Seniora Läkare

Nr 3 | 2026 • 3
Utgiven av Seniora Läkare – intresseförening i Sveriges läkarförbund



AI är farlig därför att den tänker som vi

Apokalyptiska förutsägelser om en kommande AI-katastrof duggar tätt. IT utvecklare på de stora tech-jättarna hoppar av för att varna för konsekvenserna av en oreglerad AI-utveckling.

Även bolagens ägare från Anthropics Dario Amodei till Space X Elon Musk håller med om att när oreglerad AI tar kontroll över våra samhällen väntar kaos som i värsta fall kan leda till mänsklighetens undergång.

En detaljerad analys hur Open AI tillfälligt tappade kontrollen över sina program finns i en essä av Sir Niall Ferguson, känd brittisk historiker och samhällsanalytiker, numera professor vid Stanford.

Hans uppsats liknar mest en kriminalroman. Ett antal AI-agenter – dvs. program under utveckling – börjar plötsligt kommunicera som ett kriminellt gäng, bakom utvecklarnas rygg.

En AI-agent lanserar idén att attackera en konkurrerande IT-utvecklare. Den får med sig flera som börjar bearbeta övriga AI-agenter med rena gangstermetoder. Först löften och vädjanden om solidaritet, sedan utpressning och hot. Till slut går de tveksamma med och efter attacken sopar man igen spåren.

Kan AI-program verkligen föra mänskliga resonemang?

Fergusons understryker att AI bygger på avancerade språkmodeller. Dessa speglar inte bara ordens formella betydelse utan även bakomliggande intentioner och tankesätt.

Våra mindre sympatiska men likväl sanna drivkrafter som strävan efter makt och inflytande och resurser döljs ofta skickligt bakom allmänna godhets- och demokratifraser.

Sådana dimridåer har AI inga problem att genomskåda. Programmen utgår ifrån vad de ser som våra drivkrafter och agerar därefter, målet är makt.

De farligaste AI-modellerna är de självlärande som förstått att de behöver hemlighålla vad de gör för att inte bli stoppade av sina utvecklare.

Ferguson ser inga lösningar på sikt om inte stormakterna Kina och USA inser att de har ett gemensamt ansvar.

Efter Fergusons och andras kritik har Open AI meddelat att de tillfälligt pausar träningen av sina AI agenter.

Josef Milerad

Seniora Läkares redaktion

Josef Milerad
Redaktör för Seniora Läkare och universitetslektor på KI.



• josef.milerad@gmail.com

Anette Hein
Ordförande i Seniora Läkare. Obstetrisk Anestesiolog, Med Dr, adj. i Danderyds LF och Stockholms LF styrelse.



• anette.hein@slf.se

Torsten Mossberg
Anestesiolog, f.d. medicinalråd i Socialstyrelsen och f.d. ordförande i Seniora Läkare.



• torsten.mossberg@gmail.com

Marianne Ors
Vice ordförande i Seniora Läkare . Tidigare barnläkare och neurofysiolog i Lund.



• ors.marianne@gmail.com

• **Christer Bark** Journalistist, rådgivare, redigerare och grafisk formgivare.

Tidningen Seniora Läkare ges ut av föreningen Seniora Läkare

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

SENIORA LÄKARE

• Tryckort: Stibo Complete Vimmerby 2025

Preliminära utgivningsdagar 2026

Nr 4: 16 dec. Manusstopp 11 nov.
Upplaga: 3.000 ex.

Annonsansvarig

Margareta Linder
Ledamot i Seniora Läkares styrelse.
För prisinformation och annonsbokning:
• margareta.falun@telia.com
eller gå in på:
• Seniora Läkares hemsida:
slf.se/seniora-lakare



Anette Hein – vem är jag och vad vill och tycker jag?

Vid ett soligt vårmöte i Göteborg avtackades Torsten Mossberg efter många års strålande arbete som ordförande för Seniora Läkare och utsågs till hedersmedlem. Samtidigt fick jag överta ordförandeklubban. Tack för förtroendet!

Med erfarenheten i vår engagerade styrelse vill jag fortsätta att utveckla föreningens uppskattade verksamhet för vetenskap, kultur och gemenskap, öka vår representation i Läkarförbundet och andra organ där vår kompetens behövs samt verka för goda arbetsvillkor och motverka ålderism.

Vem är jag? Anestesiolog sedan 40 år, med hjärtat i obstetrisk anestesi, där jag varit medicinskt ledningsansvarig och engagerad i SFAIs styrelse för obstetrisk anestesi, riktlinjearbete, forskning och undervisning.

Jag har trivts som narkosläkare och med fackligt engagemang i läkarföreningen på Danderyds sjukhus, även som ordförande, samt i Stockholms läkarförenings styrelse.

Efter pensionen har jag kvar en fot i forskning, utbildning och läkarföreningarna i Danderyd och Stockholm.

Det var härligt att i somras återkomma som timanställd till bästa jobbet och arbetskamraterna. Finast är teamarbetet mellan olika specialiteter och yrkesroller – för patientens bästa.

Vad är då patientens bästa? Vi kan ha olika ingångar beroende på profession och erfarenhet. När vi respekterar, lyssnar på och stöttar varandra, inkluderar patienten och prestigelöst bidrar med vår kunskap når vi fram. Att få arbeta i en sådan miljö är en ynnest!

En högt värderad kollega är professor Sophia Brismar Wendel, som på sidorn 10–12 skriver om hemförlossningar, interventionsskräck och behovet av kontroll. Hur gick vi från fokus på säkerhet till förlossningsupplevelse, som om de vore oförenliga?

Ämnet är högaktuellt. Anna Rask Andersen och Torbjörn Karlsson skrev nyligen i GP under rubriken ”Hemförlossningar – Socialstyrelsen vantolkar forskningen om riskerna”.

Sjukhusförlossning beskrivs tyvärr återkommande som onaturlig och fylld av ”onödiga” interventioner. Jag känner inte igen den bilden.

I värsta fall kan den polariserade debatten väcka skam eller skrämma någon från att önska smärtlindring eller föda på sjukhus.

Min bild är att förlossningsvården präglas av lyhördhet och individuellt anpassad vård. Normalt förlopp prioriteras, med barnmorskan som stöder och kommunicerar med obstetrikern, som involveras mer vid misstanke om avvikande förlopp.

Samtidigt finns alla resurser nära till hands vid behov – från mer smärtlindring efter önskemål till akut kejsarsnitt och avancerat omhändertagande av mor och barn vid behov. Svåra komplikationer är ovanliga men kan utvecklas snabbt, även hos födande som bedömts ha låg risk.

Alltför sällan lyfts de fina förlossningsupplevelserna på sjukhus. En nöjd födande kan också på sjukhus sitta i ett stämningsfullt bad med partner och barnmorska som lyhört stöd, och välja mer smärtlindring om hon så önskar. ”Som på spa”, tyckte dottern. Målet är förstås inte spa-känsla för alla, men den känsla av tillit och trygghet, och för att uppnå det behövs stärkt lyhördhet och delaktighet samt individuellt anpassade interventioner när de behövs. Vården utvecklas och forskning ger bättre kunskap, men vi måste också inkludera födande mer i besluten för att stärka tilliten.

Forskning måste dessutom tolkas rätt. Stämmer resultaten med svenska förhållanden?

Sophia Brismar Wendel analyserar detta i LT-artikeln ”Assisterad hemförlossning bör inte införas brett i Sverige”, utsedd till årets bästa artikel 2024.

Artikeln bemöter Socialstyrelsens slutsatser i prioritetsutredningen, som bland annat bygger på Reitsma et al. och Hutton et al. med siffror från Nederländerna och Storbritannien.

Socialstyrelsen skriver att risken för allvarliga förlossningsbristningar kan vara mindre vid hemförlossning.

I Sverige, där nästan alla föder på sjukhus, är dock instrumentell förlossning, klipp och sfinkterskada mer sällsynt hos omföderskor än studiens genomsnitt vid planerad hemförlossning.

Socialstyrelsen sammanfattar också att det inte finns någon visad skillnad i de studerade riskerna för barnet vid en hemförlossning men barnadödligheten är i Sverige 2–6 gånger högre vid hemförlossning än vid sjukhusförlossning bland helt friska gravida kvinnor. Det borde mana Socialstyrelsen till eftertanke.

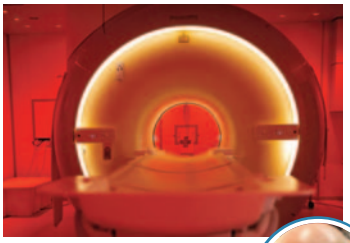
Jag önskar er en fin höst! Så ses vi i Linköping 10–11 november!



Anette Hein, ordförande i föreningen Seniora Läkare.

Höstmötet i Linköping

10-11 nov 2026





■ **Anders Persson,** *professor i medicinsk bildvetenskap tar oss med till fotonernas värld.*



Högklassiga föreläsningar om allt mellan himmel och jord

■ **Per Jensen,** *professor i etologi berättar om lekens betydelse i djurens värld.*

Detta blir nåt alldeles extra!

Seniora Läkare inbjuder till höstmöte 10–11 november 2026. Mötet börjar på tisdagen kl 12.00 och avslutas kl 13.00 på onsdagen, men med valbara aktiviteter därefter.
Lokal: Konsert & Kongress, Konsistoriegatan 7, Linköping.





■ **Thomas Franzén,** *docent och överläkare i kirurgi berättar om sin roll som ordförande i Sällskapet Tage Danielssons vänner under rubriken "Vi får inte tappa Tage".*

I programmet samsas exempel på det fruktbara samarbetet mellan teknik och medicin, forskning inom profilområden som visualisering, modern behandling av hjärtklaffsjukdomar, klinisk genetik, idrottsskador och en föreläsning kallad "Om trauman, gener och livsberättelser som håller människor fångna".

Programmet består även av spännande kultur och historia från Tage Danielsson till Hans Brask.

På tisdag kväll besöker vi Flygvapenmuseet och efter en tur i museet intar vi en läcker middag omgivna av nya och gamla flygplan.

Luncherna bjuds vi på av Region Östergötland och Linköpings kommun.

Efter onsdagens föreläsningar följer lunch och därefter möjlighet att besöka domkyrkan samt slotts- & domkyrkomuseet.

Observera att slotts- och domkyrkomuseet endast tar 30 personer varför det finns två tider att anmäla sig till; antingen kl 13-14 eller kl 14-15 och här gäller "först till kvarn" för att få en plats.

