har begränsat nyhetsvärde, begränsat vetenskapligt värde eller att den passar bättre under Debatt eller Nya rön.

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC) är de nordiska allmänläkarföreningarnas gemensamma vetenskapliga tidskrift. Den ägs av en stiftelse, Nordic Federation of General Practice, som också har hand om de nordiska kongresserna i allmänmedicin.

Referensgranskningsprocessen börjar med forskaren



Figur 1. Referensgranskningsprocessen för SJPHC



SJPHC har nationella redaktörer och biträdande redaktörer för varje nordiskt land. Här publiceras originalforskning inom områden som har relevans för allmänmedicin och primärvård, också av utomnordiska författare. SJPHC är open access sedan många år vilket betyder att

alla läser den gratis. Däremot får författarna betala för att få sin artikel publicerad.

Som nationell redaktör läser jag flertalet av de svenska manus som chefredaktören först granskat. Jag väljer sedan expertgranskare, så kallade peer reviewers. Granskarna vet inte vem som författat det

manus man granskar. Se figur 1.

Svensk biträdande redaktör är Cecilia Björkelund, allmänmedicinprofessor i Göteborg. Andelen manus till SJPHC där Cecilia varit delaktig de senaste åren överträffar alla andra svenska professorer i allmänmedicin.

Hans Thulesius
Nationell redaktör,
Scandinavian Journal
of Primary Health
Care (SJPHC)
Växjö, Malmö/Lund



Carl Johan Östgren
Medicinsk redaktör,
Läkartidningen
Linköping



Ingrid Eckerman
Chefredaktör,
AllmänMedicin
Stockholm
chefredaktor@sfam.se



	AllmänMedicin	Läkartidningen	SJPHC
Ägare	Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)	Sveriges Läkarförbund (SLF)	De fem nordiska allmänläkarorganisationerna via Nordic Federation of General Practice (NFGP)
Syfte	Allmänläkare skriver för allmänläkare om utbildning, fortbildning, forskning, utveckling, medicinska rön och debatt inom allmänmedicinen.	En medicinskt vetenskaplig och läkarfacklig tidskrift med tonvikt på medicinskt innehåll av internationell vetenskaplig standard.	Publicerar artiklar med relevans för allmänmedicin och primärvård. Som en del av fortbildningen fokuseras på kliniska, epidemiologiska och humanistiska ämnen relaterade till den dagliga kliniska verksamheten.
Utgåvor/år	4	Ca 46	4
Sidor	64	60	
Upplaga	2500	42 600	
Språk	Svenska	Svenska	Engelska
Papperstidning	Ja	Ja	Nej
Nättidning	Utvalda artiklar	Ja	Ja
Läsekrets	Svenska allmänläkare	Svenska läkare, alla specialiteter	Allmänläkare och forskare i allmänmedicin
Granskning	Ej formell	Peer review	Peer review
Etikprövning	Nej	Ja	Ja
Typ av artiklar	Vetenskapligt Populärvetenskapligt Debatt	Vetenskapligt Autoreferat Debatt	Vetenskapligt Ledare
Inlämning	Wordfil	Online	Online
Tid till publicering	2-6 månader	3-6 månader	4-12 månader
Impact factor			1,726 (2016)
Möjlighet att kommentera	I forum	I anslutning till artikeln	
Publiceringskostnad			500 euro för NFGP-medlemmar (SFAM i Sverige), 1500 för övriga



Svensk allmänmedicinsk kongress, Karlstad 2017



Anders Hernborg blåste traditionsenligt i kongressen med sin lilla lur.



Författaren **Lasse Berg** med kongressgeneralen **Christina Ledin**, vars leende visar att hon är en människa.



Sofia Lindegren talade om klimatförändringar och hälsa.

På konferenser möts man, minglar, inspireras, bekräftas, lär sig, utvecklas. På SFAM:s kongresser är variationen på ämnen stor – som det sig bör inom allmänmedicinen. Man får lyssna på de allra bästa föreläsarna.

Kongressen öppnades av landshövding **Kenneth Johansson** med ett inspirerande tal om naturens, kulturens, skrönornas och berättelsernas län med Sveriges yngsta universitet.

Neal Maskrey, Keele University, UK och ACTA, University of Amsterdam, talade över ämnet "Dolphins, cows and Jesus: Making evidence based medicine work for individual patients". Hans budskap var att om vi släpper fram patientens tankar så blir besluten patientbaserade.

Iona Heath, f.d. ordförande för Royal College of General

Practitioners, UK, valde titeln "General Practice, Too Much Medicine, and the Environment". Hon refererade till artikeln av Johan Fastbom et.al om hur polyfarmaci ökar under de äldres sista år i livet, inklusive läkemedel för långtidsprevention. Detta leder bland annat till medikalisering av naturen. Vill vi förebygga sjukdomar bör vi titta på dem som har förväntad återstående livslängd på 36 år.

Som avslutning fick vi höra hur Distriktsläkarföreningen och SFAM tänker sig framtida samarbete. Allra sist lämnades stafetten över till SFAM Östergötland, som ordnar kongressen 2018.

Text och foto:
Ingried Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Joan. Aged 84 years

PMH: Mis x2; heart failure; presumed osteoporosis (#hip, Colles #; gout, CRF.

