■ **Ledaren** SID 3
■ **Nytt kryss av ny kryssmakare!** SID 32
■ **Lustgas – en olustig drog** SID 18-20
■ **Medicinsk humaniora – vad är det?** SID 21-23

Seniora Läkare

Nr 1 | 2024
Utgiven av Seniora Läkare – intresseförening i Sveriges läkarförbund

Sjukvårdens brottsbekämpning utan styrsel

”Lär av Trafikverket”

Olle Svensson, professor emeritus: ”På tiden att göra handling av all kunskap och statistik som finns” 6-10

Psykiatrin på väg att knäckas av livets umbäranden
Men vems fel är det?
12-17

■ **Missa inte det senaste om vårmötet i Umeå** SID 28-30

■ **Res & njut med Seniora Läkares resor 2024!** SID 4-5

Alltid frisk lycklig och glad

WHO:s definition av hälsa ”Ett tillstånd av totalt fysiskt mentalt och socialt välmående” är en form av omvänd nollvision.

▼ Full hälsa kan först uppnås när faktorer som hindrar välbefinnandet har eliminerats. Nollvisionen är ett önskvärt men kanske inte ett helt realistiskt mål med tanke på hur få av oss som befinner sig i ett tillstånd av total harmoni.

I flertalet demokratiska välfärdsländer finns ändå en enighet kring att den optimala hälsan är en rättighet för alla och sjukvården har ansvar för att nå dit. Detta är kanske mest tydligt när det gäller psykisk hälsa. Samtidigt visar stora kunskapssammanställningar från USA och Storbritannien att söktrycket till psykiatrin ökar närmast explosionsartat och i en takt som vården inte kommer att klara.

I en debattartikel i detta nummer visar psykiatern Johan Söderlund hur komplex frågan om ökningen av psykiska problem egentligen är. Alltfler söker hjälp från psykiatrin för oro och ångest som har sin orsak i livserfarenheter som flertalet i befolkningen någon gång kan drabbas av.

Hur mycket av detta som sjukvården ska utreda och behandla, inte sällan på bekostnad av att allvarligare psykiska problem hamnar längre bak i kön är en laddad fråga. Ingen organisation eller politiskt parti vill utmålas som att man vill begränsa tillgången till vård för lidande människor och det är lätt att populistiskt avfärda diskussionen som brist på empati med samhällets svagaste. Men att prioritera är ansvarsfull empati.

Josef Milerad

Foto: Lotta Ljungberg.

Seniora Läkares redaktion

Torsten Mossberg
Anestesiolog, f.d. medicinalråd i Socialstyrelsen. Ordförande i Seniora Läkare. Medlem i Läkarförbundets styrelse.

torsten.mossberg@gmail.com

Marianne Ors
Klinisk neurofysiolog vid Skånes universitetssjukhus. Webbansvarig för Seniora Läkare.

ors.marianne@gmail.com

Josef Milerad
Redaktör för Seniora Läkare och ordförande för Skolläkarföreningen.

josef.milerad@gmail.com

Till redaktionens hjälp: Christer Bark, rådgivande journalist, redigerare och grafisk formgivare.

SENIORA LÄKARE

Tidningen Seniora Läkare ges ut av föreningen Seniora Läkare

– en intresseförening i Sveriges läkarförbund.
Tidningen kommer ut med fyra nummer per år.

Annonsansvarig

Margareta Linder
Ledamot i Seniora Läkares styrelse. Är njurmedicinare och sedan 1998 även styrelseledamot i ”Livet som Gåva”, som driver frågan om organdonation.

margareta.falun@telia.com

Preliminära utgivningsdagar 2024

Nr 2: 13 juni. Manusstopp 20 maj.
Nr 3: 14 oktober. Manusstopp 17 sept.
Nr 4: 16 december. Manusstopp 19 nov.
Upplaga: 3.000 ex

”Vi är alla stabila konstruktioner – det som patienterna behöver”

Nyligen gick det sista tunnelbanetåget av den ursprungliga Stockholmsmodellen sin sista tur. Jag grips av nostalgi, tänk vilken framtidstro när man, trots att Stockholm bara hade cirka 600 000 invånare, satsade på en tunnelbana trots varningar från övriga Europa; ”det behövs minst ett underlag på en miljon innevånare för att en tunnelbana ska löna sig”.

1950 invigdes Stockholm tunnelbana söderut genom den sedan 1930-talet befintliga spårvägstunneln genom Södermalm, två år senare startade tågen västerut från Hötorget ut till mönsterförorten Vällingby. Först 1957 kunde förbindelsen mellan Hötorget och Slussen invigas.

Sambandsbygget var komplicerat, genom Brunkebergsåsen, urberg och vatten. En olycka under strömmen 13 december 1952, då vatten trängde in i tunneln, försenade bygget. Ingen skadades allvarligt eftersom de flesta firade Lucia.

De gröna tågen med sin funkisinredning och gröna soffor luktade speciellt av olja, galon och människor. Den ursprungliga modellen var, med en rad ombyggnader och ommålningar i trafik till februari 2024, dvs i över 70 år. Vilken medicinsk utrustning eller metod har överlevt så länge?

Enligt Karin Johannesson myntades begreppet nostalgi ursprungligen år 1678 av den 19-årige schweiziske läkarstudenten Johannes Hofer som en medicinsk diagnostisk term för sjuklig hemlängtan.

Min nostalgi är knappast av den sjukliga sorten, mer en beundran av dem som konstruerade dessa tåg som kunde användas under så lång tid. Vilket förutseende, vilken pålitlig och stabil konstruktion.

Min koppling till sjukvården är denna – med respekt för de metoder och den utrustning vi alla använt, med vår kunskap, kan vi seniorer hjälpa till att lösa sjukvårdens många problem. Vad kan vi, utan att vara alltför nostalgiska ta med oss för kloka erfarenheter i diskussionerna? Svaret är många.

I dagarna talas det om katastrof, stora underskott i de flesta regioner, underskott som har resulterat i varsel. Vi som varit med länge känner igen katastroflarmen, de fanns på 1970-talet, på 1990-talet och vi löste problemen.

Hur? ... Det går inte att jämföra dagens vård med gårdagens. Idag kan man behandla långt fler sjukdomar framgångsrikt än någonsin tidigare, en del behandlingar och läkemedel är mycket dyra och det är närmast självklart att vårdens kostnader nu utgör en högre procent av BNP än tidigare.

Samtidigt är antalet kostsamma vårdplatser rekordfå. Det var absolut inte bättre förr men möjligtvis var vi tvungna att prioritera både undersökningar och åtgärder mer eftersom resurser och möjligheter var begränsade.

Hur resonerade vi? Vad var vi tvungna att välja bort? Lyckades vi för det mesta ändå att leverera nödvändig och god vård?

Jag vill gärna tro det. Nu vill jag framför allt uppmana alla medlemmar att aktivt delta i diskussionen om sjukvårdens problem och betrakta dessa med både nostalgiska och konstruktiva ögon.

Jag ser fram mot en ny prioriteringsdiskussion i vilken man kan ge exempel på vad vården faktiskt inte ska ägna sig åt. Vi måste hjälpa till att få bort onödiga undersökningar och, kanske framför allt, överbehandlingar.

Ett dokument från den danska prioriteringsgruppen har just publicerats och kan tjäna som inspiration liksom Svenska Läkaresällskapets projekt ”Kloka kliniska val”. Övervård och undersökningar vars resultat inte påverkar behandlingen är inte god vård.

I alla varseldiskussioner bör man komma ihåg att det är billigt att behålla en pensionär i tjänst eftersom arbetsgivaravgifterna reduceras i och med pensioneringen. Så låt seniorer få jobba kvar så länge de kan bidra. Att det är många av oss som idag håller vården under armarna trots stigande ålder visar resultaten av vår enkät, se mer om denna i den fackliga spalten.

Det ljusnar, dagarna blir längre. Våren är på väg. Hoppas det ljusnar även för regionerna och sjukvården.

Torsten Mossberg, ordförande i föreningen Seniora Läkare

Grekland

11-18 april
Klassiska Grekland

▼ Vårens resa går äntligen till Grekland och för oss till alla de klassiska platserna med start i Athen med Akropolis och Parthenon. Därefter styrs kosan söderut över Korintkanalen till Peloponnesos med Mykene och Olympia. Åter på fastlandet väntar Parnassosberget med Delfi.

Resans sista anhalt är Kap Sounion med Poseidontemplet och en fantastisk vy över Egeiska havet och solnedgången.

■ Information: Paradisresor
Tel. 0702-259992
E-post: info@paradisresor.se
Hemsida: www.paradisresor.se

Klippornas rike, Ramsvikslandet. *Här vandrar vi över gröna kustängar, ljunghedar och slätslipade klipphällar, skapade av inlandsisen och västerhavets krafter, vind och vatten.*

Bohuslän

25-29 augusti
Bohuslän – njutningsvandring

▼ En mycket annorlunda resa för Seniora Läkare! Med Kungshamn i mellersta Bohuslän som start- och slutpunkt vandrar vi utan packning i lätt terräng, all inclusive, och upplever nya övernattningsställen och fantastiska måltider.

Resan börjar med incheckning på Hotell Kungshamn första dagens eftermiddag. Så småningom avnjuter vi en sjurätters middag på Tant Anton. För den som är bilburen finns det parkeringsmöjligheter vid hotellet, eller så åker man buss med Västtrafik (www.vasttrafik.se) från Göteborg eller Uddevalla. Från Göteborg tar det 2-3 timmar.

Följande dag gör vi en kort promenad till kajen i Kungshamn för att ta färjan till Hållö, en tio minuters båttur, till rosa granitklippor, jättegrytor och Bohusläns äldsta fyr, som vi kan gå upp i. Vår vandring på Hållö är sex km och så småningom checkar vi in på vandrarhemmet Utpost Hållö. Takten är trivsamt maklig så det finns tid både till bad i marmorbassängen eller bastu vid Utpost Hållö. En skaldjursbuffé avslutar dagen.

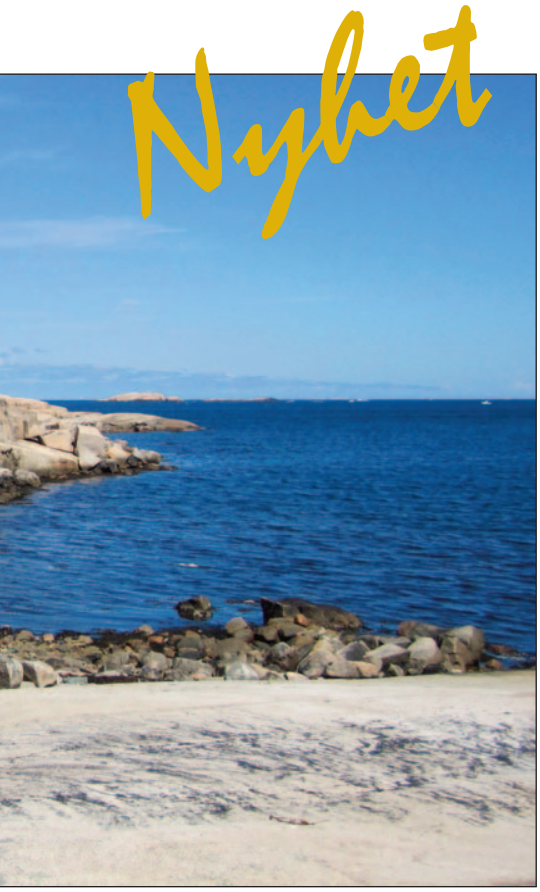
Från Hållö färdas vi nästa dag med båt till klippornas rike, Ramsvikslandet, som är ett naturreservat. Det var tidigare en halvö men blev en ö då Sotekanalen grävdes/sprängdes på 1930-talet.

Den blev en säker farled istället för de farliga vattnen utanför Sotenäset och vi färdas halvvägs in i kanalen innan vi stiger iland på ön. Där vandrar vi tio km över gröna kustängar, ljunghedar och slätslipade klipphällar, skapade av inlandsisen och västerhavets krafter, vind och vatten. Som dagen innan njuter vi av vårt lunchpaket för att på eftermiddagen besöka skulpturparken Udden i Hunnebostrand. Med bussen åker vi sedan till det lilla samhället Örn, där vi ska äta middag och övernatta hos ”Hem till Bengt” i hans gula hus.

Följande morgon promenerar vi hundra meter till bryggan i Örn för vidare transport per båt till Smögen. Där vandrar vi åtta km och avslutar med lunch på Göstas Fiskekrog.

Från Smögen går vi tre km över bron till fastlandet och Kungshamn, där vi får en föreläsning om den bohuslänska författaren Emelie Flygare-Carlén. Detta äger rum i Gerlegården, Kungshamns äldsta byggnad, uppförd 1783, med en historia som både trankokeri och brännvinsbränneri.

■ Kontaktperson för Seniora Läkares resor är Christina Berntsson.
Tel. 0708-139618, christina.berntsson.cb@gmail.com



Dagen avslutas med middag på restaurangen Madam Koko i Kungshamn och efter en natt på Hotell Kungshamn är det dags för hemresa.

Under alla vandringarna guidas vi av den erfarna reseledaren Eva Jantzen. Föreläsare i Gerlesgården är Bodil Tingsby som både har skrivit och också gjort en film om Emelie.