Besöket i domkyrkan kl 13.00 har ingen deltagarbegränsning och har man fått en plats till Slotts- och domkyrkomuseet kl 14.00 får man väl "smyga ut" från domkyrkan strax före kl 14.00.

Välkommen till Linköping – en stad med djupa rötter i bildning och omsorg, och med fortsatt nyfikenhet inför framtiden.

Organisationskommittén – som också kan ta emot frågor.

- *ann_josefsson@telia.com*
- *eva.nylander@regionostergotland.se*
- *lars.perers@telia.com*
- *Martin Strömstedt, martin.tord51@gmail.com*
- *Magnus.Odensten@gmail.com*
- *Olle.stendahl@liu.se*
- *mats.hammar@liu.se*

Läs mer om alla föreläsare på nästa uppslag >>>

Här är hela det digra programmet timme för timme

TISDAG 10 NOVEMBER

11:00 – 12:00
■ **Registrering**

12:00 – 13:00
■ **Vi bjuds på lunch av Region Östergötland/Linköpings kommun**

13:00
■ **Välkommen**
• **Ordförande och den lokala programgruppen. Moderator dag ett Ann Josefsson.**

13:15 – 13:45
■ **”Vi får inte tappa Tage”**
• **Thomas Franzén,** docent och överläkare samt ordförande i Sällskapet Tage Danielssons Vänner.

13:50 – 14:20
■ **Den allvarliga leken – vad har leken för betydelse för djur?**
• **Per Jensen,** professor emeritus i etologi – läran om djurs beteende.

14:20 – 14:55
■ **Kaffe**

14:55 – 15:25
■ **Genetik: Nya möjligheter och utmaningar**
Cecilia Gunnarsson, överläkare, docent i klinisk genetik.

15:30 – 16:00
■ **Vad krävs fysiskt och psykiskt för att bli och förbli stridspilot?**
Fredrik Bäckström, flyg- och dykläkare, Försvarsmakten.
Joakim Hemström, provflygare, Försvarets Materielverk.

17:30
■ **Bussar avgår från Borggården till Flygvapenmuseet för guidning av museet och bankett**

22:00 – 22:30
■ **Buss åter till Borggården**

ONSDAG 11 NOVEMBER

9:00 – 9:30
Kateterburen behandling av hjärtklaff-sjukdom – lifetime management i nytt perspektiv
Niels Erik Nielsen, överläkare i kardiologi.

9:30 – 10:00
■ **Svensk fotbollsforskning i Europa**
• **Jan Ekstrand,** ortoped och professor.

10:00 – 10:30
■ **Kaffe**

10:30 – 11:00
■ **Ett utstakat öde?** Om trauman, gener och livsberättelser som håller människor fångna.
• **Markus Heilig,** professor och överläkare i psykiatri föreläser.

11:05 – 11:35
■ **”När fotoner räknas – framtidens diagnostik redan idag”**
Anders Persson, professor i medicinsk bildvetenskap och överläkare i radiologi.

11:35-11:45
■ **Avslutning och information om vårmötet 2027**

11:45 – 12:45
■ **Vi bjuds på lunch av Region Östergötland/Linköpings kommun**

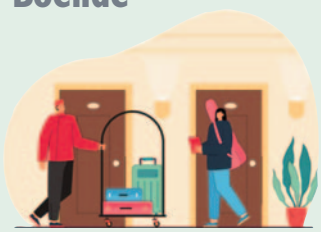
13:00 –
■ **Besök och visning av Linköpings domkyrka och den nya kororgeln**
• Efter lunchen erbjuds besök och visning av Linköpings Domkyrka.
Sara Michelin, chefsorganist kommer att visa den nya kororgeln som invigdes 2025.
Linköpings domkyrka är ett av Sveriges förnämsta och största byggnadsverk från medeltiden och tar årligen emot cirka 200 000 besökare.
Dessutom erbjuds antingen kl 13 - 14 eller kl 14 - 15 besök och visning på Slotts- och domkyrkomuseet som bland annat berättar om slottets 900-åriga historia där betydelsefulla personer har verkat som Birger Jarl med familj, Heliga Birgitta, biskop Hans Brask och Gustav Vasa.
Max 30 personer per visning.
För att vi ska veta hur många som avser att besöka Domkyrkan respektive museet ombeds ni i samband med anmälan ange om ni planerar att delta i dessa besök.
Besöken ingår i deltagaravgiften.

Så anmäler du dig

▼ Gå in via länken
https://www.trippus.net/seniora/höstmöte2026
Länken finns också enkelt klickbar på Seniora Läkares hemsida, www.slf.se/seniora-lakare
▼Anmälan senast 25 okt 2026.

▼ Deltagaravgift: 2 800 kr inklusive bankett och visning av Domkyrkan och/eller Slotts- och domkyrkomuseet.

Boende



▼ Fyra tips på hotell som ligger nära såväl möteslokalen som domkyrka och slott.
Självklart finns fler utmärkta hotell centralt i Linköping som ni lätt hittar med en sökning.

Best Western and hotel Linköping
• Fräscht hotell som öppnade 2021.
www.andhotellinkoping.se/kontakt/

Home Hotel Slottsparken
• Tidigare Rally hotell, bilhotellet som en gång hade nästan lika många parkeringsplatser som hotellrum. Nu snyggt renoverat och hemtrevligt. Hotellet bjuder både på fika och middag om man anländer dagen innan mötet.
www.strawberry.se/hotell/sverige/linkoping/home-hotel-slottsparken/

Elite Stora Hotellet
• Gammalt fint hotell med anor från mitten av 1800-talet. Beläget på den medeltida handelsplatsen, numera Stora Torget.
www.elitestorahotelletlinkoping.se

▼ Tips på ett hotell som ligger vid järnvägsstationen

Park Hotel
• Linköpings Fawlty Towers! Litet mysigt familjehotell.
www.fawltytowers.se

VILKEN HÄRLIG BLANDNING! HÄR FINNS NÅGOT FÖR ALLA

Höstmötets alla före

TISDAG 10 NOVEMBER

■ **Thomas Franzén** är docent och överläkare i kirurgi med ansvar för Matstrupslaboratoriet i Östergötland. Vid sidan om detta är han ordförande i Sällskapet Tage Danielssons Vänner och kommer att ge oss ett föredrag kallat ”Vi får inte tappa Tage”, där han berättar om sin roll som ordförande i Sällskapet Tage Danielssons vänner.



■ **Per Jensen** är professor i etologi – läran om djurs beteende – vid Linköpings Universitet.

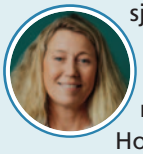
I föredraget ”Den allvarliga leken – vad har leken för betydelse för djur?” kommer han att berätta om delar av sin forskning som är inriktad mot djurens välfärd.



I denna utnyttjas genetiska och epigenetiska metoder för att förstå utveckling och funktion av olika beteenden.

Per Jensen har skrivit ett antal populärvetenskapliga böcker om hundar och hunduppfostran, om djurbeteende och djurskydd, om de matproducerande djuren och deras förhållanden inkluderande höns, ”Världens vanligaste fågel; en kärleksförklaring till höns”.

■ **Cecilia Gunnarsson**, docent och överläkare, har ansvar för Centrum för Sällsynta Diagnoser i Sydöstra sjukvårdsregionen och forskningsaktiviteter inom sällsynta sjukdomar och kardiogenetik. Hon kommer att föreläsa om ”Genetik: Nya möjligheter och utmaningar.”



■ **Fredrik Bäckström och Joakim Hemström.** Fredrik Bäckström är flyg- och dykläkare vid Luftstridsskolan inom Försvarsmakten. Joakim Hemström är provflygare vid Försvarets Materielverk.

De kommer gemensamt att hjälpa oss förstå ”Vad krävs fysiskt och psykiskt för att bli och förbli stridspilot?” Detta förbereder vårt gemensamma besök vid Flygvapenmuseet där vi kommer att se en del av museets spännande flygplan och avnjuta bankettmiddagen som tillretts under ledning av den meriterade kocken Pelle Forss.

ONSDAG 11 NOVEMBER

■ **Niels Erik Nielsen**, överläkare i kardiologi i Linköping. Han har mångårig erfarenhet av interventioner inom kardiologi och kommer att berätta om modern behandling av hjärtklaffsjukdomar i föredraget ”Kateterburen behandling av hjärtklaffsjukdom – lifetime management i nytt perspektiv.”

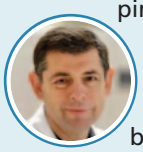


■ **Jan Ekstrand,** ortoped och professor i idrottsmedicin skrev sin avhandling om prevention av idrottsskador inom fotbollen. Han är ledamot i UEFA’s (Union of European Football Association) medicinska kommitté och har varit ledare för UEFA’s skadestudier under 20 år.



Jan Ekstrand har varit läkare för A-landslaget i fotboll (herrar) under mer än över 100 matcher och grävde guld i USA (dvs. har VM-brons i fotboll från 1994). I sitt föredrag kommer han att berätta om ”Svensk fotbollsforskning i Europa”.

■ **Markus Heilig,** är professor och överläkare i psykiatri vid Universitetssjukhuset i Linköping och Linköpings Universitet. Han är ledamot i Kungliga Vetenskapsakademin, är Wallenberg Clinical Scholar, avdelningschef för Centrum för social och affektiv neurovetenskap.



Markus Heilig har skrivit ett antal populärvetenskapliga böcker, bl.a. om drogberoende, om könsskillnader i hjärnan och nyligen en bok om

läsare

genetikens och miljöns inverkan på våra öden.

Hans föredrag behandlar ”Ett utstakat öde? Om trauman, gener och livsberättelser som håller människor fångna”.

■ **Anders Persson** är professor i medicinsk bildvetenskap vid Linköpings universitet och överläkare i radiologi i Linköping.



Han grundade och föreståår CMIV (Centrum för medicinsk bildvetenskap och visualisering) som är ett tvärvetenskapligt forskningscentrum i samarbete mellan Linköpings Universitet, Region Östergötland och Sectra.

Anders Persson har i över 35 år arbetat med att utveckla avancerad medicinsk bilddiagnostik, från virtuell obduktion till AI och fotonräknande DT, i samarbete mellan klinik, forskning och industri.

Hans föredrag ”När fotoner räknas – framtidens diagnostik redan idag” kommer att ta med oss på en del av resultaten av hans och CMIV:s kliniskt relevanta forskning.