Rx: Simvastatin, Digoxin, Furosemide, Allopurinol, Alendronate, Ca & Vitamin D, Bisoprolol, Ramipril, Aspirin, Lansoprazole

New problem: **Atrial fibrillation**

Chad₂Vasc₂ score 5
Has-Bled score 3

Joan is your next patient. What would you want to discuss in your consultation with Joan?



Neal Maskrey.



Marina Tuutma, ordförande för Svenska Distriktsläkarföreningen, och Hanna Åsberg, SFAM:s ordförande



Iona Heath.



Madelene Andersson och Ulf Måwe.



Paneldebatt om framtidens primärvård. Från vänster Olle Malmberg, Göran Stiernstedt, Hanna Åsberg, Anna Nergårdh, Göran Modin och Mattias Karlsson.



Han väntar på att bli hjärt-lungräddad.



Malin André.



Kongressledningen avtackas.



Johanna Glennert.



Rita Fernholm, ordförande i SFAM-Q.



Anna Larsson och Daniel Svedin.





Progresstest för ST-läkare i allmänmedicin – en metod för systematisk feedback

Progresstest är en internationellt använd metod, där man återkommande testar deltagarnas teoretiska kunskap. SFAM har genomfört ett pilotprojekt med ett webbaserat progresstest för att utvärdera funktionalitet och upplevd nytta. Resultatet visade god funktionalitet och stort intresse för återkommande progresstest bland deltagarna. Ett mer omfattande progresstest planeras till november 2017.

Vad ska jag kunna och hur vet jag att jag kan tillräckligt? En sådan metakognitiv fråga är viktig för en ST-läkare i allmänmedicin, eftersom den kompetensstyrda målbeskrivningen kräver att man som ST-läkare själv tar en aktiv roll i att identifiera sitt utbildningsbehov. Hösten 2012 utfördes ett mindre test med flervalsfrågor med allmänmedicinsk relevans som togs emot med stor entusiasm. Kunde det vara så att ST-läkare behöver ett mer systematiskt instrument för att kunna testa sina kunskaper?

Progresstest är en internationellt använd metod, där man återkommande testar deltagarnas teoretiska kunskap. Svårighetsgraden i frågorna ligger på nivån av en färdigutbildad specialist. Nyligen har flera läkarutbildningar i Sverige tagit fram en plan att introducera progresstest i sina utbildningar. För ST-läkare i allmänmedicin ska frågorna täcka alla områden inom allmänmedicin och utformas på ett sådant sätt att de speglar den kliniska vardagen. Samtliga deltagarna får samma test, oavsett hur långt man har kommit i sin utbildning. Genom att jämföra resultat över tid och med andra får deltagaren möjlighet att belysa viktiga kunskapsluckor och bättre förutsättningar för sin kompetensutveckling.

Tanken bakom

Progresstest har visat sig vara en god metod för att utvärdera lärande över tid. Förutom att det sker en utvärdering av kunskap sker också en ett lärande: Under testet får deltagare möjlighet att fördjupa sig inom en bred skala av allmänmedicinska frågeställningar. Testet undersöker inga komplexa kunskaper såsom konsultationsteknik, stresshantering, etiska överväganden eller annat som är svåra att testa i flervalsformat. Det finns andra metoder, såsom medsittningar, 360-graders feedback och mitt-i-ST för att utvärdera dessa kompetenser. Däremot tycks en metod för att kontrollera den basala kliniska kunskapsnivån saknas. Tanken med progresstest är därmed inte att utvärdera ST-läkarens övre kompetensnivå utan säkerställa en lägsta. En studie från 2016 visar dessutom att resultatet på progresstest har en positiv korrelation med mera komplexa kompetensområden.

Pilotförsök 2017

Under försommaren 2017 genomförde SFAM i samarbete med Medibas den första delen av SFAM:s delprojekt för progresstest för ST-läkare i allmänmedicin. Målet var i första hand att utvärdera funktionalitet och upplevd nytta av ett webbaserat progresstest. Via olika studierektorer och direkt kontakt deltog totalt 38 ST-läkare från olika delar av Sverige i ett progresstest

Progresstest

Fråga 40
Ofärdig
Max poäng 1,0
Flagga fråga

Felix, 2 år, kommer med sin pappa till vårdcentralen då han har haft torr hud under längre tid och senaste tiden även haft röda, fjällande fläckar i arm- och knäveck och på kinderna. Han klir sig hela tiden och det har ibland funnits spår av blod i sängen på grund av kliandet. Du tänker på atopiskt eksem, särskilt eftersom pappan har astma och pollenallergi.

Vilka symtom/tecken i ovanstående beskrivning måste finnas för att kunna ställa diagnosen atopiskt eksem (huvudkriterium)?

Välj ett:

- A. Atopi (familjär förekomst av astma och pollenallergi)
- B. Lokaliseringen av de beskrivna hudförändringarna
- C. Klåda
- D. Fjällande hudförändringar
- E. Vet ej

Svara

med 60 frågor ur olika allmänmedicinska kategorier (hämtade från ICD-10:s system för primärvården ICPC-2). Efter att de hade avslutat testet fick deltagarna facit och möjlighet att lämna kommentarer. Överlag var deltagarna mycket positiva till testet. Det fanns inga direkta anmärkningar på den tekniska plattformen. På frågan om man skulle vilja ha tillgång till återkommande progresstest under sin ST svarade gruppen 4,8 (1=håller inte alls med, 5=håller helt med). Vi fick även annan värdefull feedback. Till exempel så ansågs vissa frågor inte vara allmänmedicinskt relevanta och andra frågor hade olika svar beroende på vilket vårdprogram man följde.