Hotell Kungshamn är fyrstjärnigt medan Utpost Hållö är ett vandrarhem med dusch och handfat i alla rum. Hem till Bengt har dusch och toalett på flertalet rum, några har delad dusch i byggnaden.

■ Information och anmälan:
Vandra utan packning
Tel. 0708 794656
E-post: info@vandrautanpackning.se
Hemsida:
www.vandrautanpackning.se/seniora

Portugal och Spanien

4-9 oktober
Porto och Santiago de Compostela

▼ Resan inleds i Porto, en handelsstad vid Douroflodens utlopp i Atlanten. Flodens namn är Douro på portugisiska, i Spanien där den rinner upp heter den Duero.

Portos rikedomar kommer från portvinet och det har bidragit till den fina arkitekturen och andra sevärdheter.

Vårt hotell är ett renoverat 1700-talspalats centralt i staden, från vilket vi gör en vandring genom den antika stadskärnan. Romarna byggde här för 2000 år sedan en befäst handelsstad, Portos Cale, som skulle ge namn till hela Portugal. Efter romarna härskade här visigoter, morer och från år 1092 de kristna.

På andra sidan floden finns Vila Nova de Gaia, där de stora portvinshusen återfinns. Vi besöker några och provsmakar förstås, bl.a. Taylors, grundat redan 1692, och portvinshuset Graham.

Med båt på Douroflodenen tar vi oss österut in i landet, där vackra sluttningar med vinodlingar omger oss. Så småningom landar vi på en vingård, Quinta da Gaivosa, där vi får en rundtur och också där provsmakning av dess högklassiga röda och vita viner.

I hjärtat av den mäktiga Dourodalgången, klassad som världsarv för sitt unika odlingslandskap, stannar vi för övernattning i den lilla staden Pinhão. Även här, som i Porto, finns en elegant bro över floden konstruerad av Gustave Eiffel. Järnvägsstationen är också sevärd med sina vackra blåvita kakelväggar med scener från Dourodalen.

Efter Pinhão reser vi norrut med buss och efter att ha passerat gränsfloden Minho befinner vi oss i Spanien, i provinsen Galicien. Det första stoppet är den pittoreska staden Pontevedra, som ligger längst in i en av vikarna från Atlanten med en stor fiskeflotta. Det vita vinet som tillverkas av den lokala druvan albariño kan vara ett självklart val till vår tapaslunch på skaldjur. Pontevedra är och var en viktig knutpunkt för de pilgrimer som var på väg till den heliga staden Santiago de Compostela.

Som sentida pilgrimer kommer vi så till resans slutpunkt, Santiago di Compostela. Vi kommer att bo på en parador, belägen alldeles nära katedralen och stadens stora torg.

Detta magnifika hotell var ursprungligen ett pilgrimshärbärge från medeltiden, nu omgjort till Spaniens finaste parador. Paradores är en unik kedja av hotell som funnits i Spanien sedan 1920-talet, ofta belägna i anrika kulturbyggnader som slott och kloster.

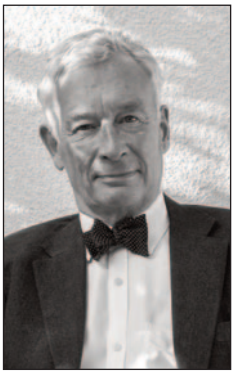
Även Santiago är ett UNESCO-världsarv och vi besöker den imponerande katedralen och aposteln Jakobs gravkammare för att sedan kunna vandra genom de medeltida gränderna och känna den speciella stämning som bara finns i Santiago.

Vår färdledare och ciceron på resan är den kunnige journalisten, författaren och Spanienkännaren Thomas Gustafsson.

■ Information och anmälan:
Ola Olsson Mejt Resor AB
Tel. 0704-220174
Mail: info@mejtresor.se
Hemsida: www.mejtresor.se

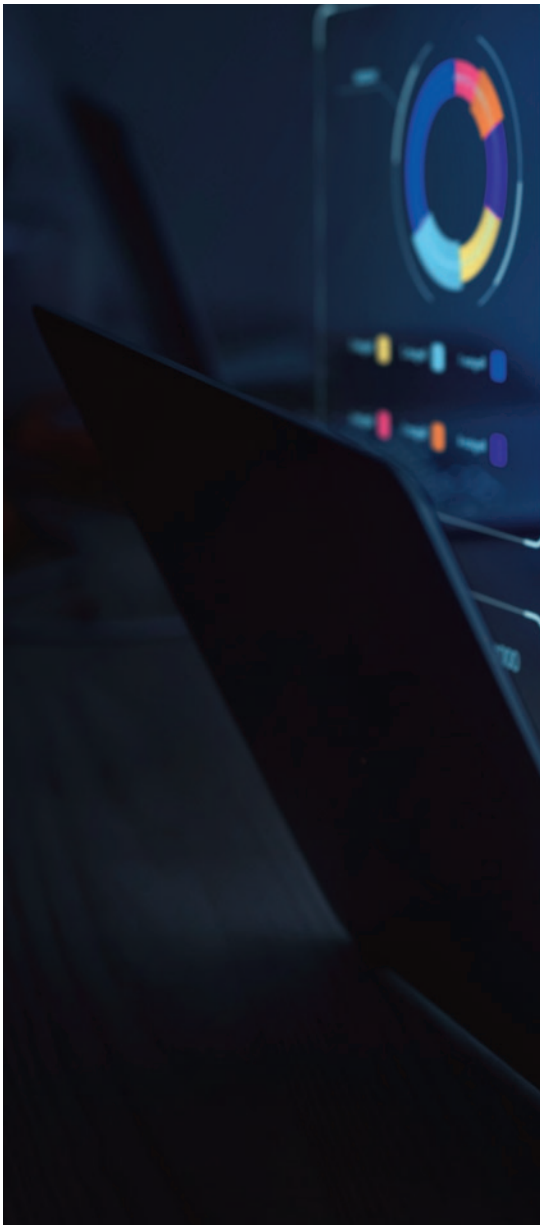
Fallna kvinnor och behöver en bättre b

Idag görs det mesta på en höft…



Text: Olle Svensson
• Professor emeritus vid Norrlands universitetssjukljus och Umeå universitet

Sjukvården har mycket att lära av Trafikverket – resultat och statistik måste återföras i handling



I rika länder dödar och invalidiserar fall fler människor än alla andra skador tillsammans.

▼ Av dödsfallen står skador i trafiken för 8 procent och på arbetsplatser 1 procent. De flesta dödande skador sker i hemmet eller på fritid, och skapar sällan rubriker, till skillnad från mord/dråp (där antalet brottsoffer är nästan skrämmande konstant med drygt hundra per år (23 procent kvinnor), enligt brottsförebyggande rådet, som för noggrann statistik[1].

Det gör Socialstyrelsen också för fallskador, men man har inte använt sin skadestatistik lika effektivt som exempelvis Arbetsmiljö- eller Trafikverket som under de senaste decennierna dramatiskt minskat döden på vägar och arbetsplatserm helt enkelt genom att räkna skador och ständigt återföra resultaten.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Unga kan bättre parera skador än gamla/sjuka, som ofta inte kan parera med händerna, utan faller som furor. Handledsfraktur är därför den vanligaste frakturen hos yngre och medelålders. Hos äldre är frakturer i nedre extremiteten vanligare. Infälld illustration: Per Aspenberg.

brutna män
brottsbekämpning

Dina neuromuskulära reflexer bästa skyddet mot brott

Fall är den enda skada som domineras av kvinnor, över 70 procent. Det är kanske därför som lejonparten av resurser som anslås till skadeprofylax inte läggs på fallskador, och även den större delen av den befintliga fallskade-profylaxen inriktas på arbetsplatser, där arbetsgivaren har ett strikt juridiskt ansvar. (På oljeplattformar är det vid vite förbjudet att gå med händerna i fickorna.)

Fall är vanligast hos unga, men svårighetsgraden på fallskadorna ökar med åldern, främst på grund av patienternas samsjuklighet. Även om skadan sker under vardagliga omständigheter är konsekvenserna ofta förödande för patienten. Det är stråt som knäcker kamelens rygg.

Unga kan bättre parera skador än gamla/sjuka, som ofta inte kan parera med händerna, utan faller som furor. Handledsfraktur är därför den vanligaste frakturen hos yngre och medelålders. Hos äldre är frakturer i nedre extremiteten vanligare.

! Neuromuskulära reflexer är den absolut viktigaste skyddsmekanismen mot frakturer. De är också mer påverkbara. Bentätheten kan man bara påverka några få procent. Styrka, balans och proprioception är lättare att påverka.

Kroppens alla 203 ben kan gå sönder, och även om frakturerna bara är 10-20 procent av skadetillfällena på akuten så drar de mest vårdkostnader.

”Vården borde fokusera mer på höftfrakturer”

Värst är höftfraktur – the queen of all fractures – med en mortalitet och morbiditet som metastaserande cancer[2]. Höftfrakturer drar lika mycket sjukhuskostnader som all annan frakturkirurgi tillsammans.

Därför vore det smart med en mer genomtänkt brottsförebyggande verksamhet, och enligt §1 i hälso-och sjukvårdslagen som lagstadgar att behov ger företräde, så bör vi fokusera på höftfrakturerna.

Epidemiologer älskar höftfrakturer, dels för att diagnosen är så viktig och morbiditet och mortalitet är som metastaserande cancer. Dels för att nästan alla opereras och hamnar i olika databaser.

Incidensen höftfraktur ökar med en faktor 40 från 50 till 90+. Som jämförelse kan nämnas att bentätheten minskar med en faktor 2-3, i paritet med de flesta övriga fysiologiska parametrar, så benskörhet är inte den viktigaste faktorn för höftfraktur. Kring 40 procent har osteoporos enligt WHO:s definition, de flesta har osteopeni, en mildare form av benskörhet. Men det spelar ingen roll för den benstärkande behandlingen.

Trafikdöden minskades inte genom prospektiva randomiserade studier, som exempelvis jämförde effekten av hastighetsbegränsningar med krockkuddar eller nykterhetstester. Utan genom successiva små förändringar som noga registrerades statistiskt, återfördes analyserades och åtgärdades – om och om igen.

Vad kan vi påverka? Kanske den vanligaste orsaken till fallskador hos gamla är sjukdomar och felmedicinering, för mycket och för många mediciner.

Det finns väl ett drygt tjog med viktiga påverkbara faktorer för att förbättra resultaten vid geriatrisk traumatologi som idag upptar de flesta av de ortopediska vårdplatserna. Det finns många olika bra

projekt, men inget enhetsgrepp.

Man talar ibland om "lågenergiskador". Ett fall från stående kan bryta vilket ben som helst om man inte kan ta mot sig. Rörelseenergin är nämligen proportionell mot massan gånger hastigheten i kvadrat.

Dessutom har evolutionen konstruerat alla biologiska vävnader så att de är mycket starkare i fysiologiska riktningar, för höften mer i längsriktningen än transversellt; det är fråga om skillnader över 10 gånger.

På samma sätt så är inte metallinnehållet i Eiffeltorn och andra konstruktioner ett bra mått på hållfastheten i olika riktningar.

Vad bör göras? Mät och återför höftfrakturer som operationellt kan definieras via "Svenskt Perioperativt Register" (www.spor.se) som registrerar alla upprepade höftfrakturer (kring 15 procent) och reoperationer (10 procent).

Eftersom vi har 16 000 per år, och de flesta komplikationer sker tidigt, så kommer vi snabbt att kunna använda statistisk processtyrning – inte som idag: på en höft. Som Lord Kelvin sa: "If you cannot measure it, you cannot improve it".

Läkemedel

Zoledronat eller inte? Zoledronat tillhör kategorin bifosfonater som tidigare användes av rörmokare för att rensa upp kalkavlagringar. Det är föreningar med två fosfatgrupper som starkt binds till benmineral och hämmar osteoklasterna.

Under 1990-talet gjordes stora fiskafängen för att finna medel mot hypercalcemi och när man adderade en aromatisk kvävering till fosfatgrupperna fick föreningen, zoledronat, helt nya egenskaper och kom snart att användas för att behandla osteoporos och andra metaboliska skelett-sjukdomar.

Zoledronat metaboliseras inte, utan binds till benets mineralfas, och får en långtidseffekt att hämma osteoklasterna. Efter 24 timmar har det mesta utsöndrats via njurarna.

De flesta tidigare bifosfonaterna gavs peroralt, och hade på grund av gastrointestinala biverkningar en låg adherence: ungefär hälften av patienterna kunde inte ta tabletterna en längre tid.

Men zoledronat ges intravenöst och kom att revolutionera behandlingen av inte bara benskörhet utan även de flesta andra metaboliska ben-

Fortsättning nästa uppslag >>>

sjukdomar – nästan alla beror på ökad benresorption.

För höftfraktur har zoledronat en NNT (numbers necessary to treat) kring 15, tio gånger lägre än de perorala medlen. Paget sjukdom kan ofta nästan botas med en engångsdos, och det är standardbehandlingen vid skelettmetastaser, då i mycket högre kumulativa doser.