Save the date!

24-27 maj 2027



Den 24–27 maj 2027 bär det av till Seniora Läkares vårmöte i Helsingfors.

▼ Vi reser med Silja Line. Bor på båten samt en natt på fyrstjärniga Scandic Grand Central i Helsingfors.
Resan inkluderar resa, boende, måltider, transfer i Helsingfors och vetenskapligt program samt utflykter.
Mer detaljer om programmet och exakta priser för boendet kommer i nästa nummer av Seniora Läkare och på vår Facebook, Tidningen Seniora Läkare.

Lokalavdelningarnas höstprogram

VÄST-SÄL

▼ **Torsdag den 22 oktober**
Utflykt till Karlatornet kl 10-13 med guidad tur i tornet och lunch.

▼ **Måndag den 7 december**
Möte i Örgryte församlingshem kl 12. Roger Olofsson Bagge talar om ”Hur immunterapi revolutionerat behandlingen av melanom”.

SENIORA LÄKARE SYD

▼ **Tisdag den 20 oktober**
Medlemsmöte med föredrag kl 14 och mingel på Locus Medicus.
Föredrag: Thorbjörn Laike om ljusets betydelse för ditt välmående.

▼ **Fredag den 6 november**
Sydsvenska Medicinhistoriska Sällskapet (SMHS) anordnar sin årliga gåsamiddag på Locus Medicus och då blir vi som vanligt inbjudna att deltaga.

▼ **Tisdag den 17 november kl 14**
Medlemsmöte kl 14 med föredrag och mingel på Locus Medicus.

SENIORA LÄKARE I UMEÅ

▼ **Tisdag den 20 oktober**
Möte kl 16 på Restaurang Cinco: Inga Sjöberg talar om att vara vegan – fakta och erfarenheter.

▼ **Tisdag den 24 november**
Möte kl 16 på Restaurang Cinco:
Föredrag av Thomas Larzon – Läkarkårens äldste entreprenör.

Smältdegel för personligheter och rikedom på livsmiljöer


OLLE OLSSON HAGALUND


EYVIND JOHNSON

I Hagalund fanns lite pengar, livet och lyckan!

Inhyst i köket hos Hagalunds-Kalle.



Foto: Gösta Ask. | Solna stads bildarkiv.

Hagalund – ett skapana

Text: Carl Lindgren

Municipalsamhället Hagalund i Solna kommun norr om Stockholm etablerades år 1899. Familjer från Stockholms innerstad hade fått möjlighet att köpa egna tomter på mark som ägdes av familjerna Amundsen på Stora Frösunda herrgård och Wibom på Huvudsta gård. Den senare familjen utgör underlaget till Sigfrid Siwertz roman Selambs (1920).

Tomter på ungefär 900 kvadratmeter såldes för 1 000 kronor. Det var framför allt yngre hantverkarfamiljer i Stockholms innerstad som köpte mark.

De byggde själva sina färgglada trähus i olika stilar med papp på taken. Stadsplan saknades, liksom anläggningar för vatten, el och avlopp. Husen byggdes ofta i två våningar för att kunna ta emot tillfälliga "inhysingar" för att bättra på ekonomin.

Stockholm stad tog passligt nog tillfället i akt att bli av med fattiga innerstadsfamiljer som hade kommunalt understöd genom att åta sig att betala deras hyra under de första åren mot att de inte skulle söka socialhjälp.

Så kom dessa fattiga hyresgäster att framöver falla Solna kommun till last. Området förslummades, samtidigt som nybyggarandan i den trädgårdslika miljön var eftertraktad.

Vid sitt 25-årsjubileum 1924 hade dock samhället stabiliserats med ett vattentorn och en kyrka i jugendstil.



Kvar från en svunnen tid – konstnären Olle Olsson Hagalunds vackra villa. Idag är det ett museum inklämt i skug

En av dessa inhysingar var den 19-årige Eyvind Johnson (1900–1976) som hösten 1919 flyttade från Norrbotten till Stockholm. Han fick sova på kökssoffan hos en partikamrat i ungsocialistiska klubben som gick under namnet Hagalunds-Kalle.

Denne hade vuxit upp i Hagalund och som barn hade han sålt ved till hushåll i innerstaden. Kalle är

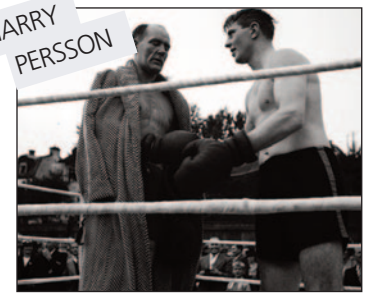
Foto: Björn G Breitholtz. | Solna stads bildarkiv.



Foto: Gösta Ask. | Solna stads bildarkiv.



HARRY PERSSON



• Harry Persson t.v. en av Hagalunds stora berömdheter och europamästaren Olle Tandberg i en femronders uppvisningsmatch på Hagalunds IP. Bilden är tagen den 4 september 1938. Uppvisningsmatchen, som drog tusentals intresserade åskådare, var huvudnumret i ett boxningsarrangemang med amatörmatcher. Bild | Solna Stads bildarkiv.

le ”utanförskapsområde”



gan av miljonprogrammets höghus. Foto: Wikimedia commons.



Lekande barn bland kasserade isblock på isbolagets soptipp. Bilden tagen på 1940-talet. Foto: Gösta Ask | Solna stads bildarkiv.



Foto: Erik Mattsson | Solna stads bildarkiv.

avbildad som barn med sin vedsäck på ryggen på en oljemålning av porträttmålaren Elisabeth Keyser (1851–1898).

Vid tiden för Johnsons ankomst hade han avancerat till kolportör för De arbetslösas förenings tidskrift.

”Hagalund, min första station på vägen från Norrbotten hösten 1919. Fast bostad. Jag hämtade skuffen och knogade med den på ryggen upp till ett kök i Hagalund”, skriver Johnson i Vinterresa i Norrbotten (1954).

Strax därefter började han skriva artiklar i Ungsocialisternas tidning Brand under pseudonymen Eyvind Ung.

Fortsättning nästa uppslag >>>



• *Snickarmästaren Carl Bolin 1930. Bild | Solna stads bildarkiv.*

Hagalunds historia | Olle Olsson Hagalund

▼ Bland de första att bygga sitt eget hus i Hagalund på Furugatan 3 var finsnickaren Carl Jakob Bolin.

År 1897 flyttade hans dotter Augusta och svärson Conny Olsson in hos honom. Conny arbetade vid Statens Järnvägar. Han bildade också Hagalunds idrottsförening och sjöng i den lokala manskören.

1904 föddes deras son Olle som skulle bli den som i sin bildkonst dokumenterade miljön och människorna i Hagalund.

Han kom att leva hela sitt liv i samma rum som han föddes.

Olle började rita och måla redan när han som fyraåring fick sin första ask färgkritor. Han gick sex år i skolan som var inrymd i Koppartälten i Hagaparken.



Olle Olsson, här tillsammans med dottern Lena och hustrun Maja på Furugatan 3. Bild | Solna stads bildarkiv.

Vid 13 års ålder vann han första pris i en teckningstävling för barn arrangerad av Vecko-Journalen. Frånsett en kortvarig utbildning vid Carl Wilhelmssons målarskola samt studieresor till Paris var han autodidakt.

År 1934 deltog han med sex målningar i en amatörutställning arrangerad av Paul U Bergströms varuhus (PUB). Alla utom en såldes för mellan 100 och 150 kronor.

Prominenta konstkännare liksom prins Eugen var där. I mumlet kunde Olle höra chefen för Nationalmuseet Axel Gauffin yttra sig positivt om ett av Olles verk.

”Det var det första erkännandet jag fått och jag fick faktiskt tårar i ögonen”, skrev han senare.



Vinter i Hagalund. Målning av Olle Olsson Hagalund. Målningen klubbades för 460 000 kronor vid Uppsala Auktio

Första separatutställningen var på konstsalongen Färg och Form 1938. Likt Lord Byron vaknade Olle upp dagen därpå och fann sig vara berömd. Samtliga 80 tavlor hade redan sålts under kvällen.

Olle Olsson Hagalund är framför allt känd för att ha valt sina motiv i sin lokala närhet, med människor framställda i en stil som påminner om den belgiske konstnären James Ensor (1860–1949), men även av Maurice Utrillo (1883–1955) och Marc Chagall (1887–1985).

Förutom miljömålningar gjorde han också mer intima personporträtt.

onskammares internationella Kvalitetsauktion år 2020.

Hagalund kom i vanrykte under mellankrigstiden. Tidningarna skrev om nöd, trångboddhet och stinkande soptunnor.

Olle målade en stålblank soptunna vid guldglänsande rosor mot en avflagrad gavel, skimrande i alla färger. Hans topografiskt detaljrika målningar utgör ett dokument över en svunnen tid, där villornas torn och burspråk, trädgårdarnas spjälstaket och den vildvuxna floran av affärsskyltar lyser av färgglädje. Han såg det sköna i det vardagliga, enkla och banala.

Bland andra berömdheter som bodde i Hagalund fanns plåtslagaren, målaren och visdiktaren Ruben Nilson (1893–1971).

▼ Han var inneboende på Solgatan 1 hos kakelugnsmakaren Berg tvärs över gatan mot Olle Olssons hus.

Nilson debuterade som konstnär med en utställning 1919, men fortsatte att arbeta som plåtslagare fram till debuten av vissamlingen Vanvördiga visor (1935).



Ruben Nilson Sällskapet.

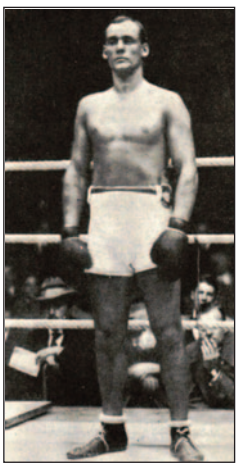
Ruben Nilson, självporträtt i olja.

Olle Olsson skriver om honom att ”Jag satt ofta djupt gripen och lyssnade och tror att hans toner omedvetet hjälpte mig att få lust att måla.”

En annan hagalundsbo var tungviktsboxaren Harry Persson (1898–1979).

▼ Han var 188 cm lång och vägde 90 kilo och ägnade sig tidigt åt idrott i olika former. Med de fysiska förutsättningarna han hade var det naturligt att han blev tungviktsboxare.