Slutsatser och framtid

Resultaten från piloten visar att detta webbaserade progresstest har en god funktionalitet och att det finns ett stort intresse för återkommande progresstest bland deltagarna. För dem som utformar progresstest blir en utmaning att hitta relevanta allmänmedicinska frågor som är otvetydiga och av rätt svårighetsgrad. En kommitté som kontinuerligt skapar och utvärderar frågor är en förutsättning för att regelbundet kunna erbjuda progresstest till ST-läkare i allmänmedicin. Det behövs också avancerade metoder för att förse ST-läkare med personlig och detaljerad feedback på sina genomförda test, som komplement till progresstest. Ett mer omfattande progresstest planeras till november 2017.

Remy Waardenburg

Vårdcentralen Hökarängen, Stockholm
Medicinsk redaktör, Medibas
remy.waardenburg@medibas.se



Jäv: Anställd på Medibas

Är du intresserad av att vara med och utveckla progresstestet?
Hör av dig till Remy Waardenburg på remy.waardenburg@vchn.se.



Kultur-spalten

Min mamma är blind

Min mamma är blind. Av ålder och sjukdom. 87 år gammal. Varken det ena eller det andra är något hon själv känns vid. Inte den vita kappen. Nej. Hon anser fortsatt själv att hon har en synnedsättning. Men inte mer än så.

Hon klarade sig fint så länge min far levde. Med sin lomhördhet och krånglande hörapparat var han hennes ögon. Ända in i den sista kakelplattan döden här vid midsommar då solen stod som spön i backen över Gotland.

Till synes allt hade han förberett. Försäkringar, bankkontakter, Fonus. För ett par år sedan flyttade de med mycken möda från radhuset till den lilla lägenheten på vad som skulle vara ett äldreboende.

Strax därpå såldes fastigheten till en entreprenör från fastlandet. Då blev det omedelbart andra bullar för de gamla. Matsalen stängdes, inventarierna i form av gamla ditskänkta möbler forslades med blixstens hastighet till Bukowski. De gamla som ännu inte avhysts av liemanen bor kvar i en alltmer inskränkt värld.

Och nu. Sedan min far dött. Sedan hennes livskamrat sedan 1954 dött bebor

hon 20 kvadratmeter möblerat av idel ensamhet. Och sorg. In i döden. Dag och natt.

Då hon blev änka upphörde nästan allting att fungera. Även en gammal människa har ekonomiska och andra förbindelser med det svulstiga samhället därute. Om än möjligen färre och magrare i hullet.

Således upphörde ICA-kortet att fungera. Detta trots att de båda handlat troget i samma butik under årtal och mer eller mindre dagligen.

”Ditt kort fungerar inte. Du har nog fel kod.” Ja. Så löd beskedet till min mamma gång på gång då hon med rollatorns hjälp gick dit. Till sin gamla butik. Och varje gång kände hon sig ifrågasatt som en mindre vetande eftersom hon kom med rollator, vit kapp och sina gula märkliga glasögon som förhindrar att hon får in ljuset mot näthinnan fel och därmed blir det som hon säger sig inte vara, nämligen helt blind.

Som om en blind människa, eller för all del höna, skulle ha svårt att förstå. Min mamma är fortsatt, precis som farsan in i döden, intellektuellt och kognitivt glasklar.

Mamma blev ledsen. Vilket jag kan förstå. Ledsen över att unga kassörskor och varufrentare inte kan skilja på handikapp och handikapp.

Efter några försök med den lokala butiken blev mamma hänvisad att ta kontakt med den stora ICA-butiken utanför staden. Du vet den där monstruösa köpladan utanför Visby. Där man erbjuder 67 olika sorters tandkräm med fluor. Och nästan lika många utan. Den moderna människans dröm och genväg till självförverkligande.

”Nej. Det kan vi inte. Du måste kontakta ICA-banken. Som har telefontid ditt och datt.”

Redan här uppstår ett svåröverkomligt problem. Att ringa. Hur gör en blind människa för att använda telefonen? Svaret från kundtjänsten är reptilsnabbt och väl inarbetat. ”Du får väl gå in på hemsidan om du inte kan ringa.”

Glasklart förstås. För unga människor med intakt syn och tro på att livet och möjligheterna är obegränsade. Men svårt för en blind som också har diabetes, hjärtsvikt, förmaksflimmer och psoriasis på listan över dagliga vedermödor. Våldigt svårt. I praktiken naturligtvis utanför det möjligas gräns.

Vid vilken punkt i kontakten med andra blir bemötandet kränkande? När upphör vanlig omsorg? När förbyts allting i förakt? Eller åsidosättande? Någonstans måste denna skiftning uppstå. Glidande som en hal orm ut Stig Dagermans repertoar.

Outtröttlig och positiv denna mamma. Ja. Hon ringer med min hjälp ICA-banken. Hon havererar omedelbart eftersom hon inte kan knappa in sitt födelsenummer eller något annat som begärs. Jag försöker hjälpa henne. Matar in alla siffror noggrant. Och vårt ärende med en annan siffra. Informeras om att vi har köplats 34 och att alla handläggare är upptagna. Och väntar. Först kanske i en halvtimme. Sedan i ytterligare en. Till slut svarar Jenny



Foto: Torsten Green-Petersen

eller Mattias som förmodligen har detta som sitt första jobb någonsin och mest längtar efter att få avsluta arbetspasset.