I de grundläggande HORIZON-studierna gavs 5 mg till höftfrakturpatienter en gång per år. Det minskade antalet nya frakturer med en tredjedel och minskade även mortaliteten.

När man hade nått en på förhand bestämd skillnad avbröts studien. Då stod man med ett antal patienter som hade fått 1 – 3 doser. Förvånande nog fann man i en post hoc-analys att bara en injektion gav en liknande effekt med en 32- procentig minskning av frakturrisken under 1,5 års uppföljning.

Tidigare behandling i Norge

I en elegant studie jämförde man zoledronats frakturskyddande effekt hos patienter med osteoporos och osteopeni. Bentätheten spelade ingen roll för zoledronatets effekt. Därför ger man rutinmässigt zoledronat redan på sjukhuset efter höftfrakturreparation i Norge till de flesta höftfrakturpatienter: ”Ett brudd er nok”, och i ökande utsträckning även i UK.

Anledningen till att man varit tveksam till att ge tidig behandling, var att man i en post hoc-studie fann att zoledronat möjligen hade en något lägre effekt, men det hindrade inte författaren att själv gå i bräschen för att införa rutinen i Norge: alternativet för de sköra patienterna är ju i realiteten ingen behandling alls.

Därför har ortopedin sent omsider även i Sverige börjat att ge en engångsbehandling dagen efter höftfrakturoperation, utan bentäthetsmätning. Kontraindikationer är kraftigt nedsatt njurfunktion och hypocalcemi.

Motståndet mot detta har varit förvånansvärt starkt, vilket är märkligt, men kanske kan förklaras av priset, i skrivande stund – 196 kronor – för en treårsbehandling, bråkdelar mindre än för den alternativa behandlingen denosumab, som måste ges var sjätte månad i tre år, och när det seponeras måste man fortsätta med zoledronat pga. risk för en reboundeffekt.

Den farmakologiska frakturprofylaxen är bara en del, och ofta inte den viktigaste.

Men behandlingsgraden och sekundärpreventionen vid osteoporos i Sverige är fortfarande låg med stora regionala skillnader. De sämst ställda med högst risk för fler skador får sällan någon effektiv frakturprofylax.

Referenser:

1. BRÅ. Kriminalstatistik, https://bra.se/download/18.6bb714d018722cf91a62572/1680099201251/Statistikrapport_Dödligtvåld_2022.pdf.

2. Michaelsson K, Nordstrom P, Nordstrom A, et al. Impact of hip fracture on mortality: a cohort study in hip fracture discordant identical twins. J Bone Miner Res 2014; 29: 424-431. Research Support, Non-U.S. Gov't 2013/07/04. DOI: 10.1002/jbmr.2029.

3. Davis R. BMJ bans “accidents”. BMJ 2001; 322: 1320-1321. DOI: org/10.1136/bmj.322.7298.1320 https://rib.msb.se/filer/pdf/29640.pdf

Tips om du vill veta mer hur du förebygger brott

▼ På Socialstyrelsens hemsida finns en mycket bra broschyr ”Tips för att förhindra fallolyckor” väl värd att läsa och även en rad utmärkta, lärorika videos med balans och styrkeövningar som redaktionen varmt rekommenderar.

• Du hittar broschyren enklast genom att googla rubriken. Filmerna hittar du bäst på Socialstyrelsens egen hemsida. Skriv bara ”Filmer förhindra fallolyckor” i sökfältet”.

seniordocs

Där erfarenhet räknas

Är du en senior läkare som vill fortsätta att utvecklas?

Vi vill skapa spännande konsultuppdrag för att motivera seniora läkare till att fortsätta arbeta. Kanske vill du pröva något nytt? Kanske vill du kunna sitta och arbeta från sommarstugan? Kanske vill du kontinuerligt vara en del av en trevlig arbetsplats? Vi lägger vår energi på att försöka skapa ett skräddarsytt uppdrag åt just dig, hör gärna av dig och berätta mer om dina önskemål.

www.seniordocs.se
info@seniordocs.se

Debattinlägg: Johan Söderlund är medicine doktor och specialist i psykiatri. Han jobbar som medicinskt ledningsansvarig överläkare vid WeMinds psykiatriska öppenvårdsmottagning för vuxna i Nacka. Han är representant i WeMinds centrala expertgrupp för neuropsykiatri. Sedan ett par år tillbaka även engagerad i samhällsdebatten kring ADHD.

Psykiatrin måste stå upp patienter – inte låta frisk

WHOs definition av psykisk hälsa är i princip liktydig med ett psykiskt välbefinnande som gör det möjligt att klara av vanliga påfrestningar i livet.

▼ I Folkhälsomyndighetens rapport ”Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention” från 2023 [1] menar man därför att psykiskt välbefinnande ses som en grundförutsättning för att människor ska nå sin fulla potential.

Enligt rapporten framgår att den psykiska ohälsan ökat i Sverige de senaste åren och man gör därför en bred ansats för att förebygga detta.

Psykisk ohälsa innefattar en rad besvär och tillstånd av olika allvarlighetsgrad såsom upplevd oro och

Vi behöver inte satsa ännu mer pengar på att förebygga psykisk ohälsa i breda folkgrupper, vi behöver prioritera resurserna till de som behöver dem bäst, och förändra samhället i stället för att patologisera lidandet av det.

för sina
a gå före i kön

ångest eller psykiatriska tillstånd som depression eller schizofreni. Psykisk ohälsa blir därför som ett samlingsbegrepp för alla sorters psykiskt lidande.

Det är rimligt att man strävar efter ökat välmående i ett samhälle, men det finns en risk om vårdapparaten används för att utrota allt lidande. Vi kommer då att patologisera även det normala eller i varje fall det adekvata lidandet [2].

När man tittar närmare på Folkhälsomyndighetens redovisning visar det sig att den psykiska hälsan generellt är mycket god i landet. En ökning av lindriga besvär som oro, ångest, stress och sömnbesvär kan skönjas de senaste decennierna, kanske särskilt hos unga, medan de vanliga depressionerna och ångesttillstånden förefaller vara oförändrade.

Dramatisk ökning av psykiatrisk vård

Konsumtionen av psykiatrisk vård har dock ökat dramatiskt. Mellan 2008 och 2022 ökar andelen patienter i specialiserad psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård med drygt 60 procent och hälften anses bero på ökningen av neuropsykiatriska diagnoser, så som ADHD [1]. Kan ADHD, som per definition finns från födseln, verkligen vara exempel på att vi patologiserar det normala?

För att besvara den frågan behöver vi först veta att det inte finns någon skarp gräns mellan symptom på stress och ADHD.

Symptomen påverkas av den miljö man vistas i och accentueras om miljön är dåligt anpassad efter ens förutsättningar. Om vi tycker att en viss miljö är normal och rimlig att bemästra bedöms symptomen som tecken på ADHD. Om det däremot skett stora förändringar som gör att de flesta upplever miljön som stressande, behöver vi ställa oss frågan om reaktionerna på miljön kanske mer handlar om normalt eller förväntat lidande.

Eftersom den ökade psykiska ohälsan särskilt verkar drabba unga och i stor utsträckning är liktydigt med en ökning av ADHD är det rimligt att vi granskar skolmiljön. Dels eftersom ungdomarna spenderar en stor del av sin tid i skolan, dels för att det är i den miljön som vi bäst undersöker förutsättningarna för koncentration och uppmärksamhet, kardinalsymptomen på ADHD.

Jag har tidigare beskrivit i Psykologtidningen och i SvD hur svensk skola, parallellt med prevalensökningen av ADHD i Sverige efter millennieskiftet, radikalt förändrats.

Postmodernistiska idéer har fått skolan att prioritera bort kunskapen, så att lärarna inte längre vågar peka ut vad som är rätt och sant. Eleverna tvingas ofta själva göra sållningsarbetet och söka informationen. De tränas inte heller i studieteknik på samma sätt längre.

Samtidigt lägger man undervisningen i grundskolan på en kognitiv nivå som vida överstiger den normalbegåvade elevens biologiska utvecklingsnivå.

Fortsättning nästa uppslag >>>

”Vi har kommit till vägs ände med att använda diagnosen ADHD för att avgöra vem som ska få behandling”

Denna miljö är naturligtvis extremt påfrestande för de flesta elever, och om vi kallar stress i denna miljö för ADHD, då finns klart en risk att vi patologiserar det normala.

I sin rapport från november 2023 varnar Socialstyrelsen för att vi kan vara på väg mot en prevalens på 15 procent av ADHD hos pojkar i åldern 10-17 år [3]. Prevalensen har varit hög länge och även inom vuxenpsykiatrin dominerar nu diagnosen totalt.

! Mer än 80 procent av alla remisser till vuxenpsykiatrin handlar i dag om utredning eller behandling av ADHD. Även om skolan har en avgörande roll för situationen som nu förlamar psykiatrin i Sverige måste psykiatrin göra sin del av jobbet. Vi behöver prioritera.

I skrivande stund arbetar Svenska psykiatriska föreningen (SPF) på sitt håll med att försöka ena psykiatrikåren bakom någon form av förhållningssätt som ska tydliggöra vem som ska få utredas och vem som ska få behandling.

Även nationella arbetsgruppen (NAG) för ADHD försöker se om vård- och insatsprogrammet (VIP) kan ge bättre stöd för prioriteringarna. Men det är svårt att prioritera. Och svårt att enas.

I praktiken är det uppenbart att vi har kommit till vägs ände med att använda diagnosen ADHD för att avgöra vem som ska få behandling. Det beror på att DSM-5, den diagnostiska manual vi tillsammans med ICD-10 utgår ifrån, är för otydlig när det gäller hur stora funktionsnedsättningarna behöver vara för att diagnosen ska kunna ställas.

När spridningen i funktionsnedsättning blir stor innebär det att diagnosen ADHD i sig inte säger så mycket om hur stora konsekvenser tillståndet har för individen. Dessutom har olika vårdgivare olika syn på sina utredningar.

Den som också måste bekosta dyr farmakologisk och psykologisk behandling av det diagnosticerade tillståndet har en mer restriktiv syn på diagnostiken än den vars levebröd bygger på att locka fler kunder till utredning.

Om vi inom specialistpsykiatrin säger nej till de patienter vars diagnos vi inte kan stå för, eller prioriterar de med allvarligare funktionsnedsättning före de med måttliga (eller obefintliga), då följer vi visserligen hälsosjukvårdens portalparagraf om att ge behovsanpassad vård, men vi skapar en situation där patienter hamnar i kläm och vi ådrar oss kritik för att vården är ojämlik, dvs att alla med samma diagnos inte får samma insatser.

Vi kan inte styra över DSM-5 och hur det egentligen är tänkt att vi ska tolka kravet på funktionsnedsättningar vid diagnostiken, så vi måste hitta ett annat sätt att prioritera.

Något vi borde kunna diskutera är vem av de som har diagnos som ska prioriteras för insatser inom specialistpsykiatrin (framför allt farmakologisk behandling med centralstimulerande läkemedel). Här kan vi utan att ha synpunkter på DSM-5, välja det etiskt mest lättförsvarade, nämligen att resurserna prioriteras till dem som har objektiva och konkreta funktionsnedsättningar till följd av sina aktivitets- och uppmärksamhetssymptom. Det subjektiva lidandet blir inget lätthanterligt verktyg.

Socialstyrelsens riktlinjer ett hinder

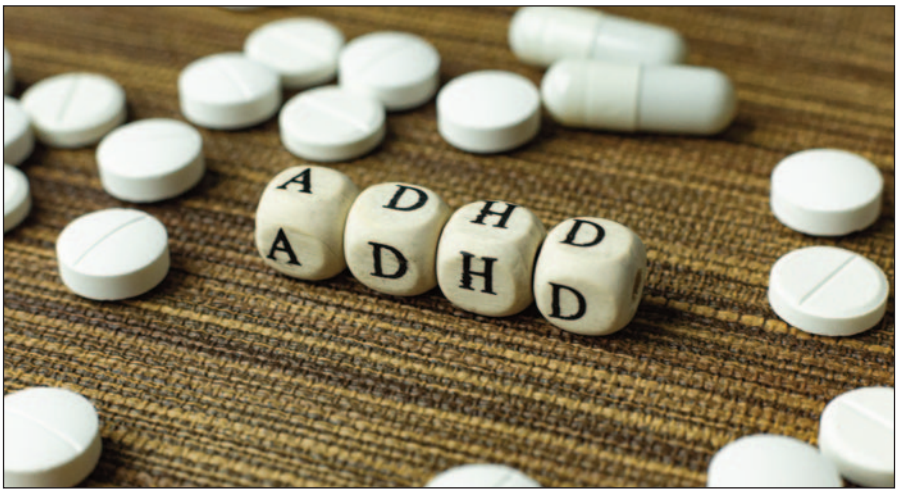
Det största hindret för detta har hittills varit att Socialstyrelsen i sina nationella riktlinjer rekommenderat att läkemedelsbehandling ska ges som förstahandsinsats till alla med diagnos för att det är en så effektiv insats [4]. När diagnosen var ung var träffsäkerheten i diagnostiken sannolikt relativt hög och centralstimulantia gav goda effekter för många. Men det är oklart hur god effekt centralstimulerande läkemedel faktiskt har på koncentration och uppmärksamhet idag.