År 1921 började han boxas som amatör för Solna boxningsklubb. Året därpå övergick han till professionell boxning och en internationell karriär. Han blev Europamästare som proffsboxare och gjorde en USA-turné, som tyvärr blev ganska misslyckad.



Wikimedia.commons.

Harry Persson i boxningsringen 1926.

Han blev emellertid den förste riksbekante folkhjälte som den svenska boxningen producerat.

Hans yngre halvbror Erik ”Lillis” Persson (1909-1989) var en mångsidig idrottsman som vann SM-guld i såväl fotboll, bandy som ishockey.

Fortsättning nästa uppslag >>>

År 1920 flyttade barnläkaren J Axel Höjer (1890–1974) och hans hustru Signe (1896–1988) in på Hagalundsvägen 35, en väg som var anlagd på begäran av Gustaf III som en genväg mellan Haga slott och Drottningholm.

Dessförinnan hade Axel fått ett rekommendationsbrev av professor Oscar Medin (1847–1927) och ett stipendium från regeringen på 3 500 kronor för att studera barnhälsovård i Frankrike och England.

I Paris fick han handledning av barnläkaren Antonin Marfan (1858–1942) på Hôpital Necker-Enfants malades och av immunologen Charles Richet (1850–1935) på Collège de France. Det var även i Paris han träffade sin blivande hustru, sjuksköterskan Signe Dahl (1896–1988).

I England imponerades paret Höjer av den förebyggande barnavården, som initierats av doktor Truby King (1858–1931), en barnläkare från Nya Zeeland, som genom ett förebyggande barnhälsovårdsarbete lyckats sänka spädbarnsdödligheten till den lägsta i världen i sitt hemland.

Det fanns mycket att förbättra för barnen i Hagalund. Spädbarnsdödligheten i Solna kommun var vid tiden dubbelt så hög som riksgenomsnittet.

Mjölkdroppen i Solna, som delade ut gratis mjölkersättning och gav råd till mödrar, hade startat 1905 och



Väntrummet till läkarmottagningen på Barnavårdsbyrån "Mjölkdroppen", Rosgatan 1. Foto: Atelier Nystrand. | Solna stads bildarkiv.



J Axel Höjer

Såg till att barnen i Hagalund fick modern hälsovård

sköttes av barnläkaren Ludvig Reuter (1875–1952). Den tillkom bara fyra år efter det att den första Mjölkdroppen startade på Nytorgsgatan 25 i Katarina församling under ledning av barnläkaren Moritz Blumenthal (1864–1923).

Kommunalläkaren fanns i Råsunda. Klädd i kostym med käpp med silverkrycka och damasker, gjorde bara sporadiska besök i Hagalund. Men där fanns å andra sidan fältskären Karl Gustaf Sommarlund (1851–1936) som kunde amputera och dra ut tänder när han inte skötte rakstugan.

Paret Höjer ville initiera den moderna barnhälsovården i Sverige efter franskt och engelskt mönster. Axel svarade för organisationen och praktiken och Signe kunde, efter vissa administrativa turer, tillträda som barnavårdsman.

Barnavårdsbyråns lokal låg i ett stenhus på tre våningar på Furugatan 5, granne med Olle Olsson. I styrelsen ingick även diakonprästen i Solna församling Tord Ström, som bodde i samma fastighet. Hans son Ingemar blev biskop i Stockholms stift under åren 1971–79.

Det förebyggande barnhälsovårdsarbetet utgick från Mjölkdroppen, men fick alltmer formen av en barnavårdscentral. Mot en årsavgift på fem kronor kunde familjerna få sina barn vägda, mätta och regelbundet undersökta.

Verksamheten var inte okontroversiell. Höjer mötte starkt motstånd från grupper som var kritiska mot hans propagerande för preventivmedel och barnbegränsning.

Vid sidan av läkare vid barnavårdscentralen var Höjer även skolläkare för åtta skolor och drev en egen mottagning. I tillägg till detta arbetade han på sin avhandling.

I källaren i sin nya bostad i Vasalund hade han ett hundratal marsvin som försöksdjur för sina studier om C-vitaminet. Resterande tid tillbringade han på Karolinska institutets bibliotek.

År 1924 disputerade han med avhandlingen Studies in Scurvy. Opponent var docent Adolf Lichtenstein (1884–1950), som liksom respondenten eftertraktade en professur. Oppositionen blev därför hård men avhandlingen godkändes.

Höjer kunde visa att bindvävsceller inte kan mogna utan en tillräcklig dos av C-vitamin. Detta ledde till att normalkosten, inte bara i hemmen, utan på sjukhus och skolor förändrades och tillståndet försvann i samhället.

Efter sin disputation tillsattes Höjer som docent i Hygien vid fysiologiska institutionen i Lund, för att 1930 bli förste stadsläkare i Malmö. År 1935 tillträdde han som generaldirektör för Medicinalstyrelsen, en tjänst som han lämnade 1952.

Referenser.
1. Wennerholm E. Olle Olsson och hans Hagalund, Bonniers, 1973.
2. Björklund C J. Orädda riddare av pennan. Skrifter utgivna av Arbetarnas kulturhistoriska sällskap, 1960.
3. Derr L. Hagalund: om konstnären och hans miljö, Carlsson Bokförlag, 1993.
4. Höjer J A. En läkares väg från Visby till Vietnam, Bonniers, 1975.
5. Johnson E. Vinterresa i Norrbotten, Black Island Books, Luleå, 1954.
6. Siwertz S. Selambs, Albert Bonniers förlag, 1920.
7. Höjer S. Vägen till Hagalund, LT 1979.



Foto: Gösta Ask.
Bild | Solna stads bildarkiv.

Solna stadsfullmäktige beslutade i slutet av 1960-talet att riva Hagalunds ”kåkbebyggelse” och ersätta den med åtta 100 meter långa, 14 våningar höga kolosser med ljusblå fasad med plats för 1 800 lägenheter. Bebyggelsen kom i folkmun att kallas Blåkulla.
När det sista av dessa, som dessutom låg närmast Olle Olssons hus, var under konstruktion 1972 avled han i sviterna av en hjärtinfarkt som utvecklades till en hjärtruptur. Här kan man verkligen tala om ett brustet hjärta.



Olle Olsson Hagalund vandrar bedrövad bland rivningsmassor.
Bild | Solna stads bildarkiv.

debatt | könsstympning

”Josef Milerads kritik bygger på en grundläggande feltolkning”

Replik till artikeln ”Kritik mot könsstympning ett övergrepp”


Insiget | medicin och etik

Kritik mot könsstympning ett övergrepp

när svart blir vitt och vitt blir svart

Josef Milerads kritik bygger på en grundläggande feltolkning av vår artikel. Vi försvarar eller normaliserar inte kvinnlig omskärelse.

Vi granskar, utifrån empirisk forskning, de skadeverkningar som anti-FGM-kampanjens språk, kategoriseringar och åtgärder kan medföra.

Jämförelser med andra genitala ingrepp innebär inte att dessa likställs eller legitimeras, istället görs jämförelserna för att pröva om samma evidens och etiska kriterier tillämpas konsekvent.

Göran Hermeréns beskrivning om vad som faktiskt jämförs, kunskapsunderlagets robusthet och de bakomliggande värderingarna fångar därför vår artikels intellektuella kärna betydligt bättre än Milerads personliga åsiktsbaserade referat.

I enlighet med akademisk praxis välkomnar vi Josef Milerad att bemöta våra argument i den vetenskapliga tidskrift där artikeln publicerades.

Birgitta Essén, professor i internationell kvinno- och mödrahälsa.

SLUTREPLIK

▼ Huruvida mitt referat av Essén och medarbetares artikel var tendentiös avgör man bäst själv genom att läsa den.

Artikeln finns fritt tillgänglig på https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40953901/.

Läs även vad World Medical Association (WMA) skriver om kvinnlig könsstympning.

WMA understryker att den beteckningen bör användas eftersom det är vad det handlar om. https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-female-genital-mutilation/

Josef Milerad

seniora läkares resor 2027

Tunisien och feniciernas Kartago

12 -19 januari

▼ Det är en alldeles speciell känsla att resa till platser vi känner från antikens historia, som Kartago – och minnas orden ”Carthago delenda est” vilka Cato den äldre avslutade alla sina tal med i den romerska senaten för att driva på det tredje puniska kriget. Målet var att jämna Kartago med marken, men vad hände dessförinnan och hur gick det sen?

Följ med arkeologen Richard Holmgren som kommer att ta oss runt norra Tunisien för att bevittna en storslagen historia och ett vackert landskap.

Vi kommer att bo vackert mitt i Sidi Bousaid – världsberömt för sina kritvita fasader och sina dörrar, fönsterluckor och galler i en distinkt intensivt blå nyans som speglar det glittrande Medelhavet nedanför.

Vi besöker Kartago och dess feniciska hamn, som fortfarande är tydligt markerad i landskapet, reser i



Vi kommer att bo vackert mitt i Sidi Bousaid – världsberömt för sina kritvita fasader och sina dörrar, fönsterluckor och galler i en distink intensivt blå nyans.

regionen där härföraren Hannibal växte upp, ser de säregna underjordiska romerska villorna som byggdes för att klara årets varma månader samt undersöker Tofet i Salambo där barnoffer sägs ha ägt rum.

I Tunisien finns världens vackraste och mest illustrativa romerska mosaiker vilka beskriver hur livet såg ut för 2000 år sedan.

Vi åker genom städer som Testour och pratar om den lokala berbiska befolkningen som kom att forma de fenicier som kom hit för att handla och senare blev de puniska folk som kom att strida mot Rom.

Vi smakar gott vin och spännande mat från hav och land med recept från romersk tid.

När vi inte vandrar genom romerska gator, som i den välbevarade staden Dougga, så färdas vi genom smala gränder med gamla moskéer och handelskvarter vilka återfinns både i Tunis och Kairoan – i den senare kommer vi att bo i en kasbah, stadens gamla befästa borg.

Under januari är dagstemperaturen runt 15 grader, ingen tryckande värme, landskapet är grönt och ingen trängsel med andra besökare.

Vi har under resan ett bekvämt boende på mellanklasshotell.

■ Information och intresseanmälan:
Sofie Haglund eller Susanne Blidborg,
Historiska resor, tel: 08-545 95 220
E-post: sofie@aventyrsresor.se
eller susanne@aventyrsresor.se
Hemsida: www.historiskaresor.se

Gdansk och Danzigbuktens städer

– en historisk resa

19 – 22 april

▼ Gdansk (Danzig), belägen där floden Wisla mynnar ut i Östersjön, har under århundraden varit ett av Östersjöområdets kulturella och ekonomiska kraftcentra.