Och ingenting fungerar. Vi får veta att vi har fel och att kortet fungerar. Vilket det inte gör då vi försöker igen.

Så ringer jag ICA-banken igen, har tagit ledigt från jobbet och lyssnar till att alla handläggare på nytt är upptagna. Då jag kommer fram lyckas jag beställa ett nytt kort till mamma. Jag får uttryckliga garantier om att detta kommer att fungera

och att samma gamla kod kommer vara i funktion.

Mina franska nerver tål inte sånt här. Idag har vi gladeligen besökt den gigantiska butiken utanför Visby. Men tro inte, kära läsare, att kortet fungerade. Vi fick detta svar från maskinen och från kassachefen för Maxi: "Kod ej möjlig".

Jag har inte berättat om mina försök att hjälpa min mamma med bankärenden. Eller få fatt i en telefon för blinda.

Men de historierna är så lika den här.

Du behöver bara ett kalkerpapper. Och att byta ut ICA-bankens namn mot Nordea eller Telia.

Torsten
Green-Petersen
Visby
tgp@telia.com



AllmänMedicin gratulerar 



Nordiskt pris för forskning inom allmänmedicin

Katarina Hamberg, professor vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, får årets Magda och Svend Age Frederichs nordiska pris för sina insatser inom allmänmedicinsk forskning och ämnesutveckling.

Motivering: Katarina Hamberg haft stor betydelse för utvecklingen inom allmänmedicinen i Sverige och Norden genom sitt fokus på bemötande, genusfrågor, jämlikhet och rättvisa i sjukvård och läkarutbildning. Hennes vetenskapliga bidrag har fått stor betydelse i allt från enskilda konsultationer till undervisning och beslutsfattande. Forskningen har ökat kunskaperna om genus inom allmänmedicin och generellt i medicinsk vetenskap.

Katarina har målmedvetet arbetat för att implementera genusperspektiv inom läkarutbildningen. På 1990-talet var hon en av pionjärerna inom kvalitativ forskning i allmänmedicin. Hon har haft en viktig roll även internationellt för att höja den vetenskapliga standarden inom denna metodologi.



Katarina Hamberg.



DLF Östergötland har delat ut priser

Peter Lindstedt, distriktsläkare och verksamhetschef på Brinken, Motala utsågs till årets allmänläkare för sitt engagemang och den energi som han lagt ner på att utbilda blivande allmänläkare och andra yngre kollegor.

Ingrid Ohlsson, utbildningssekreterare på Allmänmedicinskt utbildningscentrum (AMC) i region Östergötland blev årets allmänläkarvän för sitt personliga och engagerade arbete för blivande specialister i allmänmedicin.



Peter Lindstedt och Ingrid Ohlsson.

Foto: Carin Larnert Hansson



Årets ST-handledare i Skaraborg

Jenny Sandegård, klinisk handledare på Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral i Lidköping, utsågs av studierektorsenheten primärvård i Skaraborg till årets ST-handledare. Jenny fick följa med på Skaraborgs ST-läkares resa till Nordiska kongressen i allmänmedicin, Reykjavik.

Motivering: Alltid positiv och glad! Hon har alltid tid för frågor. Har hon inte tid, så tar hon sig tid. Hon är omtänksam och frågar hur man mår, ger energi och är skojfrisk. Samtidigt är hon en klok allmänläkare som är öppen för diskussion och ger goda råd. Hon trivs med sitt jobb, vilket smittar av sig.



Jenny Sandegård.

20:e Nordiska allmänmedicinska kongressen i Reykjavik

”SJPHC Paper of the Year Award”

Marijke Talsma, allmänläkare på Närhälsan Billingen, *Kristina Bengtsson Boström*, docent i allmänmedicin, Närhälsan Billingen och FoU-centrum Skaraborg och *Anna-Lena Östberg*, docent i odontologi, FoU-centrum Skaraborg, fick pris för bästa vetenskapliga artikel 2015.

Studien handlar om hur allmänläkarna rapporterar misstänkta fall av barnmiss-handel. Den resulterade i en artikel som publicerades i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* och var en av de mest lästa och citerade under 2015 och 2016.

”Ämnet är viktigt och frågan är underbelyst inom primärvården. Där hade ingen tittat på frågan tidigare”, säger *Marijke Talsma*. ”Det är ett svårt och känsligt ämne, och det behövs uppdaterade riktlinjer och utbildningar”.



Marijke Talsma tar emot sitt pris av Gisle Rok-sund. Foto: Arnaldur Halldóorsson.

Bästa poster

Mårten Segerkvist, STA-läkare på Vilans Vårdcentral i Skara, fick pris för bästa poster. Hans FoU-arbete resulterade i en poster angående läkares förskrivning av protonpumpshämmare och vilka eventuella komplikationer läkemedlet kan han på lång sikt. Handledare var *Sofia Dalemo*, distriktsläkare och med.dr.



Mårten Segerkvist tar emot priset från Emil L. Sigurdsson MD, PhD, Professor Chair of the Scientific Committee. Foto: Arnaldur Halldóorsson.



Utmärkelser vid Svensk allmänmedicinsk kongress 2017, Karlstad

Bäst på hjärt-lungräddning

Ulrika Nyhammar var den som var bäst på återupplivning. Här får hon sitt pris av kongressgeneralen *Christina Ledin*.