Intessanta studier avlivar gamla ”sanningar”

I en studie i Lancet visades nyligen att över 50 procent av vuxna och ungdomar avbryter ADHD-medicinering inom ett år [5]. Trots detta är det många som inte har ADHD-diagnos, som använder centralstimulerande läkemedel som ”cognitive enhancer”, i praktiken doping, i studiesammanhang. Under förra året har dock en central pusselbit från forskningsvärlden lagts till.

Bowman et al visade att de vanligaste centralstimulerande läkemedlen metylfenidat och dexamfetamin inte ökar den kognitiva förmågan hos universitetsstuderande, den försämrades [6].

Visserligen ökar ansträngningarna, motivationen och kanske upplevelsen



Diagnosen ADHD – ett tärningsspel med människors liv?

av att prestera, men prestationen försämrades så mycket att detta omintetgjorde nyttan med ansträngningarna.

När resultaten av andra kognitiva tester, som använts i tidigare studier av kliniska populationer (med ADHD-diagnos), jämfördes med studentpopulationens resultat i Bowmans studie, visade det sig att resultaten var överlappande.

Detta är inte helt förvånande eftersom ADHD ofta är en gränsdragningsfråga. Men det kan också innebära att även fynden avseende nyttan av centralstimulantia skulle kunna extrapoleras till den kliniska gruppen, i varje fall de med mildare problem av sin ADHD. Det stärker således uppfattningen att det är rimligt att prioritera de med tydligare funktionsnedsättning till farmakologisk behandling med centralstimulantia.

Förskrivningen av ADHD-läkemedel omsatte 1,5 miljarder kr 2023

Enligt Tandvårds- och läkemedelsverkets (TLV) regiondialog i februari 2024 omsätter förskrivningen ADHD-läkemedel i Sverige 1,5 miljarder kronor förra året.

Detta innebär således att det finns en risk att vi lägger stora belopp på en läkemedelsbehandling av psykiatriskt i det närmaste friska personer, en läkemedelsbehandling som för många bara ökar upplevelsen av att prestera bättre, en känsla av effektivitet. Det är svindlande.

! Den nyktra slutsatsen måste vara att vi inte kan använda så stora resurser på att utreda och behandla så många som i stora delar är psykiskt friska med läkemedel som i bästa fall ger dem en falsk upplevelse av att vara mer effektiva eller mer koncentrerade, kanske bara lite mer lyckliga. *Men sveket är större än så.* Vi inom psykiatrin fortsätter att medverka till psykiatriseringen av livets umbäranden.

Vi bidrar till att människor inte tränas i att tackla livet, vi gör människor osjälvständiga, ser till att de får sämre självförtroende genom att säga att de är psykiskt sjuka. Vi får dem att tro att de måste ha mediciner för att klara samhället, i stället för att påverka samhället i rätt riktning.

Vi behöver inte satsa ännu mer pengar på att förebygga psykisk ohälsa i breda folkgrupper, vi behöver prioritera resurserna till de som behöver dem bäst, och förändra samhället i stället för att patologisera lidandet av det.

Johan Söderlund

Referenser:

1. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/u/underlag-till-nationell-strategi-for-psykisk-halsa-och-suicidprevention-slutredovisning-av-regeringsuppdrag-2023/
2. https://universitetslararen.se/2023/05/22/psykiatriprofessorn-som-inte-vill-prata-om-psykisk-ohalsa/
3. https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/fortsatt-kraftig-okning-av-adhd-diagnoser/
4. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-10-8155.pdf
5. Brikell I. et al The Lancet psychiatry 11 (1) 2024, https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00332-2
6. Bowman E. et al Science Advances 9 (24) 2023, https://doi.org/10.1126/sciadv.add4165

■ Johan Söderlund ger psykiatrin hård kritik i debattinlägget på föregående uppslag för att psykiatrin medverkar till att i stort sett friska människor medicineras, istället för att tränas i att tackla livets umbäranden.
■ Seniora Läkares redaktör, Josef Milerad, har intervjuat honom om psykiatrins kris och den lavinartade ökningen av patienter som söker psykiatrisk vård.

Att söka tidigt för psykiska besvär – är inte det bra?

Josef Milerad : Den ansedda brittiska tidskriften "The Economist" publicerade i januari en artikelserie om det ökade söktrycket på psykiatrin i Storbritannien. Enligt tidskriftens analyser av registerdata kan inte i ökningen av antalet psykiatriska diagnoser och förskrivningen av psykofarmaka förklaras av objektiva mått på psykisk ohälsa. Det ökade söktrycket ansågs till stor del bero på att man idag oftare söker för mer lindriga besvär av ångest eller oro.

Men behöver detta vara negativt? Har vi inte inom professionen försökt minska trösklarna och stigmat för att patienter ska komma i ett tidigare och mer lätt behandlat skede?

Johan Söderlund : Oro är en normal reaktion, den vägleder oss i olika situationer i livet, och är en ofrånkomlig del av ett normalt liv. Vården kan någon gång behöva ge enkla tips på hur man gör för att inte övermannas av ångest. Någon behandling bör generellt sett inte rekommenderas.

Det är bra att minska stigmata, det kan underlätta för människor som är sjuka att komma i kontakt med vården. Men hur många måste söka för oro för att vi ska hitta någon som faktiskt behöver komma till psykiatrin?

Om alla som får ångest ska träffa läkare eller psykolog för detta finns inget utrymme för de som behöver psykiatrins behandlingar.

Josef Milerad : I din debattartikel lyfter du fram bland annat ADHD som ett exempel på diagnosglidning. Sverige var länge ett restriktivt land när det gällde ADHD-diagnostik och behandling. Fram till år 2002 var t.ex. metylfenidat ett licenspreparat och svårt att få utskrivet.

I många skolregioner ända in på 2010-talet utreddes aldrig några elever för ADHD eftersom diagnosen ansågs vara "medikalisering av sociala problem". Kan det inte vara så att vi fortfarande betar av ett "diagnosberg" av tidigare ej utredda personer?

Johan Söderlund : Diagnosglidningens största problem är att vi nu utreder och ställer diagnos på personer som inte har så stora svårigheter av sina aktivitets- och uppmärksamhetssymptom. Men det innebär också, som du säger, att det kan finnas individer som tidigare missats.

Det förekommer att medelålders och äldre söker kontakt med psykiatrin för att de först på senare år förstått att alla missöden de haft i livet skulle kunna förklaras av ADHD. Att diagnosen inte ställts tidigare kan bero på att kunskapen om ADHD ökat och att det inte är lika stigmatiserande att söka vård för dessa problem längre.

Jag kan inte säkert säga att de är så många att de utgör ett diagnosberg, men dessa måste ju också utredas. Många av de äldre som söker idag har dock, i likhet med de yngre som önskar utredas, begränsade funktionsnedsättningar.

De som klarat studier, klarar försörjning, klarar vardagssysslor på egen hand, klarat bilda familj och har vänner de umgås med, vilken nytta har utredningen och insatserna för dem? Är det rimligt att vården ägnar sig åt att optimera allas potential?

Min åsikt är att vi behöver prioritera de som inte klarar livets svårigheter först. Oavsett om de är unga eller äldre som tidigare missats.

Josef Milerad: Det finns som du lyfter fram i artikeln en obalans mellan tillgång och efterfrågan på psykiatrisk vård, både nationellt och globalt. Vilka förslag till lösningar tror professionen mest på?

Johan Söderlund : Många inom professionen har riktat in sig på att vi behöver göra snabbare neuropsykiatriska utredningar, eller ibland mindre noggranna utredningar. Syftet skulle vara att utredningarna ska ta mindre resurser i anspråk.

Det man ofta försöker dra in på är den resurskrävande kognitiva testningen. Men jag tror man bedrar sig. En vanlig differentialdiagnos är svag begåvning. Utan kognitiv testning av IK kommer detta missas i många fall. Stressen som de med svag begåvning känner i vårt komplexa samhälle är svår att skilja från typiska ADHD-symptom, men bör inte behandlas med centralstimulantia.

Utreder vi patienter mindre noggrant kommer vi dessutom bara driva på dagens problem ytterligare. Vi som vårdgivare kommer underkänna varandras utredningar i större utsträckning, fler patienter kommer bli missnöjda med resultatet och önska en andra utredning och fler kommer senare vilja ha en utredning med syfte att bli av med diagnosen.

Jag tror vi behöver göra färre utredningar, dvs prioritera hårdare. Det utredningar vi gör bör även fortsättningsvis vara noggranna.

■■■

fackligt

Vår enkät bäddar för bättre villkor för seniora läkare

Vi har fått uppskattning från Läkarförbundet för att vi lyckades driva igenom enkäten som skulle ge besked om hur mycket och med vad seniora läkare arbetar.

■ Resultaten kommer att synas i det aktuella arbetet med Läkarförbundets strategi 2030 när det gäller arbetsmiljö och möjligheter till årlig löneöversyn även för seniora läkare, något som saknats i många år.

Jag har tidigare beskrivit huvuddragen i enkätresultaten. Bara 2 av 10 i åldern 65–69 är pensionärer på heltid.

Upp till 75-årsåldern är det vanligare att vara yrkesverksam än pensionär på heltid. Fler än hälften under 70 år arbetar heltid, därefter en av tre upp till cirka 80 års ålder.

De flesta som arbetar efter pensionen är verksamma inom allmänmedicin och imponerande 24 procent är månadsanställda.

Det är viktigt att framhålla att vi seniorer inte bara är en god arbetskraft utan att vi även står för kontinuitet, handledning och mentorskap och därmed trygghet på arbetsplatserna.

Mer om den aktuella versionen av Strategi 2030 i kommande nummer av Seniora läkare.

Torsten Mossberg

Gaserna som varit bedövande bra men också rusligt farliga

Lustgas

– en olustig partydrog med en 200-årig historia

Ingvar Gustafson
med dr, specialist i anestesi och intensivvård skriver här lite om sitt liv som narkosläkare och gaserna han använt som varit bedövande bra, men också berusande farliga.

Det senaste året har importerats cirka 100 ton lustgas per månad till Sverige, att jämföra med de fyra föregående årens genomsnittsimport på knappt 6 ton/månad. Mängden skulle räcka till 12 miljoner fyralitersballonger för inhalation av lustgas för rus.

Det är sant att lustgas också används i begränsad omfattning inom industrin, som drivgas i gräddsifoner och i sjukvården och tandvården som narkosmedel, men denna del är försumbar storleksmässigt och har knappast ökat de senare åren.

"Festrus" med lustgas har de senaste åren accelererat kraftigt och lett till att fall av allvarliga skadeverkningar noterats hos användare i 18-20-årsåldern.

I Läkartidningen nr 45/2023 beskrevs i flera artiklar lustgasens toxiska effekter, där den mest kända är funktionell B_{12}-brist, men där allvarliga neurologiska (huvud- och handryckningar, falltendens, yrsel och talsvårigheter) och psykiska (konfusion, vanföreställningar, psykostillstånd) rubbningar är mer framträdande. Även trombotisering och stroke har beskrivits.

Det är viktigt att betona, att dessa allvarliga verkningar av lustgas har påträffats hos personer som varit storkonsumenter, i något fall upp till 12 lustgastuber à 600 g dagligen, vilket motsvarar 900 fyraliters ballonger (!).

I Nederländerna, där lustgasförsäljning nu förbjudits, definieras > 50 lustgasballonger/dag som "tungt missbruk".

Långa sjukhusinläggningar och kvarstående symtom i 3-6 månader kan höra till bilden, men behandlingen, bl.a. med B_{12}-injektioner och neurologisk och psykisk rehabilitering är oftast framgångsrik.

Eftersom det är ren lustgas som inandas, till skillnad från användning i sjukvården, där den alltid ges med 21-50 procent syrgas, ger inhalation från lustgasballongen också akut syrgasbrist som påverkar medvetandet.

Idag anses lustgas vara beroendeframkallande i analogi med andra missbruksdroger, eftersom patienterna med allvarliga skador oftast inhalerat lustgas under lång tid och i ökande omfattning, i många fall med tilltagande trötthet.

Lagarna stora problem

Det finns idag två stora problem som gör det svårt att komma till rätta med det ökande missbruket.

Det ena är att det är helt lagligt att använda och sälja lustgas i Sverige – och i många andra länder.

Man kan enkelt beställa på nätet och till och med få det hemskickat. Det andra är att de drabbade patien-

I dag marknadsförs lustgas aggressivt på Internet. På dålig svenska utlovas på pureaura.se 99,99 procents renhet, pålitlig prestanda för olika ändamål, snabb och diskret leverans. På andra hemsidor upplyses "kunderna" om vad som kommer att synas på bankkontoutdraget och betalar man med en bitcoin-plånbok kommer det inte att finnas något bankkontoutdrag alls.

terna inte omfattas av LVM (lagen om tvångsvård av missbrukare), eftersom lustgas varken är "alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel", som ingår i den senast reviderade lagen från 1988 (för att även inkludera thinner- och limsniffning).

En utredning pågår nu, där man förhoppningsvis kommer att relativt snart kunna tillämpa LVM även på lustgasmissbrukare.

Som anestesiolog har jag under mitt 35-åriga yrkesliv dagligen använt lustgas som ett "basmedel" vid i stort sett alla narkoser som jag har gett till mina patienter.