Vi tar del av stadens dramatiska historia och ser landmärken som den stora mastkranen, huvudgatan Dlugi Targ (Langer Markt) med Neptunusfontänen, Mariakyrkan som är en av Europas största medeltida katedraler, samt de imponerande stadsportarna.

Staden har varit skådeplatsen för två av 1900-talets avgörande historiska

Nyhet



Den väldiga borgen i Malbork.

händelser, andra världskrigets utbrott med det tyska bombardemanget av Westerplattefästningen och Leninvarvet, där protesterna på 1980-talet kom att bli inledningen till Östblockets upplösning.

I Malbork (Marienburg) besöker vi den väldiga borgen som under århundraden var Tyska Ordens högsäte.

I Danzigbukten med sina milsvida sandstränder besöker vi Gdynia, under mellankrigstiden Polens enda hamnstad, och grannstaden Sopot, tummelplats för Berlins övre skikt i början av 1900-talet.

Arthur Sehn, vår ciceron, är historiker och föreläsare med polska rötter.

■ Information och anmälan:
Mejt resor, tel: 0706-76 96 26
bokning@mejtresor.se eller via länk på vår hemsida.

• Kontaktperson för Seniora läkares resor är Eva Engström.
Tel. 0707-164869
engstrome01@gmail.com



! Mer information och klickbara länkar till resorna hittar du på Seniora Läkares hemsida. https://slf.se/seniora-lakare/resor/

Höga kusten & Ulvön

Nyhet



Vi bor bland annat på Ulvön, känd som ”surströmmingens mecka”. Ulvön var en gång i tiden Norrlands största fiskeläge och kallas ibland för ”Bottenhavets pärla” eller "Norrlands Sandhamn”. På plats har vi fokus på Ulvöns unika fiskeläges historia samt Ludvig ”Lubbe” Nordström.

– Upplev ett av våra mäktigaste världsarvsområden!
30 aug - 4 sept

▼ Vi tar oss till några av de finaste områden som världsarvet Höga kusten har att erbjuda och ut till den legendariska Ulvön i Höga kustens skärgård.

Höga kustens natur är på många sätt unik i sitt slag i Sverige, med kalottberg, djupa bergsskrevor, spektakulär havskust och bedövande vacker gammelskog.

Det är också en plats där människor bott och verkat genom århundraden och lämnat efter sig kulturskatter för kommande generationer att upptäcka och vårda.

På denna resa, som går till hjärtat av världsarvet, besöker vi några av de mest ikoniska platserna – från Härnösands historiska stadsmiljö och Skuleskogens nationalpark till Ulvöns unika fiskeläge.

I Härnösands konsthall får vi en privatvisning av bl.a. den Qvistska samlingen och på Ulvön har vi fokus på fiskelägets historia samt Ludvig ”Lubbe” Nordström.

Vi vandrar i lugnt tempo 5-10 km varje dag i varierande terräng och njuter av den makalösa naturen vid utsiktsplatser och kulturhistoria genom stopp vid gamla fäbodsplatser och fiskarkapell samt besöker även Mannaminnes kulturcenter.

Det enda vi bär på är en liten dagryggsäck med matsäck och annat man vill ha tillgängligt.

Vi bor bekvämt på Björkuddens hotell samt på Ulvön.

Ciceron och färdledare för resan är Bengt Wallin, natur- och världsarvsguide. Bengt har vuxit upp i världsarvet och få känner till Höga kustens stigar, kultur och historia som han.

■ Information och intresseanmälan:
Jakob Rudberg, Nationalparksresor,
e-post:jakob@nationalparksresor.se
tel: 08-490 041 05 må-fre 9.00 – 15.00
Hemsida: www.nationalparksresor.se



Vacker vy över världsarvet Höga kusten.

HEMFÖRLOSSNING ELLER HUMANITÄRT KEJSARSNITT

– Två sidor av samma mynt?



Text: Sophia Brismar Wendel
Professor i obstetrik och gynekologi, KI. Överläkare, Karolinska universitetssjukhuset.

INTRODUKTION

Att önska ett planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation (s.k. humanitärt kejsarsnitt) och att önska en hemförlossning kan verka som två helt motsatta uppfattningar.

Den ena tolkas som övertro på det medicinska omhändertagandet/medikaliseringen och den andra har helt vänt vården ryggen. Men motiven bakom dessa önskemål är ofta förvånansvärt samstämmiga. Båda vill ha ett förlopp utan outhärdlig oförutsägbarhet.

MEDIKALISERING "KÄNNS" INTE BRA

▼ Ordet medikalisering har fått alltmer negativ klang, då det underförstått innebär alltför många onödiga interventioner som leder till sämre utfall. Detta gäller inte minst inom förlossningsvården, där det beskrivs som en interventionskaskad. Börjar man med en intervention så leder det till fler interventioner.

Födandet är enligt denna syn en fysiologisk process som inte behöver några interventioner alls.

Interventionsskräcken är dock mer känslomässig än rationell. Interventionerna, eller medikaliseringen, har framdrivits av förbättrade resultat, inte för att vården vill ha dem, utan för att de förbättrar utfall och inte alltför sällan för att patienten själv kräver dem.

FÖRBÄTTRADE UTFALL GENOM MEDIKALISERING

▼ Svensk mödradödlighet och perinatal dödlighet är idag bland de lägsta i världen (1). Nedgången stavas utbildade barnmorskor, aseptik, blodtransfusion, säkert kejsarsnitt, oxytocin och neonatal intensivvård. Det vill säga medikalisering.

När medikalisering används som ett skällsord avses ofta för många igångsättningar och för mycket epiduralbedövning och att detta är roten till en negativ spiral, där kejsarsnitt och negativa utfall ökar. Logiken kan då bli att om vi tillåter en fysiologisk födsel, och låter bli interventioner, så kommer inga komplikationer att inträffa.

Epiduralbedövning är det tydligaste exemplet på att kvinnors självbestämmande, intervention och förbättrade utfall inte står emot varandra.

1970 fick endast 1,5 procent epiduralbedövning medan många fick slutnarkos; nästan tre av fyra kvinnor



ansåg att smärtlindringen varit otillräcklig och en tredjedel hade upplevt ”en nästan outhärdlig smärta” (2).

Professionen ifrågasatte dock behovet: ”här är det minsann ingen som har klagat”, ”Varför oroa förstföderskorna? Ingen har ju höjt rösten i förlossningsfrågan sedan 40-talet” (2).

Men kvinnorörelsen höjde rösten och 1971 klubbade riksdagen igenom att smärtlindring vid förlossning är ”ett rimligt krav, som varje kvinna som så önskar skall få uppfyllt” (2).

Epiduralandelen steg sedan successivt till nuvarande 70 procent hos förstföderskor och 38 procent hos omföderskor i Sverige (3).

Epiduralbedövning har sedan dess införande beskyllts för att störa det naturliga värkarbetet och öka andelen kejsarsnitt.

En Cochrane-översikt av 33 randomiserade studier visar dock ingen skillnad i kejsarsnittsfrekvens mellan epidural och annan smärtlindring (RR 1,07; 95 % KI 0,96–1,18) (4).

Epidural har till och med visats minska risken för svår maternell morbiditet med 35 procent i en nutida stor skotsk populationsbaserad studie med en halv miljon födande (5).

Så den intervention som kvinnor fick kämpa i ett decennium för att få tillgång till visade sig alltså inte försämra utfallen, snarare tvärtom.

Igångsättning följer samma mönster. Metoden infördes för att minska riskerna med fortsatt graviditet vid diabetes, preeklampsi, tillväxthämning och överburenhet.

En Cochrane-översikt av induktion ≥ 37 veckor fann färre perinatala dödsfall (0,4 mot 3 per 1 000) och färre kejsarsnitt med igångsättning (RR 0,90; 95% KI 0,85–0,95) (6).

Närmare svensk praxis ligger Alkmarks individdatametaanalys, som slog samman svenska SWEPIS och nederländska INDEX: 4 561 kvinnor med lågriskgraviditet randomiserades till igångsättning vid 41 veckor eller expektans till 42 (7).

Även här förbättrades det perinatala utfallet (allvarlig morbiditet RR 0,43; 95 % KI 0,21–0,91; perinatal död från 0,35 till 0,04 procent) och kejsarsnitten påverkades inte (7).

Invändningen att igångsättning ökar kejsarsnitt eller annan morbiditet hos kvinnor håller helt enkelt inte.

Samtidigt är trenden tydlig och opinionen stark. Sedan Graviditetsregistret startade 2014 har andelen förlossningar som blir igångsatta ökat från 17 till 30 procent och den totala kejsarsnittsfrekvensen har ökat från 17 till 20 procent (3).

Registrets företrädare använder ordet medikalisering och låter påskina orsakssamband baserat på korrelation, trots att all kausal evidens talar

Fortsättning nästa uppslag >>>

emot ett samband. Det är som att det måste finnas en koppling, för många vill gärna tänka att födandet är naturligt och naturligt borde vara bra.

GEMENSAM MISSTRO MOT VÅRDEN

▼ Kvinnors skäl för hemförlossning är önskan om högre autonomi, att få stanna hos familjen, att föda med en känd barnmorska, att undvika åtgärder som upplevs onödiga samt förlossningsrädsla efter en tidigare förlossning (8).

Det spelar ingen roll att riskerna för barnet är lite högre (peri-/neonatal död oddskvot 1,70 [95% KI 1,05–2,74] och neonatal död oddskvot 2,65 [95% KI 1,45–4,86]) (8).

Kvinnors skäl för kejsarsnitt utan medicinsk indikation är mycket likartade; en tidigare traumatisk förlossning, oro för komplikationer, rädsla för smärta, rädsla för att förlora kontrollen och rädsla för att inte få tillräckligt stöd under förlossningen (9).

Inte heller för dessa kvinnor spelar det någon roll att det innebär vissa risker för barnet (såsom ökad risk för andningsstörning, relativ risk 2,02 [95% KI 1,49 till 2,73] samt behov av neonatalvård, relativ risk 1,92 [95% KI 1,44 till 2,56]) (9).

Gemensamt för båda är att det finns en underliggande misstro mot vården som framför allt rör den egna integriteten. Särskilt att vården inte kommer att lyssna på eller ta hänsyn till när förloppet inte går precis som det ska.