Ulrika Nyhammar och kongressgeneralen Christina Ledin.

Foto: Ingrid Eckerman

Årets handledare

Susanne Lacke, Laurentiuskliniken, Falkenberg blev av kompetensvärderingsrådet utsedd till årets handledare 2017. Hon hade nominerats av f.d. ST-läkaren *Klara Ordrup*, Strandängshälsan, Mellbystrand.

Motivering: ”Susanne Lacke har varit min handledare både under AT och under hela min ST-tjänstgöring, åtta år tillsammans. Susanne har under dessa år med mycket kunskap, empati, engagemang och nyfikenhet inspirerat



Erland Svensson, Susanne Lacke, Klara Ordrup, Bibbi Breitholtz.

Foto: Ingrid Eckerman

till duktig allmänläkare, och i höstas blev jag färdig specialist. Nu har våra vägar splittrats då vi båda arbetar på varsin ny arbetsplats.”

Årets uppsats

Henrik Berlins uppsats ”Från insikt till förändring. Positiva faktorer för återhämtning vid utmattningssyndrom. En intervjustudie” utsågs av kompetensvärderingsrådet till årets uppsats 2017.



Robert Svartholm, Karin Lindhagen, Henrik Berlin. Foto: Ingrid Eckerman

Årets avhandling

Moa Wolff, Lunds universitet och CPF i Malmö, var författare till avhandlingen ”Yoga as a treatment for hypertension in primary care. A quantitative and qualitative analysis conducted in Sweden” som forskningsrådet utsett till årets avhandling 2016.



Hans Thulesius och Moa Wolff.

Foto: Ingrid Eckerman



Ett stort grattis till alla examinander 2017!

Foto: Ingrid Eckerman

Psykiatri. Red. Herlofson J, Ekselius L, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M. 879 sidor. Studentlitteratur 2009, rev. 2016. ISBN 978-91-44-09497-7



Nyttig psykiatribok

Många anser nog att "Herlofssons Psykiatri" tillsammans med "Ottossons Psykiatri" utgör standardverk i svensk psykiatri. 2016 gavs "Herlofssons Psykiatri" ut i nyutgåva med uppdateringar och hänsynstagande till de förändringar som ägt rum i DSM5.

Förutom Jörgen Herlofsson har ett flertal författare deltagit i boken. Redaktionsgruppen utgörs av kända namn inom psykiatrin: Lisa Ekselius, Anders Lundin, Björn Mårtensson och Marie Åsberg. Utöver dessa namn har runt 40 andra författare medverkat i boken. Boken känns överlag uppdaterad. I ett så brett fält som psykiatri är ett stort antal författare nog en nödvändighet för det.

Samtidigt gör det att kapitlen skiljer sig åt både när det gäller kvalitet och inriktning. I vissa kapitel blir det tydligt att författaren har ett kliniskt förankrat synsätt och är uppdaterad på detaljnivå. Kapitlet Schizofreni, andra psykoser och katatoni är ett exempel på hur man på ett begränsat antal sidor får en god inblick och förståelse för psykotiska symtom även i det kliniska arbetet. Så finns det andra kapitel där man utan vidare kommentarer skriver att något är utforskat trots att relevant kunskap finns inom området.

Boken tar upp viktiga områden inom allmänmedicinen. Trots

författarnas yrkesmässiga bredd med allt från psykologer, geriatriska, rehabiliteringsmedicinare, och det är inte tunnslätt med akademiska titlar, hade boken stärkts om någon kliniskt verksam allmänmedicinare funnits bland författarna. Detta inte minst med tanke på att en så stor del av de psykiatriska tillstånden tas om hand inom primärvården. Ett kapitel med utgångspunkt från de särskilda frågeställningar och arbetssätt som är vanliga på en vårdcentral skulle göra boken än mer heltäckande.

För en psykiater kan nog boken kännas något tunn, men frågan är också hur mycket en bok som ska hantera ett så stort fält kan innehålla. Hur ter sig då boken i ett allmänmedicinskt perspektiv? Inte alla kapitel är kliniskt relevanta, exempelvis kapitlet om hjärnbildande metoder, och några är lite väl teoretiserande för att platsa i den allmänmedicinska vardagen.

Trots att distriktsläkaren inte tillhör bokens huvudsakliga målgrupp finns det flera kapitel med nytta för allmänmedicinen, dels i den kliniska vardagen, men också för lärande och för en ökad förståelse när det gäller det breda psykiatriska fältet. Här kan boken tjäna som en möjlighet att djupdyka i något speciellt område då det känns påkallat; exempelvis missbrukskapitlet för att bättre kunna förstå de stora krafter som ligger bakom detta nästan abstrakta tillstånd. ►►

En ökad förståelse erhålls för olika terapiformer med den bredd och utveckling som skett över tid. Inte minst Jörgen Herlofssons egen bakgrund inom KBT har haft en betydelse för att få ihop de delarna. Givetvis är inte bokens målsättning att vara en praktisk handledning i terapi. För det finns det speciallitteratur, exempelvis inom KBT den läsvärda boken *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy* av Kennerley m.fl.