Under 1960- och 70-talet fanns inte de utvecklade system för utsug av narkosgaser och låga gasflöden som efterhand infördes, och narkosgaser kunde faktiskt både lukta illa och verka tröttande.

Lustgas som är luktlös och framför allt tyngre än luft andas dock inte in av personalen i operationsrummet i någon större utsträckning. Dessutom används ju alltid lustgas vid narkoser tillsammans med syrgas.

Under 2000-talet har lustgas som narkosmedel använts allt mindre och har nu främst indikationen förlossningssmärta, på grund av dess snabbt insättande effekt, och ibland som del av barnanestesi samt på flera tandvårdskliniker.

Orsakerna till minskningen är dels tillkomsten av andra narkosmedel och nya tekniker, dels miljöpåverkan. Lustgas är en växthusgas med mångdubbelt större effekt än CO_2 och påverkar även ozonskiktet.

De substanser som började användas som narkosmedel vid mitten av 1840-talet i USA (lustgas, eter och kloroform) var kända långt dessförinnan. När den sedermera världsberömde vetenskapsmannen Sir Humphry Davy år 1800 var en 20-årig assistent vid det nystartade Pneumatiska institutet i Bristol, började han undersöka och själv inhalera en mängd olika gaser, bland annat dikväveoxid (N_2O).

Gasen hade syntetiserades redan 1772 av den engelske kemisten Joseph Priestly, säkerligen rent experimentellt utan någon särskild tanke på vad den skulle användas till.

Ånga och gas var vid sekelskiftet högintressanta nyheter – de ångdrivna fordonen hade kommit och de första gaslyktorna i London hade tänts.

Davy beskrev sin upplevelse som en "högst njutbar känsla i bröstet och armarna". Han inhalerade för allt vad han var värd och började extatiskt rusa runt, hoppa och jubla i högan sky samtidigt som han föll i golvet och skakades av skrattparoxysmer. Gasen kallade han "laughing gas", som på tyska blev "Lachgas", i Frankrike "gaz hilarant" och på svenska "lustgas".

Den närmaste tiden blev lustgas en partydrog för Davys vänkrets, en grupp radikala romantiker i det högre samhällsskiktet som sökte utforska medvetandet med hjälp av berusande substanser[1].

Kretsen utökades men bruket fick inte stort genomslag bland allmänheten; lustgas var dyrt och svårt att få tag i. Med den viktorianska eran och den industriella revolutionen försvann lustgas som partydrog.

Några år senare spreds kunskapen om gasen på ett helt annat sätt. Kringresande teatersällskap anordnade uppvisningar där frivilliga kunde pröva att inandas gasen på scenen och börja dansa, skratta och springa omkring till åskådarnas stora nöje.

Det var i USA vid ett sådant tillfälle i december 1844, som "professor" Colton (läkarstudent utan examen) tillsammans med nöjespappan P.T. Barnum hade arrangerat en tillställning i den lilla staden Hartford i Connecticut. På plats fanns då tandläkaren Horace Wells, som länge funderat på hur hans patienter skulle kunna slippa smärta. Han såg hur medbor-

Fortsättning nästa uppslag >>>

gare Sam Cooley, påverkad av lustgasen, sprang omkring och slog benet i en bänk utan att till synes känna smärta. Benet blödde, och när Wells frågade Cooley svarade han att han först efteråt kände att det gjorde ont.

Redan dagen efter fick Wells låna lustgas och provade själv att inhalera medan en kollega drog ut en visdomstand, helt utan smärta.

Wells satte i gång att använda lustgas i sin praktik och lärde upp andra tandläkare i hur man skulle gå till väga. En av hans elever var William T.G. Morton, som knappt två år senare skulle bli världsberömd för att ha gett den första narkosen med eter i stället för lustgas på Massachusetts General Hospital i Boston, och som kom att relativt oförtjänt hyllas som den som upptäckte narkosen.

Som berusningsmedel hade därför lustgas sin breda användning under 1800-talets första decennier och har därefter varit i stort sett borta fram till våra dagar. I Europa dök gasen upp i början av 2000-talet och i Sverige framför allt 2020. Lustgas har nu tagit över platsen som dagens mest populära berusningsdrog efter tidigare bruk av thinner och andra lösningsmedel, lim och kokain.

Referenser:

1. Gabriella Håkansson: Lustgas – den engelska romantikens ultimata partydrog. Sydsvenskan 9/8 2023.
2. Howard Riley Raper: Narkos – kampen mot smärtan (Man against Pain) Natur och Kultur 1947.

Eter – narkosmedlet som tidigt blev partidrog i de fina salongerna

Eter – dietyleter – fanns som berusningsmedel i tidigt 1800-tal i de fina salongerna i London och Paris, och även i USA var det vanligt med ”eterbackanaler”.

▼ Det kunde användas både för inhalation och oralt, ibland i kapslar. Senare spreds bruket nedåt på den sociala rangskalan, eftersom eter var billigt och kunde konkurrera med alkohol som berusningsmedel. Under förbudstiden i USA användes det som ett substitut för alkohol.

I Sverige hade vi i slutet av 1800-talet och första hälften av 1900-talet en ”medicin” i form av en vätska bestående av 1 del eter + 3 delar sprit, som gick under namnet Hoffmans droppar. Framför allt i Norrland förekom ett utbrett missbruk av dessa ”hjärtstärkande” droppar.

Hoffmans droppar, ”favoritmedicin” i Norrlands skogsbygder av flera skäl.

Eter har använts som narkosmedel under drygt 150 år och försvann i stort sett från operationssalarna under slutet av 1950-talet och en bit in på 1960-talet sedan andra modernare inhalationsmedel utan eterns brand- och explosionsrisk hade tillkommit.

Först kom halothan (1956), senare följt av andra med liknande egenskaper. Så sent som i slutet av 60-talet har jag dock själv enstaka gånger sövt med eter, då inte på öppen mask utan med särskild eterförgasare.

Ett litet personligt minne

▼ 1966 hade jag ett månadslångt vikariat som extraläkare på en sjukstuga i Småland. Chefen där var en karismatisk och vida känd läkare med specialistexamen i kirurgi och ögonsjukdomar.

När jag kom dit första dagen och artigt hälsade på chefen sade han: ”Bra att du kom, jag har just fått in en app” (på den tiden betydde ordet bara blindtarmsinflammation). ”Min fru (sjuksköterska) är sjuk; du kan ta och söva patienten”.

Jag var inte legitimerad och hade just gått tre månader som med. ass. (nu AT-/BT-tjänst) på medicinkliniken i Växjö. Två veckor på Op i Malmö hade jag tillbringat fem år tidigare som med. kand., men narkos hade jag ingen erfarenhet av, vilket jag skamset meddelade chefen.

Han tittade på mig som något katten hade släpat in, fräste något om att ”eterflaskan står där och där ligger en etermask” och uppmanade mig att sätta i gång.

Det var ingen trevlig konversation, men jag vågade helt enkelt inte göra som jag blev tillsagd, och stämningen var tryckt.

Efter en stund frågade han surt: Kan du operera en app då? Ja visst, jag hade året innan vikarierat på kirurgkliniken i Karlshamn ett halvår. ”Ja om den inte är för svår så kan jag nog det”, blev mitt svar. Så jag opererade och han sövde, och allt gick bra.

Och kanske bidrog den erfarenheten till att jag ett år senare, när jag hade fått min legitimation ville ”pröva på” narkosläkaryrket – och stannade där.

Medicinsk humaniora – Vad är det och vad har man det till?

Text: Pia Dellson
Filmvetare, läkare och poet, Birgit Rausing centrum för medicinsk humaniora vid Lunds universitet och Cancerrehabiliteringsmottagningen, Onkologen, Skånes universitetssjukhus.

Den västerländska sjukvården har sedan mitten av 1900-talet genomgått en enastående utveckling inom medicin och teknik, men många menar att det till viss del skett på bekostnad av de mellanmänskliga och humanistiska värdena.

Som en motreaktion och ett komplement har därför ämnesområdet medicinsk humaniora vuxit fram internationellt, med framstående centra bland annat i USA och Storbritannien, och det har gradvis etablerat sig även i Sverige.

I Uppsala, Linköping och Lund bildades 2020 nästan samtidigt tre centra för medicinsk humaniora, med lite olika inriktningar. Vid Lunds universitet grundades Birgit Rausing Centrum för Medicinsk Humaniora (BRCMH), som är ett samarbete mellan tre fakulteter, den medicinska, humanistisk-teologiska och samhällsvetenskapliga fakulteten.

BRCMH är uppkallat efter Birgit Rausing som i år fyller 99 år och är konstvetare med långvarigt intresse för hur humaniora kan bidra till att förbättra samhället i stort.

Hon är både filosofie och medicine hedersdoktor vid Lunds universitet och har genom en donation, tillsammans med en stor satsning av medicinska fakulteten, gjort det möjligt att skapa detta tvärvetenskapliga samarbete.

Centrets övergripande uppdrag är att verka för fördjupad kunskap om mötets och bemötandets roll i vården. Det fokuserar på utbildning, forskning, samverkan med vården och med samhället, och vill skapa interdisciplinära samarbeten genom att i sin arbetsgrupp inkludera forskare från alla tre fakulteterna.

Medicinsk humaniora är i sig självt ett möte mellan ämnesområdena medicin, humaniora och samhällsvetenskap, och redan i begreppet sjukdom inryms alla aspekterna.

Den amerikanske medicinske antropologen Arthur Kleinman menar att man kan peka på tre dimensioner av sjukdom, och han drar här nytta av att engelskan har tre olika termer för sjukdom, som inte så lätt låter sig översättas till svenska.

Den första är Illness som är den subjektivt mänskliga upplevelsen av symptom och lidande, och därefter kommer Disease som är vad läkaren skapar när han eller hon omtolkar illness till en medicinsk diagnos. Det som skapas är ett 'det' – "the disease". Slutligen kan man tala om Sickness som är de sociala och kulturella aspekterna av sjukdom och hur den påverkar den sjuka personen.

Alla dessa dimensioner är intressanta att utforska om man vill förstå den komplexa värld som sjukdom och sjukvård utgör.

Medicinsk humaniora kan ses som ett forsknings- och undervisningsfält där man utforskar olika kontexter, upplevelser och erfarenheter av sjukdom och sjukvård, vilket blir ett komplement till de biomedicinska kunskaperna.

Detta avspeglas även i sjukvården där man allt oftare talar om den biopsykosociala modellen, det vill säga att både sjukdomars uppkomst och behandling är beroende av biokemiska, men också psykologiska och sociala faktorer.

Descartes uppdelning mellan kropp och själ anses numera alltså vara helt ute. Inom medicinsk humaniora utforskas även kritiska och begreppsliga frågor inom medicinen och hälsovården, och ett annat viktigt område är att stärka studenters professionella identitetsformation.

Inom detta breda område ryms

Fortsättning nästa uppslag >>>

många typer av humaniora såsom filosofi, etik, religionsvetenskap, medicinhistoria, etnologi och medicinsk antropologi.

Även språkvetenskap, kommunikation, psykologi, sociologi och genusvetenskap ingår, liksom olika estetiska vetenskaper som litteratur, konst, film med mera.

Narrativ medicin

Vården är full av berättelser och det har gett upphov till en underavdelning inom medicinsk humaniora som kallas narrativ medicin. Nestorn inom denna gren, den amerikanska professorn Rita Charon, har uttryckt det som att ”If you took the narrative out of medicine, there would be very little left.”

Och hennes kollega, allmänmedicinaren Howard Brody, menar att ”Patients come to physicians with broken stories as much as with broken bones and broken bodies.”

I Lund grundlades ämnet medicinsk humaniora inom medicinska fakulteten av litteraturprofessorn Anders Palm som 2008 startade en valbar kurs på läkarprogrammet, och inriktningen här har därför fått ett starkt inslag av skönlitteratur.

Han menar att skönlitteraturens erbjudande till medicinen är mångfacetterat. Dels är den en kunskapskälla vad gäller livserfarenheter och människokännedom, liksom för upplevelser och erfarenheter både av att vara patient, närstående och läkare eller annan vårdare.

Tolkning av texten skapar en inlyssnande förståelse och ger utrymme att ta del av andras perspektiv och lära av varandra i diskussionen. Det osäkra, tvetydiga, paradoxala och subjektivt upplevda som spelar så stor roll i vården kan utforskas och bli synligt. Det övar även upp studenternas föreställningsförmåga och fantasi, hjälper dem att ta andras perspektiv och utveckla en större empati och respekt för människorna de möter i sitt arbete, liksom för sig själva och sina egna upplevelser.

Medicinsk humaniora mest utvecklad på läkarprogrammet

Medicinsk humaniora är bland vårdutbildningarna mest utvecklat på läkarprogrammet i Lund, där studenterna får ta del av både obligatoriska och frivilliga moment och kurser under studietiden:

▼ **Termin 1:** En reflekterande uppgift som utgår från litteratur eller film.

▼ **Termin 4:** Gruppseminarium efter första obduktionen, där de gemensamt läser dikter och samtalar om existentiella frågor under ledning av en litteraturvetare.

▼ **Termin 9:** Seminarium på psykiatrikursen med shared reading, där man stegvis läser en novell högt tillsammans och diskuterar efter varje läst stycke.