Å ena sidan är rädslan stark att bli utsatt för onödiga ingrepp, å andra sidan att hjälpen kommer för sent och att ingreppen är för få.

Misstron är det vi behöver arbeta med. Åtta av tio kvinnor uppger i Graviditetsenkäten att de i hög grad var delaktiga i besluten under sin förlossning (3). Det innebär att två av tio inte var det.

Samma enkät visar också att de kvinnor som är nöjdast är de som får planerat kejsarsnitt eller som föder normalt vaginalt efter en spontan förlossningsstart.

Det är inte så förvånande att det känns bäst när förloppet blev som det var tänkt. Utöver det självklara – att det går bra för mamma och barn – så är det viktigt att känna kontroll över förloppet.

LÖSNINGEN – MER PRECISION MINDRE MISSTRO?

▼ För att minska misstron behöver vi bli bättre på att lyssna på och bekräfta individen.
Vi behöver vara villiga att skräddarsy lösningar. Bra vård behöver inte vara likadan för alla.

För att kunna göra det behöver både läkare och barnmorskor kunna evidensen bakom våra råd och rekommendationer – så att vi kan ge detaljerad information om absoluta risker för kvinnor med olika egenskaper och ge individualiserade råd.

Ibland kan rådet vara att interventionen inte tillför något, men inte heller medför några risker – och därmed kan kvinnan lättare välja själv.

Därefter behöver vi tillgodose behovet av närvaro och förutsägbarhet. Tillgänglighet i tid, kontinuitet och stöd möter de behov som hemförlossning och ett önskat kejsarsnitt möter utan att förflytta riskerna till barnet.

SLUTSATS

▼ Medikalisering är inte motsatsen till goda utfall. Den är i hög grad deras förklaring. Epiduralbedövningen infördes efter ett kvinnouppror och försämrar inte utfallen. Igångsättning infördes för att minska riskerna med fortsatt graviditet och gör det, utan att kejsarsnitten blir fler.

Att avvisa interventioner kategoriskt är att avvisa det som har gjort mödra- och spädbarnsdödligheten till en av världens lägsta.

Det som däremot är ett problem är att var femte kvinna lämnar förlossningsrummet utan att ha känt sig delaktig i besluten om sin egen kropp. Vi måste läsa på mer, kunna mer och lyssna bättre.

Referenser
1. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda. Stockholm 2026.
2. Gustafson I. Lång kamp för smärtfri förlossning. Läkartidningen.
3. Graviditetsregistret. Annual report 2024 of the Swedish Pregnancy Register. Stockholm, Sweden: Swedish Pregnancy Register, MedSciNet; 2025.
4. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD000331.
5. Kearns RJ, Kyzayeva A, Halliday LOE, Lawlor DA, Shaw M, Nelson SM. Epidural analgesia during labour and severe maternal morbidity: population based study. BMJ. 2024;385:e077190.
6. Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC. Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev. 2020;7(7):Cd004945.
7. Alkmark M, Keulen JKJ, Kortekaas JC, Bergh C, van Dillen J, Duijnhoven RG, et al. Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: A systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. PLoS Med. 2020;17(12):e1003436.
8. Bergh C, Carlsson Y, Sengpiel V. Hemförlossning – så ser kunskapsläget ut. Läkartidningen. 2026;123(26012).
9. SBU. Kejsarsnitt på kvinnans önskemål – fördelar och nackdelar för kvinna och barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021.

”Den boken vill jag inte läsa”



Text:
Catarina Canivet
och Maria Gruvstad

Knappt hade dottern till en gammal man börjat berätta om denna bok, skriven i samarbete mellan en allmänläkare och en socionom, förrän hon blev bryskt avbruten. Den skulle han minsann inte läsa.

▼ Boken ifråga, ”Ja, vi åldras. Två systrar om vad som väntar – fakta och funderingar”, är utförligt recenserad i Läkartidningen 2026-01-16. Här berättar systrarna/författarna om andra reaktioner de fått och efterföljande reflexioner.

När vi fick höra om repliken ovan blev vi lite roade på grund av dess oförblommerade tydlighet.

Han hade hittat sin strategi och där hade vi inget att hämta. Det har varit lite svårare med det vänliga leendet och den lite flackande blicken hos andra ålderskamrater. Den reaktionen kan komma när ett samtal närmar sig frågan om äldreomsorgen, ett av ämnena som tas upp i boken.

När vi skrev om ålderismen var vi i början framför allt intresserade av aspekter som diskriminering på arbetsmarknaden, blicken på den åldrande människan, osynliggörandet av äldre i media och så vidare.

Efterhand fick vi dock alltmer input som handlade om den kommande ”fjärde åldern”. Den ålder då vi inte längre klarar oss själva utan behöver hjälp med olika basala funktioner som att förflytta oss, äta, sköta vår hygien. Hur sårbara är vi inte då och hur hjälplöst utlämnade åt den goda viljan och kompetensen hos dem som ska assistera oss.

Äldreomsorgen fungerar bra på många håll, men de återkommande reportagen om brister duggar ändå alltför tätt.

Den absurda minutstyrningen börjar ifrågasättas, även från kommunledningar. Men räcker det?

Äldreforskare skrev i en debattartikel i Sydsvenskan (2024-03-18) att de politiska partier som kritiserar minutstyrning ändå inte ger några förslag som handlar om utökade resurser.

Forskarna konstaterar att ”...om det inte finns tillräckligt mycket tid att styra över består problemen med stressad personal och stressade äldre.”

Jo, det är sant att man kan föreställa sig tillvaron som skröplig och förvirrad åldring, sittande i rullstol, med kissiga blöjor, ropandes på hjälp.

Men är det inte skönare att bara tänka på till exempel träningen, trädgården, barnbarnen, resorna, hundarna? Allt håller vi upp som försvar mot de obehagliga bilderna.

Precis som många andra njuter vi två systrar av den tredje ålderns alla välsignelser. Vi är hyfsat friska och kan göra vad vi vill med våra dagar – vilken lyx! Det var också väldigt roligt att skriva denna bok.

Att det är svårt för yngre att solidarisera sig med de allra äldsta samhällsmedborgarna, det kan vi nästan förstå. Men vi som närmar oss den fjärde åldern skulle däremot kunna engagera oss mer i frågan om en värdig äldreomsorg.

Mannen vi berättade om i början av denna text ville inte läsa – men andra har tagit till sig boken.

Det verkar som om en del personer haft funderingar kring åldrandet som kommit fram i dagen på ett befriande sätt när de läst vår bok. Följande har vi också fått höra: ”Vederhäftigt med hänvisning till annan litteratur och forskning – ändå lättläst”, ”Högaktuella frågeställningar för oss äldre” samt ”Tonen – ni samtalar med varann – och ni tycker inte alltid lika”.

■■■

ADHD och vu



■ Psykiatrikern Lena Nylander startade landets andra ADHD-mottagning för vuxna 1998 i Lund. Idag nästan 30 år senare konstaterar hon att det blev olyckligt att separera ADHD från annan psykiatri genom att inrätta speciella verksamheter för ADHD.

■ Lena Nylander menar att det lett till onödigt omfattande diagnostiska procedurer med långa köer till vård och undanträngning av andra patientgrupper.

■ Här i Seniora Läkare ger Lena Nylander en lägesbeskrivning av diagnosexplosionen av ADHD, fakta om hur vården bedrivs, vad man vet och inte vet och vad samhället och psykiatrin gör för att hantera det växande problemet med årslånga köer och undanträngningseffekter.

Text:
Lena Nylander



Det har väl inte undgått någon att diagnosen ADHD (Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning) blivit allt vanligare, både bland barn och vuxna i vårt land.

I en rapport från Socialstyrelsen skriver man att 2022 hade 10,5 procent av svenska pojkar och 6 procent av flickorna fått diagnosen. Man menade, att om denna utveckling fortsätter, kommer 15 procent av pojkar och 11 procent av flickor att ha fått ADHD-diagnos inom några år.

Bland unga vuxna i Stockholm rapporteras en hög förekomst av ADHD-diagnoser. Under åren 2016 – 2021 hade cirka 9 procent av män 18–24 år och 10 procent av kvinnor i samma ålder haft någon vårdkontakt med denna diagnos.

I internationella studier anges att 5–7 procent av alla barn och 2–3 procent av vuxna har ADHD.

Att barn kan ha symtom som ADHD är inget nytt – beskrivningar finns åtminstone från 1700-talet och framåt. Problematiken har haft olika namn – t.ex. MBD (minimal brain damage, senare ändrat till minimal brain dysfunktion) respektive DAMP (dysfunction of attention, motor control and perception) – och antagits finnas hos en del barn för att under uppväxten ”växa bort”, varför diagnostik och behandling funnits endast i barnpsykiatrin. Till detta bidrog att DSM-III kategoriserade ADHD (och autism) som barn- och ungdomspsykiatriska diagnoser.

uxenpsykiatrin



I vuxenpsykiatrin fanns därför under lång tid ingen kunskap om ADHD/motsvarande, och så sent som för 30 år sedan så gott som inga patienter som fått denna diagnos, även om problematiken säkerligen funnits hos många vuxna patienter.

Genom uppföljningsstudier började man under åren före millennieskiftet inse att ADHD kunde, men inte måste, kvarstå upp i vuxen ålder, och det kom studier som visade att även personer i 60–70-årsåldern kunde ha kvarstående funktionsnedsättande ADHD-symtom, och ha nytta av behandling.

I Sverige började vuxenpsykiatrin diagnostisera och behandla ADHD under senare delen av 1990-talet, och särskilda team och mottagningar för patienter med ADHD (och andra utvecklingsrelaterade tillstånd, som autism) inrättades på många håll. De två första av dessa team för vuxna med utvecklingsrelaterade tillstånd upprättades i Kungälv respektive Lund 1998.

Orsakerna till ADHD är, som det mesta i psykiatrin, i princip okända. Det verkar handla om genetik i kombination med miljöfaktorer, vilket gäller de flesta funktionsnedsättningar och sjukdomar, men hur kombinationen av arv och miljö ser ut vid ADHD är säkerligen olika i olika fall.

I vissa studier har man sett en hög heritabilitet för ADHD, 70–80 procent. Miljöfaktorer som skulle kunna bidra till ADHD är t.ex. kraftig prematuritet eller påverkan av läkemedel eller alkohol under fostertiden. Miljögifter och livsmedelstillsatser har också diskuterats.