Kapitlet om utmattning av Marie Åsberg är välskrivet och behandlar ett sjukdomstillstånd som är vanligt inom allmänmedicinen. Inom allmänmedicinen är kapitlet om den rätt svåra psykiatriska diagnostiken av värde, liksom de stora sjukdomsgrupperna av affektiva tillstånd och den växande gruppen neuropsykiatriska tillstånd.

Att ha kunskap även i psykiatrins juridik är viktigt. Kapitlet är läsvärt och bidrar med viktig kunskap där en bakgrund ges i det

rättsliga tänkandet. Hur är det tänkt runt tvångsvård och hur har lagstiftaren tänkt exempelvis när det gäller en polishandräckning?

Sammantaget är boken av värde i ett allmänmedicinskt perspektiv, men där en viss variation finns mellan kapitlen utifrån hur de är skrivna. Vissa är mer kliniskt tillämpbara och andra mer övergripande teoretiserande.

Sven Hagnerud

Allmänläkare, ST-läkare barn och ungdomspsykiatri
Barn och ungdomspsykiatri Piteå,
Älvdals Sjukhus
sven.hagnerud@gmail.com



Jäv saknas.

*Praktisk sexualmedicin. Red Elin Gahm. Studentlitteratur 2017. 270 s.
ISBN 978-91-44-10777-6*



Våga fråga om sex!

Som läkare har vi fått öva på att fråga om det privata och svåra, såsom alkoholintag, avföringens konsistens och självmordstankar. Att fråga om sex känns ändå ofta främmande om inte kopplingen är uppenbar, som vid sexuellt överförbara sjukdomar eller gynekologisk eller urologisk sökorsak.

”Praktisk sexualmedicin” är skriven av flera erfarna författare med allmänläkare Elin Gahm som redaktör. Boken är heläckande och tar upp ämnet ur sociala, historiska, kulturella, rättsliga och medicinska aspekter. Det lättförståeliga kapitlet om fysiologi och anatomi är en välkommen repetition. Ett detaljerat kapitel om status inkluderar en hel del nya moment. Flera olika tillstånd och sjukdomar med lämplig medicinsk behandling presenteras i boken. Boken berör även svåra ämnen såsom sexuella övergrepp och oönskad sexualitet. För den som vill läsa mer finns referenser angivna i slutet av varje kapitel.

Från ett allmänmedicinskt perspektiv är redogörelsen av hur flera av våra vanligaste sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, neurologiska sjukdomar, cancer, depression och gynekologiska och urologiska sjukdomar, kan påverka lusten eller förmågan att ha sex intressant. En påverkad sexfunktion eller lust kan också vara första symtomet på något annat.

Ett av bokens viktigaste budskap är därför att sexualitet, lust och sexuell funktion kan vara hela eller en delförklaring till många olika symtom vi möter i primärvården. Att få prata om dessa problem utan att bli dömd kan i sig vara läkande för patienten och ofta finns hjälp att ge. Här ger boken stöd med sitt breda anslag och till hjälp finns även flera olika förslag på frågor och formuleringar kring sexualmedicinska frågeställningar till dem av oss som är ovana vid att fråga.

Användbart är också den genomgång som finns av läkemedel och biverkningar relaterade till sexuallivet. Det är viktigt att informera patienten om dessa vid förskrivning, och det är lika viktigt att ha läkemedelsbiverkningar i bakhuvudet om en patient söker med sexualmedicinsk frågeställning. Genomgången av hur stor fysisk belastning det är med sex jämfört med andra aktiviteter (inte särskilt stor!) är också till hjälp, då det är en fråga som ej sällan finns hos patienten.

Boken kan med fördel användas som ett uppslagsverk men kan också läsas helt eller delvis för att lägga till en pusselbit i helhetssynen som präglar arbetet som allmänläkare. Flera ovanligare tillstånd berörs i boken. Något som möjligen hade kunnat göras annorlunda är att den redogörelse som finns om könsbyten skulle kunna komma längre bak i boken då det inte är en särskilt vanlig, om än viktig, patientgrupp inom primärvården.

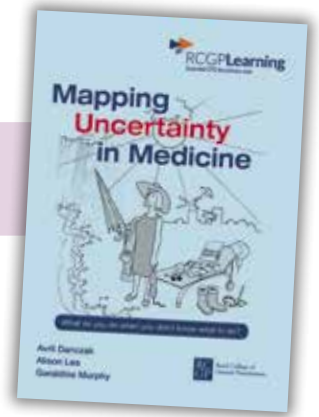
Sammanfattningsvis ger boken en heläckande genomgång av ämnet, en uppmaning till att våga fråga och att ha sexualmedicinska frågeställningar med i differentialdiagnostiken.

Viveca Gyberg

ST-allmänmedicin, med.dr.
Kvartersakuten Mörby Centrum
Enheten för kardiologi,
Institutionen för medicin,
Karolinska institutet, Solna
vivecagyberg@gmail.com



Danczak, Avril. *Mapping Uncertainty in Medicine. What to Do When You Don't Know What to Do?*
Royal College of General Practitioners 2016. 332 s. ISBN 9780850844054



Vad ska man göra när man inte vet vad man ska göra?

Om att hantera osäkerhet

Diagnostiska fel och försök till att eliminera dem i all ära – ovisshet är dagens börda för allmänläkaren. Även psykiatri och akutmedicin har sällan diagnoser solklara när patienten kommer eller lämnar oss för första gången. Osäkerheten finns lika fullt ut när vi drunknar i EBM, riktlinjer, PM, HÖKar osv.