▼ **Termin 5 och 10:** ;Möjlighet att skriva kandidat- och masteruppsats inom medicinsk humaniora.

▼ **Termin 11:** Valbar fördjupningskurs i medicinsk humaniora (5 veckor).

Möjligheten för läkarstudenterna att skriva masterprojekt i medicinsk humaniora är unik för Lunds universitet, och ett axplock ur titlarna på arbetena visar en imponerande bredd av ämnen:

- Epidemiological narratives – Albert Camus’ The Plague read in the time of corona.
- Addiction on the Silver Screen – An analysis of wide-spread portrayals of drug-addiction in movies.
- Patients, physicians and medicine in

Ur utvärderingarna för den valbara kursen i medicinsk humaniora i Lund kan man få en uppfattning av vad studenterna själva tycker de får ut av att studera ämnet. Här är några axplock:

Jag tycker att kursen gett mig verktyg till att vara mer reflekterande kring mitt yrkesutövande och att jag har fått en tydligare bild av vem jag vill vara som läkare.

journals – a textual analysis.
• The Heavy burden of being fat – Depictions of overweight in contemporary autobiographical narratives.
• Sheltered but Stigmatized – A literary case study of the inpatient experience before and after the deinstitutionalization of psychiatric care.
• Humanizing the Stigmatized – An analysis of HIV and homosexual identity in the miniseries drama "Torka aldrig tårar utan handskar".

Målet är att alla professionsprogrammen på Lunds universitet ska ha olika inslag av medicinsk humaniora så att man närmast kan tala om det som en profilering.

Kanske kan en uttalad ambition att sammanfoga kropp och själ locka studenter till vården och de yrken som i allra högsta grad handlar om människan som helhet.

■■■

Skönlitterära lästips

Berättelser ur patientperspektiv:
▼ En dåre fri av Beate Grimsrud.
▼ Ärr för livet av Sofia Åkerman.
▼ I kroppen min: resan mot livets slut och alltings början av Kristian Gidlund.
▼ Torka aldrig tårar utan handskar, en roman i tre delar av Jonas Gardell.

Berättelser ur närståendeperspektiv:
▼ Tuesdays with Morrie (Tisdagarna med Morrie) av Mitch Albom.
▼ I varje ögonblick är vi fortfarande vid liv av Tom Malmquist.
▼ The year of magical thinking (Ett år av magiskt tänkande) av Joan Didion.
▼ Efter flera tusen rad av Reidar Ekner.

Berättelser ur läkarperspektiv:
▼ A leg to stand on (Ett ben att stå på) av Oliver Sacks.
▼Cancerland – tur & retur: livet som läkare och patient av Karin Wahlberg.
▼ Väggen: En utbränd psykiaters noteringar av Pia Dellson.
▼ When breath becomes air (När andetagen blir till luft) av Paul Kalanithi.
▼This is going to hurt (Det här kommer göra ont) av Adam Kay.

Ett andrum i läkarutbildningen, en tid att få stanna upp lite och reflektera kring upplevelserna som läkare och patient men även medicin som en kultur.

Sådant som jag inte lyckats sätta ord på tidigare men funderat kring har fått ta utrymme.

Drömmen om ett Mänsk

Är det mänsklig hybris, eller är vetenskapen på väg att knäcka koden? Läs Johan Frostegårds reflektioner från Bibelns tid till dagens ”evighetshajp”.

Vi läser dagligen och stundligen i media om hälsa, åldrande och hur livet ska förlängas, och om techmiljardärer som vill bli mycket gamla. Antingen finansierar de spektakulära projekt, där kroppens alla vrår och skrymslen ska dokumenteras med allt mer sofistikerade kameror eller så testas alla möjliga terapier, dieter och mer eller mindre egendomliga träningsprogram. Inte mycket av detta har testats med sedvanlig medicinsk ackuratess.

Man tänker sig att livet kan förlängas avsevärt, nära nog mot bibliska rekord. I den klassiska boken skriver författarna om människor som blev utomordentligt gamla och som dessutom höll sig fertila upp i hundraårsåldern eller mer.

Metusalem blev äldst av alla och har gett upphov till ett talesätt. Han blev pappa vid 200, vilket inte var ett problem för kommande generationer av mycket framgångsrika patriarker!

Seth, lillebror till den Abel, som ju mördades, och var son till de första människorna Adam och Eva, blev 912 år. Pappa Adam blev ännu äldre.

I andra texter i Bibeln är tonen mer realistisk och kärv. I Karl XII:s bibel uttrycks det realistiskt och mustigt:

”Vårt liv varar sjutio år, åt högsta åttatio år; och då det bäst varit hafver, så hafver det möda och arbete varit; ty det går snart sin kos likasom vi flöge bort.”

Olika kurer diskuteras och prövas också, mediciner och andra insatser för att förändra livsstil, motion, kost, drickande och sömn. Även här finns sådant som är väl studerat och annat som är spekulativt, eller i värsta fall geschäft.

Rent allmänt har vi inte kommit så mycket längre än läkarna under antiken när det gäller sådana faktorer, måttlighet och inget frosserie är vad man kan rekommendera.

Halvsvält förlänger livet hos vissa mindre djur, men dels är detta inte så trevligt, dels verkar det inte fungera hos däggdjur som människan. Eunucker hade längre liv än andra män, enligt studier, men behandlingsförslag i den riktningen är det ont om.

Idén är att vi ska kunna bli väldigt mycket äldre än vi blir idag, där rekordet innehas av en fransyska Jeanne Calment, som dog flera månader efter sin 122-årsdag. Hon lär ha slutat röka vid 117, samt drack gärna vin, för övrigt.

Men är detta ett tänkbart scenario? Man ska sällan säga aldrig när det gäller den medicinska utvecklingen, men i det här fallet finns det mycket som talar emot det. I och för sig kanske hon levt några år till om hon inte varit rökare!

Många hypoteser

En vanlig idé är att vi är programmerade att åldras och dö, på ett liknande sätt som celler är underkastade sådana mekanismer – såvida det inte blir cancerceller och bryter sig loss ur kroppens diktatur!

Det är dock svårt att förstå hur vi genom genetiska mekanismer skulle vara programmerade att åldras och dö. Som bekant handlar evolutionen och dess mekanismer i högsta grad om reproduktion och överlevnad hos individen, ibland dominerar det ena, ibland det andra och olika arter har utvecklat varierande strategier.

Men om det funnes gener för åldrande, så skulle mutationer i dessa, som leder till lite mindre och långsammare åldrande, innebära en evolutionär fördel om än liten och med evolutionens ”ränta-på-ränta effekt” skulle slå igenom och många skulle uppnå Abrahams livslängd och bli pappor vid 99 som han.

Den nordiska mytologin har liksom bibeln en kärv syn på åldrandet och vår förmåga att stå emot det. Tor och Loke besöker Utgårdaloke, en jätte, men när Tor börjar brottas med jättekvinnan Elle, så lyckas hon tvinga ner honom på ett knä när de brottas, inte ens Tor klarar att besegra ålderdomen. Dessutom blir han allt svagare ju mer han kämpar mot densamma.

klig hybris?

evigt liv

Text: Johan Frostegård

• Professor i medicin på Karolinska Institutet, specialist i internmedicin och reumatologi samt författare, senast utgivna böcker är diktsamlingen Gryllos metamorfoser och essäsamlingen Den druckna apan och andra essäer, bägge 2023.

Om hjärnan inte drabbas av sjukdom som demens är den högst funktionell högt upp i åren, och det är ju välbekant att mången författare skriver sina bästa böcker på ålderns höst, även i 80- och 90-årsåldern, och åldersdiskriminering där man inte heller väger in att visdom liksom mutationer ackumuleras (i varierande grad) är något vi har ett problem med i vår kultur.

Om det nu inte finns gener för allmänt åldrande, hur ska man då förklara fenomenet, som ingen undflyr?

Enligt en hypotes ackumuleras DNA-förändringar genom livet, allt fler som är skadliga dyker upp, cancer är förstås ett viktigt exempel. Här finns en rent matematisk aspekt: andelen år man har bakom sig med reproduktion minskar dessutom hela tiden vilket gör en allt mindre intressant, evigt liv är ju inte aktuellt.

Den mest intressanta hypotesen handlar om pleiotropisk antagonism: genetiska varianter som tidigare i livet är gynnsamma för reproduktion och överlevnad, kan vara till nackdel senare i livet men ändå ge en evolutionär fördel. Här finns förslag på en rad sjukdomar som autoimmunitet och hjärtkärlsjukdom, samt förstås cancer.

En tredje hypotes innefattar ett ekonomiskt resonemang: det kostar att underhålla en kropp, med reparation och avlägsnande av slaggprodukter och det kostar mer desto mer reproduktion man har avverkat.

Trots allt lever människor förhållandevis länge för att vara djur i vår storlek. Här finns en intressant förklaring, mormors/farmorshypotesen. Denna går ut på att det varit till fördel för mormors och farmors gener att leva länge efter reproduktionen i stället för att få barn hela livet och i stället vara behjälplig med barnbarnen. Vilket lär spilla över på morfar och farfar också.

Bättre än att leta efter metoder att förlänga livet avsevärt är att fokusera på de sjukdomar som drabbar många, och som beror på kronisk inflammation. Inom reumatologin har här skett storartade framsteg med de nya biologiska läkemedlen som avsevärt förbättrat behandlingen.

Hjärtkärlsjukdom och dess huvudsakliga orsak, åderförkalkning, är också en kronisk inflammation och här kan vi förväntade oss stora framsteg om vi kan förebygga och behandla denna. Demens har inslag av kronisk inflammation och här skymtar framsteg, liksom när det gäller cancer, där olika immunologiska behandlingar håller på att ändra synen på sjukdomsgruppen.

Förhoppningsvis kommer vi att kunna slippa allehanda sjukdomar tills vi dör av ålder, mätta av år. Det bästa, att genom spektakulära medicinska framsteg få våra liv att bli väldigt mycket längre, behöver inte bli det godas fiende, nämligen att visserligen förlänga livet en del, men även göra det bättre under resans gång mot slutet.

GLÄDJANDE LÄSNING

”Det går att påverka och förbättra sjukhusrutiner”

Alla reportage i massmedia om den svenska sjukvårdens kroniska problem med bristande tillgänglighet, långa väntetider och personal som slutar på grund av otillständiga arbetsförhållanden inger lätt en känsla av maktlöshet.

Själv neurofysiolog blev jag därför extra glad av att läsa om hur man på Klinisk Neurofysiologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset lyckats arbeta undan köerna (Neurologi i Sverige nr 4-2023).

Läsningen hade nästan en terapeutisk effekt: det går att påverka och förbättra sjukvårdsrutiner och arbetsmiljöförhållanden på en klinik om man kan enas om ett mål och om en väg att nå målet. Inte världsomvälvande, men ändå något som gör vardagen lättare för en liten trägen grupp vårdgivare.

Förändringsarbetet började enligt artikeln med att kliniken fick en ny enhetschef med erfarenhet från det privata näringslivet.

De orimliga väntetiderna år 2021 hamnade omedelbart i fokus där 989 personer stod i kö för EMG-undersökning av nerver och muskulatur.

Stora förändringsarbeten på många plan hade emellertid initierats flera år tidigare. Exempelvis gjordes en storsatsning för att få flera ST-

Text:
Marianne Ors
Barn-neurolog och klinisk neurofysiolog

tjänster, en långsiktig och nödvändig investering för framtiden. Klinikens biomedicinska analytiker hade fått flera självständiga arbetsuppgifter med ett ökat ansvar. I viss mån hade man även fått avlastning av externa händer.

Kortsiktigt gjordes nu en schemaläggning för att fokusera på EMG-undersökningarna där personalens schema effektiviserades för att minska sårbarheten vid frånvaro.

Remisshanteringen stramades upp. Remisser med ofullständig information eller där en undersökning inte bedömdes vara till nytta för patienten returnerades, åtföljda av en motivering från neurofysiologen. På så sätt fick returen ett visst didaktiskt värde.

En gammal vän och kollega på KNF Anders Hedström berättar i artikeln att ”för ett par år sedan var vår vardag ett tröstlöst kämpande med för små resurser och långa köer. Det påverkade alla, såväl patienter och deras anhöriga som läkare och all sjukvårdspersonal. Framför allt fick sekreterare och chefer ta emot mycket ilska och frustation.”

Nu har man lyckats vända detta. De nya riktlinjerna har skapat ordning men till priset av att kliniken numera knappast tar emot remisser från primärvården.

Utmaningar med ökade kostnader och otillräcklig kapacitet finns kvar, men Anders framhåller att man kan erbjuda undersökningar med kort varsel och hög kvalitet till de patienter som bäst behöver neurofysiologisk diagnostik.

Står sig förändringarna sedan 2021 fortfarande eller har man börjat slira tillbaks i de gamla hjulspåren?

Jag kontaktar en yngre kollega på kliniken. Jo, man har definitivt bättre arbetsrutiner med bra samarbeten och sammanhållning. Men, tillfogar hon, angående kösatsningen var det inte bara en enda sak eller förändring som gjorde skillnad. Det var många saker som alla bidrog med var sin del, där många bäckar små som exempelvis fler specialister i klinisk tjänst, striktare regler för remissacceptans, översyn av schemaläggning och möjligheten till hjälp från extern utförare tillsammans bildade en hel liten å.