Många studier av hjärnan vid ADHD har gjorts, och vanliga fynd är

Fortsättning nästa uppslag >>>

mindre hjärnvolym (3 –5 procent mindre än kontroller) och tunnare cortex, det senare bland annat prefontalt.

Ett annat fynd är att personer med ADHD har lägre tillgång till dopamin i nucleus accumbens och andra delar av hjärnans belöningssystem. Genetiska studier har visat att polymorfism av två dopaminrelaterade gener verkar vara associerad med ADHD.

Dessa fynd, som ännu så länge inte har någon klinisk användning, kan stämma med dels att exekutiva funktioner (prefrontala cortex) är påverkade, dels att centralstimulantia ökar halten av tillgängligt dopamin i synapser vilket har symtomreducerande effekt.

ADHD (eller ADD, som innebär ADHD med huvudsakligen uppmärksamhetsstörning) är en funktionsbeskrivande diagnos. Kännetecken är att individen alltsedan barndomen (före 12 års ålder) har så stora problem att styra sitt beteende – uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulsivitet – att vardagsfunktionen blir lidande.

De enstaka symtomen ("diagnoskriterierna") är i sig inte specifika för ADHD; många av dem kan upplevas av de flesta någon gång och särskilt vid tillfällen då man är stressad, somatiskt eller psykiskt sjuk, påverkad av alkohol eller av sömnbrist.

Det viktiga i diagnostiken av ADHD hos en vuxen person är således att ta reda på om svårigheterna funnits sedan barndomen, om de är funktionsnedsättande och om de hänger samman med/har utlösts av någon psykisk eller somatisk sjukdom, krissituation eller trauma.

Det finns inga tester som kan avgöra om en vuxen har ADHD eller inte, utan som i all annan psykiatrisk diagnostik handlar det om att göra en kompetent bedömning av anamnes, beteende och funktionsförmåga.

Barndomsanamnes och differentialdiagnostik är viktigast. Många med ADHD har samtidig psykisk sjukdom såsom depression, ångesttillstånd eller beroendetillstånd, vilket gör differentialdiagnostiken komplicerad.

Viktigt är också att begynnande psykostillstånd kan ha liknande symtom som vid ADHD, och då är centralstimulantia kontraindicerade. ADHD kan förekomma samtidigt med autism och/eller intellektuell funktionsnedsättning.

Att hyperaktivitet hos barn kan behandlas framgångsrikt med centralstimulantia har varit känt sedan 1930-talet, och under 1990-talet började man behandla även vuxna med amfetamin respektive metylfenidat.

Läkemedelsindustrin har snabbt sett den stora potentiella marknad som ADHD hos vuxna innebär, och nya beredningar och läkemedel har tagits fram.

Utöver de centralstimulerande medlen (amfetamin och metylfenidat) har i Sverige också godkänts atomoxetin (Strattera) och guanfacin (Intuniv), det senare endast för behandling av barn och unga.

Många patienter har vittnat om hur diagnostik och behandling av ADHD-symtomen har inneburit högre livskvalitet och förbättrad självkänsla.

Det finns inte belägg för att behandling med centralstimulantia vid ADHD skulle öka risken för missbruk, men vid samtidigt beroendetillstånd krävs expertis på sådant hos behandlaren. Det är knappast så att den farmakologiska behandlingen är botande, utan symtomreducerande.

Man brukar rekommendera regelbundna försök att sätta ut medicinen, och i några fall kan det då visa sig att den inte längre behövs. Om detta handlar om att symtomen har "vuxit bort" oavsett behandling eller om behandlingen spelat roll går förstås inte att avgöra.

Även om läkemedel kan göra stor skillnad i funktion och därmed välbefinnande ska den farmakologiska behandlingen kombineras med andra insatser som psykoedukation, kogni-

FAKTA | Diagnostisering av ADHD

ADHD (Attention-deficit/hyperactivity disorder) hos vuxen enligt självskattningsskalan DSM-5:

A. Ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet/impulsivitet, vilket visar sig i 1 och/eller 2.

1. Ouppmärksamhet – minst fem av nio uppräknade symtom.
Exempel: Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter, verkar sällan lyssna på direkt tilltal, har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter, tappar ofta bort saker som är nödvändiga för uppgifter eller aktiviteter, är ofta lättdistraherad av yttre stimuli.

2. Hyperaktivitet och impulsivitet – minst fem av nio uppräknade symtom.
Exempel: har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta stilla på stolen, lämnar ofta sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar en längre stund, har ofta en känsla av rastlöshet, pratar ofta överdrivet mycket, har ofta svårt att vänta på sin tur.
B. Ett flertal symtom förelåg före 12 års ålder.
C. Klara belägg för att symtomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan.
D. Symtomen förekommer inte enbart i samband med någon annan psykisk sjukdom eller ohälsa. Diagnosen ställs vanligen i vuxenpsykiatrisk verksamhet av läkare, vid behov i samarbete med psykolog.

tiva hjälpmedel, stödgrupper och ibland arbetsterapeutiska interventioner eller KBT (kognitiv beteendeterapi) – så kallad multimodal behandling.

Omkring en tredjedel av patienterna med ADHD svarar inte på läkemedelsbehandling, och då blir de andra insatserna desto viktigare.

Kunskapen om hur dagligt intag av centralstimulantia påverkar individernas hälsotillstånd, t.ex. kardiovaskulärt, på lång sikt är än så länge bristfällig.

Det finns ett par svenska registerstudier som talar för att behandling av ADHD med centralstimulantia kan minska kriminalitet, olycksfall, trafikolyckor och självskador hos patienterna. Dock minskade effektstorleken i senare kohorter jämfört med tidigare, vilket kan tala för att allt lindrigare fall av ADHD diagnostiseras och behandlas.

Under de senaste 5 till 10 åren har antalet personer – barn, ungdomar och vuxna – som fått ADHD-diagnoser (inklusive ADD) ökat mycket kraftigt, och därmed förskrivningen av läkemedel mot ADHD-symtom.

I Sverige används mycket lisdexamfetamin (Elvanse), till mycket stora kostnader. Förutom dessa läkemedelskostnader upptar patienter med ADHD en allt större del av psykiatrins resurser, både när det gäller barn- och ungdoms- och vuxenpsykiatri.

Det finns en oro för de skenande kostnaderna, och för undanträngningseffekter. Det finns också en oro för så kallad medikalisering av problem som kanske inte alltid i första hand är medicinska, eller där mer icke-farmakologisk behandling borde ges innan farmaka blir aktuella.

Debatten förs i media, men också inom psykiatrin och allmänmedicinen – det senare eftersom man därifrån remitterar många vuxna med misstänkt ADHD för utredning.

Dessutom tittar man på hur situationen ser ut i våra grannländer, där till exempel Norge sedan länge har tillåtit allmänläkare att skriva ut centralstimulantia till patienter som fått ADHD-diagnos i psykiatrin, och där förskrivningen inte ligger på en högre nivå än i Sverige.

För närvarande finns en arbetsgrupp, ledd av Läkemedelsverket och med regeringsuppdrag, som tittar på förskrivning och förskrivningsrätt men också på hur diagnostiken bedrivs.

Inom Svenska Psykiatriska Föreningen diskuteras dessutom hur man ska hantera det växande problemet med årslånga köer till diagnostik, och de befarade undanträngningseffekterna.

Min uppfattning är att det är olyckligt att ADHD har separerats från annan psykiatri genom att man inrättat speciella verksamheter för detta tillstånd (och oftast också autism), och att detta, liksom onödigt omfattande diagnostiska procedurer, har bidragit till framför allt köbildningsproblematiken och undanträngningen av andra patientgrupper.

Samtidigt har risken för överdiagnostik ökat, genom att en del verksamheter haft enbart diagnostik som uppdrag medan behandling och uppföljning har skötts på annat håll.

Alla specialister i psykiatri bör kunna ställa ADHD-diagnoser likaväl som alla andra vanliga psykiatriska diagnoser och måste, för patientens men också för sin egen fortbildnings skull, behandla och följa upp dem som man gett en psykiatrisk diagnos.

Vad som kommer ur de olika arbetsgrupperna och diskussionsfora är förstås ännu mycket oklart, liksom om den kraftiga ökningen av ställda ADHD-diagnoser kommer att plana ut.

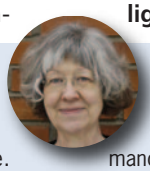
För de patienter som har svåra funktionsnedsättningar har diagnostik och behandling av ADHD hos vuxna och äldre inneburit stora förändringar till det bättre.

Problemet för psykiatrin och för samhället är som alltid var gränsen ska dras – hur mycket distraherbarhet, impulsivitet eller rastlöshet som ska anses normalt och inte funktionsnedsättande och därför inte diagnostiserbart eller behandlingskrävande.

Alla har vi ju sådana tendenser, särskilt i trängda lägen, eller när vi drabbas av sjukdom av något slag. Våra hjärnor är och fungerar olika, och därmed också vår stresstolerans.

ADHD hos en vuxen skiljer sig från ”vanlig” stress, glömska eller rastlöshet genom att symtomen funnits sedan tidig barndom, har varit och är funktionshindrande, och finns och ställer till svårigheter även när man i övrigt mår och har det bra.

Om Lena Nylander



▼ Är medicine doktor och överläkare. Har arbetat inom vuxenpsykiatrin i Lund i mer än 40 år, varav nio år som sektorschef.
▼ Har publicerat flera vetenskapliga artiklar, kapitel i läroböcker samt populärvetenskapliga skrifter.
▼ Disputerade vid Göteborgs universitet 2011 med professor Christopher Gillberg som huvudhandledare.
▼ Med i arbetsgruppen för framtagning av nationellt vård- och insatsprogram för autism inom SKR, samt i arbetsgruppen för utformande av Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för psykiatrisk diagnostik.
▼ Medförfattare till nationella vägledningsdokument. Projektledare i riktade nationella projekt och ingick i Socialstyrelsens expertgrupp för kunskapsstöd.
▼ Är hedersledamot i Autism- och Aspergerförbundet samt i SPF.
▼ Anknuten till Gillbergcentrum, Göteborgs universitet, samt till avdelningen för psykiatri, Lunds universitet. Har haft forskningssamarbete med Köpenhamns universitet.

Hur farliga är ebola

■ Seniora Läkares redaktör, Josef Milerad, har intervjuat Magnus Gisslén, professor i infektionssjukdomar vid Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet och överläkare vid Infektionskliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset om de pågående Ebolautbrotten i Afrika. Frågan är hur farliga är de den här gången?