Hur går man fram? Vilka kunskaper färdigheter och vilka inställningar krävs för att hantera en vardag av osäkerhet? Denna situation kallas på engelska WDYDWYDKWTD? (what do you do when you don't know what to do?).

Boken "Mapping Uncertainty in Medicine. What to Do When You Don't Know What to Do?" av Avril Danczak m.fl. ger ett navigeringssystem för osäkerhet där det flesta situationer kan hanteras säkert. Med stor betoning på att kunna hålla på ovissheten, att inte välja dysfunktionella utvägar genom att skylla på patienten: det är ju hens beslut. Eller att ta flera prover i väntan på att osäkerheten klarna eller remittera bort patienten i hopp om att någon annan tar Svarte Petter. Som man ropar får man svar: Ofokuserade remisser besvaras med "icke kardiologiska bröstsmärtor", "ingen endokrin dysfunktion".

Idag är många sjukdomar mer beroende av hanteringsbeslut än exakta diagnosen. I vår medicinska vardag förträngs behandling av sjukdomar mer och mer av riskhantering.

I boken finns förslag till hur man kan hantera människor som tar fram den långa listan där allt blir ett stort mörker eller sådana som söker för icke medicinska problem.

Boken är uppbyggd även för att kunna användas av handledare och studierektorer då den ger detaljrika förslag på hur man arbetar med osäkerhet i den kliniska vardagen, vid bedömning och inte minst i undervisning.

Den ger instruktioner om hur man kan bedöma och går fram för att analysera var skon klämmer både för en själv och för den villige adepten.

Även den intresserade erfarna allmänläkaren har en del att lära sig här för att kunna använda i praktiken. Det finns exempel till varje avsnitt och dessa är alltid relevanta och allmänläkarfokuserade.

Osäkerhet i patientkontakten delas in i diagnostik (läkare ensam med patienten och läkare i med omgivande nätverk) och hantering (läkare i förhandling med patient och läkare med omgivande multidisciplinärt team).

Sedan belyses noggrant fallgropar och färdigheter som krävs för att hantera varje aspekt. Hur och när använda riktlinjer och när gå ifrån? Hur fungerar teamarbetet bäst och vad förstör samarbetet?

Att träna för osäkerhet och för att skapa motståndskraft i detta betyder också att inse att det finns situationer där det inte finns en perfekt lösning utan ett urval av "good enough".

Boken ger förutom referenser även förslag på fördjupad läsning i anslutning till varje kapitel. Jag har redan planer på att ta fram och studera Chris Cates "Cates plots" och är nyfiken på "ABC of Medically Unexplained Symptoms" och "Communicating Basically Brilliantly".



Anna Beck

Örnässets Hälsocentral
Studierektor Luleå Boden

Allmänläkarkonsult, samordnare Norrbotten
anna.beck@norrbotten.se

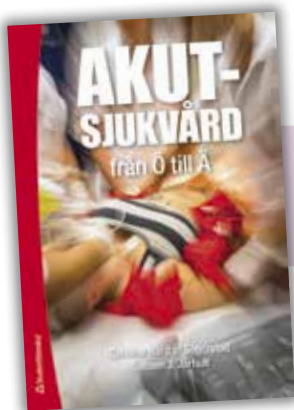
AllmänMedicin informerar

Bokrecensenter sökes!

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

Hör av dig till chefredaktör@sfam.se!





Hård af Segerstad C, Järhult S.J.
Akutsjukvård från Ö till Ä. 530 s.
Studentlitteratur 2017.
ISBN 9789144104379

Användbar bok för sjukhusets generalister

Akutläkarna får nu en egen handbok eller lärobok som stöd. Kan boken användas vid akuta bedömningar i glesbygd?

Först ska sägas att det är en ambitiös och säkert mycket användbar bok. Akutläkarna blir sjukhusets generalister, dock utan allmänmedicinens kontinuitet. Mitt glesbygds-perspektiv påverkar mina randanmärkningar och invändningar.

Typografin är minimalistisk och första intrycket lite tråkig, men det är bra att innehållet prioriterats och att tydliga figurer betonar innehållet. Språket är kortfattat med många punktlistor. Av och till används engelska uttryck, framför allt i rubriker. I boken förekommer flera hundra faktarutor, tabeller, figurer och akronymer, dvs. initialförkortningar för att lättare komma ihåg. Figurerna är ofta tydliga och instruktiva.

En överskådlig innehållsförteckning inleder boken. Därefter kommer ett register över alla faktarutor. I introduktionen förklarar man de olika koncept som ligger till grund för strukturen. Boken avslutas med sakregister och viktiga telefonnummer.

De första kapitlen om symtom delas in i undersökning, omedelbara åtgärder, vidare åtgärder samt symtom och diagnoser att överväga. Kapitlet *Exposure, Extremities and 'Everything else'* handlar om olika typer av skador och är kanske det mest intressanta kapitlet för oss. Sista kapitlet är *Äldre och åldrande*.

Procedurer tas upp i kortfattade beskrivningar med bra utrustningslistor. I kapitlet Flöden finns tankegångar som är tillämpliga även för oss i över längre tidsperioder i underbemannad primärvård. NEWS (National Early Warning Score) föreslås för bedömning och SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) för kommunikation inom personalgruppen.