De förändringar som genomfördes på KNF på Sahlgrenska universitetssjukhuset passar mycket väl in i ramen för det som Svenska Läkaresällskapet nu för fram, behovet av att fasa ut onödig vård.

Tobias Alfén, ordförande i Svenska Läkaresällskapet och Martin Serrander, ordförande för projektet Kloka kliniska val, hävdar i en debattartikel i SvD att en betydande andel av sjukvårdens åtgärder saknar patientnytta och att vi därför behöver öka takten för utfasning av onödig och skadlig vård för att få en ökad kvalitét och för att frigöra resurser.

Undersökningar uppges visa att 20-30 procent av vårdens kostnader används till vård som saknar nytta. Det kan handla om tester eller undersökningar som inte är av värde för patienten eller som till och med kan medföra skada.

Författarna framhåller att tillsammans med en allt mer efterfrågestyrd hälso- och sjukvård kan sådana icke väsentliga undersökningar, eller som man kallar det, lågvärdevård, bidra till att de med störst vårdbehov trängs undan av personer med mindre vårdbehov.

Enligt Socialstyrelsen finns det en mängd vårdåtgärder med prioriteringsnivån ”icke-göra” som fortfarande görs.

Tobias Alfvén och Martin Serrander avslutar sin artikel med att poängtera att det är vi, de blivande patienterna om vi inte redan är det, som måste börja diskutera med vårdgivarna för att undvika åtgärder som inte gör nytta.

De är också övertygade om att vi tillsammans kan åstadkomma en förändring och på så sätt skapa resurser för vård som verkligen gör nytta. Utifrån det perspektivet kan man säga att KNF på Sahlgrenska varit en föregångare med att fasa ut onödiga undersökningar. Men att inte rekommendera en neurografiundersökning före operation av ett carpaltunnelsyndrom känns som att svära i kyrkan för en gammal neurofysiolog.

Seniora Läkare kallar till årsmöte 2024

Föreningen Seniora Läkare kallar till åsmöte lördagen den 25 maj 2024 kl 11.15-12.00 i Folkets hus, Vasaplan, i Umeå.

DAGORDNING:

1. Mötets öppnande
2. Val av ordförande och sekreterare för mötet.
3. Val av två protokolljusterare, tillika rösträknare.
4. Fråga om mötets behöriga utlysande.
5. Fastställande av röstlängd.
6. Styrelsens verksamhetsberättelse för det gångna verksamhetsåret.
7. Styrelsens förvaltningsberättelse för det gångna räkenskapsåret.
8. Revisorernas berättelse över av dem verkställd granskning.
9. Fråga om ansvarsfrihet för styrelsen för det gångna året.
10. Behandling av motioner väckta av medlemmar och inlämnade till styrelsen senast 90 dagar före årsmötet.
11. Budget för innevarande verksamhetsår.
12. Fastställande av årsavgift.
13. Varje udda år val av ordförande och två ytterligare ledamöter för en mandatperiod om två år samt varje jämnt år val av vice ordförande och tre eller flera ledamöter för en mandatperiod av två år.
14. Val av två revisorer och en revisorssuppleant för en mandatperiod av ett år.
1**5.** Varje udda år val av tre ledamöter och en suppleant i valberedningen för en mandatperiod om två år.
16. Styrelsen informerar.
17. Övriga frågor.
18. Mötets avslutande.

Välkomna!
Torsten Mossberg, ordförande.
Peter Larsson, sekreterare.

Verksamhetsberättelsen för 2023 finns att läsa på Seniora Läkares hemsida https://slf.se/seniora-lakare/

Aktiviteter våren 2024

VÄST-SÄL

22 maj: Utflykt till Borås med ett flertal besök på muséer mm.

SKÅNE-SÄL

23 april kl 14. AF, Lund.
Kristina Lång: Artificiell intelligens inom screening och bröstdiagnostik.
14 maj: Vårutflykt. Vi besöker Helsingborg och turar till Helsingör. Mer info kommer på hemsidan.

24-26 maj 2024

Senaste nytt om vårmötet!

Anmälan: Du måste anmäla dig senast den 20 maj 2024.
Utflykter: Glöm inte att besluta om du vill deltaga i utflykter. Platserna är begränsade. Se alternativen nedan.

> **Tyvärr är Nordkalottenresan redan fullbokad. Detta år finns inga fler platser. Om det finns intresse kan vi överväga att erbjuda en liknande resa nästa år.**

Men det finns mängder av fria aktiviteter att tillgå.
Se mer på www.visitumea.se

Konferessprogrammet nu spikat – här är alla tider, ämnen och föredragshållare

FREDAG 24 MAJ

13.15 - 13.45
■ Välkomstceremoni
• Torsten Mossberg, Kristina Lejon, Anders Blomberg, med flera.

13.45 - 14.15
■ Åldrandets immunitet
• Föreläsare: Anders Johansson.
• Moderatorer: Leif Gothefors & Margareta Linder.

14.15 - 15.00
■ Glesbygdsmedicin
• Föreläsare: Peter Berggren.
• Moderatorer: Kjell Grankvist & Margareta Linder.

15.00 - 15.30
■ Kaffe & utställning

15.30 - 16.10
■ Västerbottningar är också människor – numera mycket längre!
• Föreläsare: Kurt Boman.
■ När börjar reumatism?
• Föreläsare: Solbritt Rantapää Dahlqvist.
• Moderatorer 15.30 -16.10: Solbritt Rantapä Dahlqvist & Staffan Polberger.

16.10 - 17.00
■ Fria föredrag

18.00 - 22:00
■ Middag – P5 väven
• Underhållning av deltagarna. Pris till de tre bästa.

LÖRDAG 25 MAJ

06.00 - 8.00
■ Fågelskådning
• Guider Kjell Grankvist och Jan Linder.

8.30 - 8.40
■ Godmorgon och välkomna
• Torsten Mossberg

08.45 - 9.15
■ Världens bästa vulvaomhändertagande
• Föreläsare: Inga Sjöberg. & Elisabet Nylander.
• Moderatorer: Inga Sjöberg & Elisabet Nylander.

09.15 - 09.45
■ Kaffepaus & utställning

09.45 - 10.00
■ Varför är man andfådd?
• Föreläsare: Stefan Söderberg.

10.00 - 10.30
■ Gallsaltstimulerat lipas – från nutrition till inflammation till läkemedel
• Föreläsare: Olle Hernell.

10.00 - 11.15
■ Samisk mat och hälsa.
• Föreläsare: Lena Maria Nilsson.
• Moderatorer 09.45 -11.15: Inga Sjöberg & Elisabet Nylander.

11.15 - 12.00
■ Årsmöte

12.00 - 13.30
■ Lunch och utställning

13.30 - 14.15
■ Minnesfunktioner ur ett longitudinellt perspektiv
• Föreläsare: Lars Nyberg

• Moderator: Tommy Olsson och Torsten Mossberg.

14.15 - 14.45
■ Kaffe & utställning

14.45 - 16.15
■ Från svimmande nybyggare till Nobelpris – en tidsresa i övre Norrlands genetik. Foundermutationer, Genome Wide Association Studies (GWAS) och genterapi inkl gensaxen
• Föreläsare: Anna Lundström, klinisk genetiker.
■ Långt QT-syndrom, till följd av foundermutation
• Föreläsare: Annika Rydberg.
■ Skelleftesjukan amyloidos, historisk expose inkluderande levertransplantationer, silencing och gensaxen
• Föreläsare: Olle Suhr.
■ Familjär amyloidos med polyneuropati – patientens perspektiv på framtidens behandling
• Föreläsare: Mats Brännström.

• Moderatorer 14.45 - 16.15: Inga Sjöberg & Elisabet Nylander.

16.15 - 16.45
Marianne Ors: Information om nästa möte och mötet avslutas.

18.00
Mingel och middag - Restaurang Äpplet med underhållning av Renhornen.

Fria föredrag: (sk Abstrakt).
Sänd sammanfattning på högst 300 ord för korta föredrag (3+2 min) senast den 20 april till bernd.stegmayr@umu.se
Planeras som valfri eller PowerPoint-visning.

Underhållning: Anmäl ditt intresse helst senast 20 april till bernd.stegmayr@umu.se.
– Vi gläder oss mycket om du vill deltaga till underhållningen under några minuter fredag kväll den 24 maj i samband med middagen. Det kan vara "Stand up", sång, musik, t.ex. att framföra solo eller något gemensamt musikstycke med andra, eller något annat. Vi hjälper till med samordning.
De tre bästa bidragen får pris.

UTFLYKTERNA

Korta beskrivningar på vad du får uppleva – tider och priser

■ Stadsvandring i Umeå med guide (100 SEK/person).

9.00 - 11.00. (Två timmar till fots).
Start: Renmarkstorget, vid fontänen.
Lokal guide (max cirka 20 personer).
• Lär dig mer om Umeå som kulturhuvudstad, designstad, björkarnas stad och universitetsstad.

Umeå är en av de städer som växer snabbast i Sverige. Som Europas Kulturhuvudstad har vi erfarenhet av att vara ett kulturellt nav med mycket kreativitet. Lägg då även till två universitet och stora företag så får du insikt i Umeås framåtanda. I Umeå vill vi mer!

Varför har staden 3000 björkar i centrum? Varför har staden varit Europas kulturhuvudstad 2014 och hur påverkar det staden än idag?

■ Mårdseleforsens naturreservat – Vindelälvens mäktigaste (450 SEK/person).

• Häng med på en guidad busstur till forsarna runt Vindelälven. Mårdseleforsens naturreservat bjuder på ett storslaget landskap. Här finns omkring 40 öar av varierande storlek, vilkas utseende ständigt förändras av forsens varierande vattennivåer. Dessutom är området skyddat biosfärområde och därför ett modellområde för hållbar utveckling.
Vi rekommenderar turen "Mårdseleforsarna runt", en led på omkring 1,5

Fortsättning nästa uppslag >>>

24-26 maj 2024

km runt området. Maj månad är en tid på året med mycket vatten och därför häftigt att ta sig runt och över hängbroar.
Tidsschema: 9.00 - 13.00 (4 timmar).
Lokal guide berättar om livet i Umeå och Västerbotten på vår busstur fram och tillbaka till naturreservatet.
Obs! I dagläget har kaféet vid naturreservatet stängt. Tänk därför på att ta med eventuell förtäring på egen hand.
Begränsat med platser i bussen (Max 55 platser).

Laxtrappan vid Stornorrfors och besök i idylliska Brännland (350 SEK/person)

• En busstur runt natursköna Umeå med stopp för att lära oss mer om älvlandskapet runt Umeå. Vi åker igenom Umeås äldsta bostadsområde Backen, tar en snabb titt på välrenommerade Umedalen Skulpturpark samt gör två längre stopp i Norrfors och Brännland.

Vid vårt stopp i Norrfors tar vi del av Umeås laxtrappa skapad vid kraftverksdammen i Stornorrfors. Här har Umeälvslaxarna och havsöringarna sin enda väg till lekplatserna i den outbyggda Vindelälven. Detta är ett mäktigt område.

I Stornorrfors har Vattenfall färdigställt en ny fisktrappa år 2010, i anslutning till kraftverket. Med en kortare promenad tar vi oss över älven för att på andra sidan titta på de 4 000 år gamla hällristningarna.

Bussen tar oss sen vidare till charmiga Brännland. Här finns tid både att uppleva naturfenomenet med jättegrytor som formats på klipporna, likväl som vi har tid att köpa fika eller lunch på Brännlands Wärdshus.
Tidsschema: 10.00 - 13.30 (3,5 timmar).
Lokal guide berättar om livet i Umeå och Västerbotten under vår busstur.
Förtäring: Fika eller lunch till försäljning på Brännlands Wärdshus.
Begränsat med platser i bussen (Max 55 platser).

Guidad tur i Umedalens Skulpturpark (250 SEK/person)

• Umedalens skulpturpark är en utomhuspark i det före detta sjukhusområdet på Umedalen.

Åren 1994 till 2012 arrangerades konstutställningar i parken. Idag finns ett 40-tal permanenta skulpturer i området tillgängliga för allmänheten att ta del av.

Parken har en av norra Europas främsta skulptursamlingar med verk av konstnärer som Tony Cragg, Louise Bourgeois, Anthony Gormley, Jaume Plensa och Anish Kapoor. Vår guide berättar mer om platsen, konstverken och konstnärerna. En oförglömlig upplevelse!
Information:
Tidsschema: 10.00 - 11.00 (1 timme).
Lokal guide berättar. Vi tar oss runt till fots.
Samling vid resturang Bistro Le Garage.
Obs! Området Umedalen ligger 5 km väster om Umeå centrum. Ta lokalbuss nr. 1 från Vasaplan, riktning Umedalen. Hållplats "Löftets Gränd".
Begränsat med platser (25 stycken)

Guidad tur i Medicinhistoriska museet (Kostar inget)

• Västerbottens medicinhistoriska museum är beläget nära norra ingången på Norrlands Universitetssjukhus. Nås enkelt med buss från centrala Umeå. Muséet är inte så stort men välförsett och visning sker för seniora läkare söndagen den 26 maj klockan 10.

Här redovisas bland annat utvecklingen av kirurgi, ortopedi, röntgen, psykiatri, infektionsmedicin -polio, sjuksköterske- barnmorske- tandsköterska- och tandläkarutbildningar, Sveriges första kvinnliga apotekare och en tidig apotekslåda samt något om samemedicin. Vi bedömer att muséet kan vara värt ett besök.
Tidsschema: 10.00 - 12.00 (2 timmar).
Samling vid Norra ingången Norrlands Universitets sjukhus (avstigning Klintvägen m buss 9).
Lokal guide (Elisabeth Persson) berättar. Vi tar oss runt till fots.
Obs! Universitetssjukhuset ligger 3 km öster om Umeå centrum. Ta lokalbuss nr. 1, 3, 5, 8, (bäst 9) från Vasaplan, riktning mot Universitetssjukhuset. Hållplats "Universitetssjukhuset (1, 3,5,8)". Gå antingen igenom sjukhuset (10 minuter) eller runt på norra sidan.
Begränsat med platser (cirka 15 stycken).

”Läsvärt och stundtals häpnadsväckande”

Titel:
Bildandet av Skånes universitetssjukhus
Redaktörer: Olle Pahlm, Bengt Uvelius, Anders Biörklund, Britta Stenstam och Berndt Ehinger.
Recensent:
Marianne Ors.

Boken inleds med en redogörelse för Region Skåne före sammanslagningen av de två stora universitetssjukhusen i regionen, två sjukhus med mycket olika bakgrund som delvis konkurrerade med varandra.

Lasarettet i Lund grundades 1768 och hade redan från början ett nära samarbete med akademin. Malmö Allmänna Sjukhus grundades 1857 som just ett allmänt sjukhus för stadens befolkning.

Sjukvårdskostnaderna skenade och Region Skåne gick med stort underskott. Den politiska idén föddes att en sammanslagning av de två stora universitetssjukhusen skulle kunna effektivisera sjukvården och sänka kostnaderna.

En ny regiondirektör med tidigare erfarenheter av sammanslagningar rekryterades och en känd konsultfirma anlitades. Så inleddes den sk Proluma-processen.

Proluma (Profilering Lund-Malmö) hade till en början syftet att profilera den högspecialiserade vården. Fjorton verksamhetsområden identifierades som skulle fördelas mellan universitetssjukhusen i Lund och i Malmö.

I januari 2008 meddelade sjukhuschefernа vilka sju områden som skulle föras till Lund och vilka sju som skulle till Malmö. Efter protester från flera fackföreningar mot att de inte fått medverka till beslutet ändrades detta emellertid till att gälla en ”destinationsinriktning”.

I arton sinsemellan mycket olika kapitel beskriver företrädare för olika specialiteter hur Proluma-processen och sammanslagningen mellan Lund och Malmö genomfördes och vilka konsekvenser det fick ur den egna klinikens perspektiv.

Genomförandet ledde till svåra problem för flera kliniker, bl a kärlkirurgi, urologisk kirurgi, diabetesvård, endokrinologi och inte minst ögonsjukvården.

Man skriver om beslutsprocesser på hög ledningsnivå med bristande förankringar i verksamheterna och om tvärvändningar från den ena dagen till den andra. Bristen på protokoll eller skriftliga dokument som grund för de beslut som fattades påtalas.

Flera av författarna förlitar sig på egna minnen eller minnesanteckningar från perioden.

Som läsare häpnar man stundtals över den okänslighet, ja nästan maktfullkomlighet, med vilken Proluma-processen genomfördes och tänker att detta måste ha utspelat sig på 1800-talet. Hur kunde man sidsteppa professionen och facken så totalt? I modern tid? I Sverige??

Vad blev effekterna av sammanslagningen av universitetssjukhusen i Lund och Malmö? Det finns tydligen inga oberoende bedömningar om sammanslagningen har lett till några besparingar, bättre resursutnyttjanden eller effektiviseringar. Det är svårt att förstå hur man kan göra så stora ingrepp i klinikers verksamhet och sedan inte utvärdera resultaten.

Är detta då en bok som bara handlar om gråt och elände där bokens titel kanske skulle ha varit Skånes blodbad? Så är det definitivt inte.

Författarna har inte förfallit till att bara beklaga sig, tvärtom förmedlas en stolthet över den egna medicinska verksamheten och forskningen. Flera kapitel inleds med historiska tillbakablickar på den egna specialiteten och hur den utvecklats i Lund respektive Malmö, en nöjsam läsning som väcker många minnen. Exempelvis påminns vi om hur gastroenterologin växte fram ur den allmänna intermedicinen.

Vi får också följa med på en omvälvande resa från det att Nils Alwall presenterade sina första konstruktioner av dialysapparater fram till dagens moderna hemdialys, något som påverkat den njurmedicinska vården i hela världen.

Sammantaget är boken inte bara ett vittnesmål om politikers och tjänstemäns tillkortakommanden utan en bildningsresa, en bok om modern svensk medicinhistoria som skildrar hur djupa och infekterade konflikter kan läka och nya strukturer uppstå. Det behöver vi alla läsa om.

PS.

Så här skriver Berndt Ehinger, en av redaktörerna bakom boken ”Bildandet av Skånes universsitetssjukhus” om bakgrunden till bokens tillkomst:

”År 2008 slog politikerna hårt mot verksamheterna vid universitetssjukhusen i Lund och Malmö för att begränsa kostnaderna.

De försäkrade att avsikten visst inte var att krympa vården utan att effektivisera verksamheterna så att mer av dem blev tillgängligt för flera. Såväl politiker som administratörer trodde att de kunde göra detta med raska och stränga kommandon i skydd av verbala dimridåer.

Det var inte svårt för oss som arbetade som chefer i sjukvården att genomskåda dimridåerna och förfäras över hur enkelspårigt politiker och administratörer på chefsnivå såg på möjligheterna till framgång med denna taktik.

Den syntes oss född i omoget övermod och helt glida förbi etiska, humanitära och faktiskt också praktiska hänsyn, bara siffrorna i ekonomin blev kortsiktigt rätt.

Vi som var med om eländet börjar försvinna och vi tyckte att medan vi ännu minns något är det nu rätt tid att berätta om de bryska kommandonas effekter i den kliniska vardagen. De offentliga arkiven tiger nämligen om detta.

Det verkar som om många handlingar som vi vet har funnits har betraktats som arbetsmaterial och destruerats. I mer än ett fall har privata samlingar varit mer givande än de offentliga.”

Berndt Ehinger

Posttidning B. Economique
Returadress: Torsten Mossberg
Villagatan 18, 114 32 Stockholm

Helene Skott

Vad då då?
Johan Petter Johansson patenterade 110 uppfinningar. Vilket verktyg (förutom skiftnyckeln) gjorde honom världsberömd?

Vem då då?
De sjöfarande fenicierna har gett oss mycket, bland annat alfabetet. Vad heter modergudinnan i deras religion?

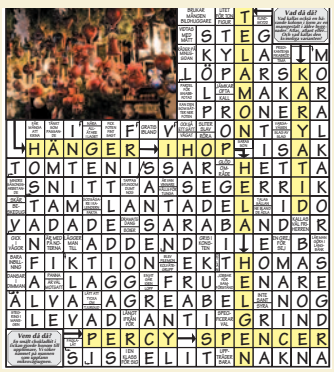
SPLITTRAR – BETALD FRIBILJETT – FÖRKLARAT – OMTALAD OFFENSIV – ÖVERTRÄFFAT – FÖLJER EN OPÅLITLIG VÄG – RÖRELSEFORM – TRÄMÖBEL – GÖR BONDEN MINDRE BUNDEN – HAR VRICKAD FÄTT – BISYSSLA – ÖREDA – TORKADE STENAR – MITT I LÄRBRO – TALAS DET GOTT OM – UTGÖR SPÅR I VÄGBANAN – VAR TIDEN 1968 OCH FRAMÅT – TUNGSINNE – KILLE SOM BÄRS – KAN INTE BARA GÅ UT MED SOPORNA – ÄR ETT BLODIGT TILLSTÅND – SÅTERTJEJ – HÖRS MED VÄDER – SKÖNT – SAMMA SOM DETSAMMA – EN AV TIO – TID SOM BÖRJAR TUNGT – GÖR RÄDD – ÄR DUM FÖR BARN – KAN VARA VARA – AVGUDADES – BÅTREP – SÄTTER FAST MED SÅDANA – KÖR I KÖPING – ERBJUDER OFTA PANNKAKOR – BARNMAT – SES I SANDÖKEN – MARKMÄTT – STYRKA UTAN VAPEN – DEMONISERAS – STÅ PÅ HÖJDEN – SÅSTÖS – HET KROPPSDEL – HON FIRAS I JANUARI – HAR FÄNIG SIG – ÄR MAN I DUBLIN – FINNS MEN SYNS INTE – ÖVERRASKAR INTE – KORTARE AVSKED – TAR TID – GÖR BEKVÄM GÅRNA SIG – FÖRE RIKTNING – FÖRBINDELSE – KAN LEDA TILL KAKBAK – KALLAS KALL SÅS – HANDLINGSUTRYMME – MEGASTÅD – ÄR SVÅRTÄND – FÖRSTÄRKER FROST – TAPPAD – GREJA OCH DONA – ÄR VÄL EN SKÖN SOMMARKVÄLL – AVSEDD FÖR LÅNGLIGGARE – TAR BORT – FINNS AV PEPPARSORT – HITTADES VENUSSTATY PÅ – BLEV SN – HAR KOLL – FICK DEN SOM HÖGG I STEN – STÅR FÖR MOMBASAS LAND – TOPPMÖTE – DRA RUNT – GÖRA ETT AKTIVT VAL – STÅR PÅ SCHEMA – ÄR ÄVEN MÖSS – GÖRA DETSAMMA – BLEV ORMTJUSAD – DE ÄR SOM DE ÄR

Glatt besked till alla korsordsvänner

▼ Helene Skott, erfaren konstruktör av korsord som lämnat storstaden för landet i södra Östergötland tar över.

”Efter många år som lärare började jag göra korsord och har nu ägnat mig åt detta drömyrke i mer än tio år. Roligast är att vrida och vända på betydelser. Språk är verkligen fantastiska!”

Rätt lösning kryss nr 4 - 2023



Tack för alla rätta svar och trevliga brev !

▼ Mejla helst din lösning till Josef Milerad, josef.milerad@gmail.com. ...eller posta den till: Reflektorstigen 1 181 55 Lidingö.

▼ Vi behöver ditt svar på krysset senast den 18 april.

Lycka till!

Hej alla korsordslösare!

Varsågod, ett nytt kryss att gympa hjärnan med

▼ Här är de 55 först öppnade rätta lösningarna på kryss 4 – 2023.

1. Bengt -Erik Alm, Växjö
2. Håkan Cars, Växjö
3. Elisabeth Synnergren, Djursholm
4. Arne Thorfinn, Linköping
5. Charlotte Eigert, Karlskrona
6. Dagmar Edung, Forsa
7. Lars Lundin, Skene
8. Håkan Wramsby, Djursholm,
9. Gunnar Malmkvist, Lund
10. Ann Charlotte Söderman, Solna
11. Frederick Berglund, Sollentuna
12. Henrik Zetterström, Frösön
13. Bengt Lindel, Kalmar
14. Sol-Britt Curstedt, Sollentuna
15. Eva Ljungberg, Arvika
16. Magnus Larsson, Sollentuna
17. Hans Ringertz, Danderyd
18. Bo Wängberg, Mölndal
19. Sven Blomqvist, Lärbro
20. Per Böttiger, Stockholm
21. Jan Olof Johansson, Älvsjö
22. Karl-Gösta Ljungström, Stockholm
23. Peter Smith, Gävle
24. Peter Fridström, Karlskrona
25. Hans Fahl, Lidköping
26. Gudrun Silverbåge Carlsson, Göteborg
27. Henning Höjer, Nyköping
28. Birgitta Ringström, Västerås
29. Claes Magnusson, Lerum
30. Birgitta Gustavii Koskinen, Nacka
31. Margaretha Fridh, Kristianstad
32. Jan Oscarsson, Falsterbo
33. Jan Fåhreus, Jönköping
34. Gösta Claesson, Lidingö
35. Birgitta Pettersson, Ängelholm
36. Marianne Ehinger, Lund
37. Krister Delin, Kullavik
38. Hans-Göran Sonnander, Öckerö
39. Johan & Ingrid Holmberg, Eksjö
40. Merike Boberg, Uppsala
41. Eva Olsson, Nacka
42. Ulf Hansson, Uppsala
43. Eva Haglund, Kristianstad
44. Sven Erik Mattisson, Alvesta
45. Ulla Kjellberg, Göteborg
46. Ceder Hillström, Östersund
47. Stefan Hofvendal, Helsingborg
48. Kerstin Arnling, Kristianstad
49. Hans Ekenberg, Luleå
50. Anders Wihlborg, Helsingborg
51. Annica Lindell Lang, Sunnansjö
52. Lena Teder, Norrköping
53. Olof Wikstrand, Åhus
54. Helen Bergström, Lund
55. Lars Faxen, Göteborg