Minnesreglerna är många för att inget viktigt ska missas, men ger risk för överutredning och onödig behandling. Alla åtgärder måste kritiskt värderas. Några minnesregler känner jag igen men många tillkommit. Kanske passar de vissa individer men inte alla.

Att rutinmässigt använda vissa utredningar vid vissa symtom eller diagnoser kan vara ett resursslöseri. Det svåra är inte att föreslå utredning, prover, åtgärder behandlingar utan att med rimlig säkerhet bedöma att avstå.

Att kritiskt granska verksamheten är avgörande. Därför är det tråkigt att inledningen om EBM, sannolikhet och statistik blivit helt felaktig (vad är Adjusted Relativ Risk?). Det hade varit intressant att vid flera av handläggningsråd och utredningstips se korrekta statistiska begrepp tillämpade.

Äldre och åldrande är nog den svåraste avgränsningen för akutläkarna. Hur mycket behövs för att bli "multisjuk" och "skör" och istället handläggas av geriatriker eller allmänmedicinare?

Saknas gör uppgifter om hur man hanterar avlidna och juridiken kring det. Likaså redovisas inte jäv och intressekonflikter av Studentlitteraturs författare.

Boken kan rekommenderas. Den får testas i praktiken av ambulanspersonal och ST-läkare. Man kan dock ställa sig frågan hur länge en sådan här bok håller aktualitet. Många föredrar en bok att hålla i, men en elektronisk version kan uppdateras kontinuerligt.



Peter Olsson
Jokkmokk
peter.olsson@norrboten.se

Annons

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.eliaasson@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare

Anna Nager
anna.nager@sfam.se

Skattmästare

Magnus Kåregård
magnus.karegard@sfam.se

Övriga ledamöter

Maria Wolf
maria.wolf@sfam.se

Åke Åkesson
ake.akesson@sfam.se

Peter Berggren
peter.berggren@sfam.se

SFAM:s råd

Fortbildningsrådet
Anders Lundqvist
andlundqvist@gmail.com

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Rita Fernholm
rita.fernholm@gmail.com

ST-rådet

Ulrika Elmroth
uelmroth@hotmail.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

SFAM:s nätverk

Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper

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

Gastroprima – för mag-tarm-intresserade allmänläkare

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

Studierektorskollegiet

Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Naaka – Nätverket för Astma,

Allergi, Kol, Allmänmedicin
www.naaka.se
Karin Lisspers
karin.lisspers@ltdalarna.se

Riskbruk

Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin

Jens Wiethage
jens.wiethage@regionostergotland.se

Infektioner i primärvården

Sigvard Mølstad
sigvard.molstad@med.lu.se

Konsultationsnätverket

Conny Svensson
katarina.boltenstern@sfam.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
evaarv@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
bernd.sengpiel@gu.se

Scandinavian Journal of Primary Health Care

Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

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

Lokalföreningar

NORRBOTTEN

Maria Nordendahl
maria.nordendahl@nll.se
http://allmanmedicinbd.se

VÄSTERBOTTEN

Bengt Marklund
bengt_marklund@hotmail.com

JÄMTLAND

Jan Håkansson
jan.hakansson@regionjh.se

VÄSTERNORRLAND

Martin Häggberg
m.haggberg@gmail.com

GÄVLEBORG

Lisa Månsson-Rydén
lisa.ryden@telia.com

DALARNA

Emil Péclard
emil.peclard@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND

Maaïke Giezeman
maaike.giezeman@liv.se

VÄSTMANLAND

Jonas Foldevi
jonas.foldevi@ptj.se

UPPSALA

Karin Salomonsson-Wohlín
karin.salomonsson.wohlin@lul.se

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

Magnus Falk
magnus.falk@regionostergotland.se

VÄSTERVIK

Ellinor Schüllerqvist
ellinor.schullerqvist@ltkalmar.se

SÖDRA KALMAR LÄN

Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmar.se

JÖNKÖPING

Josette Troon
josette.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.sfamnv.se

MALMÖ

Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT

Lars Kvist
lars.kvist@telia.com
Anna Sternby
anna.sternby@yahoo.se

HALLAND

Gösta Eliasson
gosta.eliaasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG

Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@gu.se

FYRBODAL

Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG

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

Katarina Lilliequist
katli@telia.com

Annika Andén
annika.anden@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

Utgivningsplan för 2017

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
4	16.10	20.11	18.12	Fortbildning

Utgivningsplan för 2018

Nr	Manus-stopp	Extra beställning	Utgivning	Tema
1	8.1	12.2	13.3	En god och nära vård
2	26.3	7.5	4.6	Genderfrågor
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.

Kalendarium

Mer upplysningar via kalendariet på sfam.se.

2017**Oktober**

Kvalitetsdagen, SFAM Q
5.10 Stockholm

ASK-seminarium
12.10 Stockholm

Skriftligt prov
för specialistexamen
23.10 egen vårdcentral

November

Framtidens medicin och hälsa, SLS
14-15.11 Stockholm

Narrativ medicin
24-25.11 Kungälv

December

Konsultationsnätverket
8.12 Stockholm

Kliniskt kunskapsstöd
för primärvården
13-14.12 Malmö

2018**Januari**

Kurs i kompetensvärdering
15-17.1 Nyköping

Mars

Mitt-i-ST-seminarium, 18.3 Sthlm

April

SFAM:s kongress, 18-20.4 N.köping

Internationellt

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

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

KursDoktor

www.kursdoktor.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

Annons