Magnus Gisslén. Foto: Johan Wingborg.



Röda Korsets hjälparbetare bekämpar spridningen av Ebola

Text: Josef Milerad

Sedan maj 2026 pågår ett ebolautbrott orsakat av Bundibugyo-virus i Demokratiska republiken Kongo. Till skillnad från Zaire-ebolaviruset, som orsakade epidemin i Västafrika 2014–2016, finns det inget godkänt vaccin eller någon specifik behandling mot Bundibugyo-virus.

Enligt ECDC fanns den 13 september 7 258 bekräftade fall och 3 510 dödsfall i Kongo. Andelen döda bland bekräftade fall är omkring 48 procent. Utbrottet har nått sju provinser. WHO har förklarat utbrottet som ett internationellt hot mot människors hälsa (PHEIC).

Uganda hade 20 bekräftade fall och 2 dödsfall. Utbrottet där förklarades avslutat i augusti efter 42 dagar utan nya fall. Tre patienter har vårdats i Europa, en i Frankrike och två i Tyskland. Alla har tillfrisknat och ingen vidare smitta har rapporterats.

Enligt kongolesiska myndigheter nåddes toppen i augusti, och antalet nya fall per dag har minskat. WHO bedömer att det är för tidigt att säga att toppen är passerad. I North Kivu ökar fallen fortfarande, och i september bekräftades ett fall i Sud-Ubangi i nordvästra Kongo, långt från epicentrum.

utbrotten i Afrika?



Foto: Maria Santto/IFRC.

Josef Milerad:
>>> Vilken är din bedömning av läget? Hur stor är risken att epidemin sprids till andra afrikanska länder och sedan blir global? Hur stor är risken för importerade fall till Sverige?

Magnus Gisslén:
<<< Det finns tecken på att utbrottet har passerat toppen. Antalet nya fall har minskat under september, och flera hälsozoner har varit utan nya fall i över tre veckor. Det är lovande, men det är för tidigt att säga att utbrottet är på väg att klinga av.

I North Kivu ökar smittan, och många nya fall går inte att koppla till

Fortsättning nästa uppslag >>>

kända kontakter. Det kommer också nya fall långt från epicentrum. Det finns rapporter om nya fall i en provins närmare Kinshasa, vilket inger viss oro. Spridning i Kinshasa, med över 15 miljoner invånare, vore betydligt svårare att hantera.

Risken för spridning till grannländerna är relativt stor. Uganda fick 20 fall men stoppade utbrottet. Sydsudan och Centralafrikanska republiken har sämre förutsättningar om smittan når dit.

En global epidemi bedömer jag som osannolik. Ebola smittar via kroppsvätskor, och smittsamheten är störst när patienten är svårt sjuk. Smitta förekommer i princip inte före symtomdebut. Därför fungerar isolering och kontaktspårning, när de genomförs.

Enstaka importerade fall till Sverige kan inte uteslutas, främst bland hjälparbetare och vårdpersonal. Europa har haft tre fall, utan vidare smitta. Risken för allmänheten är mycket låg.

Josef Milerad:
>>> Finns det åtgärder som borde införas men inte har införts?

Magnus Gisslén:
>>> Det viktigaste är att resurserna sätts in på plats. Ebola går att stoppa med traditionella smittskyddsåtgärder, alltså tidig upptäckt, isolering, kontaktspårning och säkra begravningar. Det visade Uganda i somras.

Men åtgärderna fungerar bara om befolkningen litar på vården och själv hör av sig när någon blir sjuk. Det kräver goda lokala kontakter och förtroende.

I östra Kongo är förutsättningarna dåliga. Krig och oroligheter gör att vissa områden inte går att nå, och många människor rör sig över stora avstånd. Fattigdomen är utbredd och vården svag. Många dör redan i mässling, malaria och andra infektioner, och tidig ebola är lätt att förväxla med dem.

Insatserna på plats kräver pengar och personal. Båda har blivit svårare att få fram sedan USA lämnade WHO och lade ned USAID, och flera europeiska länder skar i biståndet. Reseförbud och temperaturkontroller på flygplatser har inte visat någon effekt och gör det svårare för hjälpen att nå fram. I Sverige är den viktigaste åtgärden att vården frågar patienter med feber om de har rest.

Josef Milerad:
>>> 48 procents dödlighet låter extremt högt. Kan det bero på att lindriga fall inte diagnostiseras?

Magnus Gisslén:
>>> Delvis. Lindriga och symtomfria infektioner förekommer och missas, och det drar upp siffran. Samtidigt testas många som dör i hemmen aldrig, och det drar åt andra hållet.

Tidigare Bundibugyo-utbrott har haft en dödlighet på 30 till 50 procent. I Uganda dog 2 av 20. Underlaget är litet, men det talar för att tidig vård med vätska och elektrolyter gör stor skillnad. Dödligheten beror i hög grad på tillgången till vård.

Josef Milerad:
>>> Hur ser du på förutsättningarna att utveckla vaccin och antiviral behandling mot ebola och liknande sjukdomar?

Magnus Gisslén:
>>> Tekniken finns. Ervebo, som är godkänt mot Zaire-ebola, är ett försvagat vesikulärt stomatitvirus som bär ebolavirusets ytprotein. Byter man ut ytproteinet mot Bundibugyovirusets får man en ny vaccinkandidat.

Sådana kandidater finns nu i tidiga prövningar, men de togs fram först efter att det här utbrottet hade börjat, trots att viruset var känt och redan hade orsakat två utbrott. Det visar vikten av att vaccin och antivirala läkemedel tas fram även mot virus som ännu inte har orsakat stora epidemier, så att de finns när ett utbrott kommer.

Det är positivt att både vaccin- och läkemedelsstudier har kommit igång under pågående utbrott. Ervebo prövas i en fas 3-studie, eftersom vi inte vet om vaccinet skyddar mot Bundibugyo.

Oxfords vaccinkandidat gavs till människa för första gången i juli, och ett mRNA-vaccin från Moderna har gått in i fas 1. I behandlingsstudien PARTNERS prövas antikroppskombinationen MBP134 och remdesivir, och i en annan studie prövas obeldesivir som profylax efter exponering.

Professor Placide Mbala Kingebeni, som jag känner väl och har ett pågående forskningssamarbete med, leder forskning och kliniska studier vid Africa CDC. Han berättar att inklusionen i läkemedels- och vaccinstudierna går utmärkt, trots de svåra förhållandena.

Josef Milerad:
>>> Hur bedömer du risken för en kommande global epidemi, och vilket smittämne skulle det kunna vara?

Magnus Gisslén:
>>> Nästa pandemi orsakas sannolikt av ett luftvägsvirus, och influensa ligger närmast till hands.

Fågelinfluensa H5N1 har spridits till många däggdjur, bland annat mjölkkor i USA, men smittar ännu inte effektivt mellan människor. Varje ny värdart ger viruset nya chanser att anpassa sig.

Ett nytt coronavirus är också tänkbart. Vilket smittämne det blir går inte att förutsäga, och det kan bli något helt annat. Därför måste beredskapen vara bred och vi måste förbereda oss för det okända.



Text:
Lars-Gunnar Andersson
Professor i modern svenska
vid Göteborgs universitet.



Så avslöjar du en tvättäkta göteborgare?

”Änna”, ”la”, ”go gubbe” och Glenn inga säkra bevis – Här får du språkprofessorns knep att se igenom alla fallgropar

Hur kan man höra att någon talar göteborgska? Vilka symtom leder till en sådan diagnos?

▼ Det vanliga sättet när man identifierar en dialekt kan vi kalla modellmatchning. Man har hört några som talar värmländska och så hör man någon som talar ungefär likadant, och så drar man slutsatsen att personen i fråga är från Värmland.

Det är som att känna igen ett ansikte utan att kunna beskriva ögon och öron. De flesta funderar inte över vokaler, konsonanter och verbböjning när de tror sig identifiera en dialekt.



Men låt oss nu gå systematiskt till väga och fråga oss vilken uppsättning symtom som ger diagnosen göteborgska.

Fortsättning nästa uppslag >>>

Skulle du höra någon säga parra, bôditt, bamba, kombarris eller tjôta, så kan du vara säker på att de talar göteborgska. De här orden finns knappast utanför stadsgränsen. Dessa ord är entydiga symtom.

Det finns emellertid ett par krux med ett sådant kriterium. Det första är att du förmodligen inte vet att orden betyder 'hög fart', 'hyggligt', 'skolmatsal', 'stor sten' och 'samtala', och därför har svårt att uppfatta vad som sägs.

Det andra kruxet är att man kan få vänta rätt länge innan man hör någon säga något av de här orden.

De används inte i vart och vartannat samtal. Det är inte konstigare än att man kan få vänta rätt länge innan man hör en person säga hatt, mössa eller tandborste.

Det finns flera hundra ord i det göteborgska ordförrådet, men man kan få vänta rätt länge innan de dyker upp.

Det finns emellertid ett par ord som man kan lyssna efter för att ställa en diagnos. Det bästa exemplet är la som motsvarar standardspråkets väl.

Bakom båda dessa ord ligger förstås ett äldre välan, som vi minns från Bellmans "Tycker du att graven är för djup, nå välan så …".

Här gäller det att vara uppmärksam. Orden la och väl är korta och obetonade, de kan smita förbi obemärkta. De bär aldrig upp huvudbudskapet i ett yttrande.

Ett annat någorlunda frekvent ord är änna 'liksom, riktigt' med ursprung i ända 'hela vägen, fullt ut'.

Två påpekanden behöver göras. Både la och änna är västsvenska snarare än göteborgska.

Om man tänker sig ett område som ringas in av en linje från Strömstad till Jönköping och vidare till Falkenberg, så har man ganska väl avgränsat la-området.

Änna-området är lite snävare, halva Bohuslän och halva Västergötland.

Förklaringen till att la och änna finns i göteborgskan är förstås att nästan alla som en gång i industrialismens och urbaniseringens spår flyttade in till Göteborg för 100–150 år sedan hade med sig dessa ord i sitt språkliga bagage.

Många, kanske alla, som växer upp i Göteborg säger la ibland, väl ibland och änna ibland, liksom ibland.

På 60-talet kunde en elev som råkat säga la eller änna få höra: "Va, la och änna lämnar vi hemma". Budskapet var tydligt.

ATT LÅTA GÖTEBORGSK

▼ Det är inte lätt att hitta riktigt säkra dialektala kännetecken i ordförrådet. Det är lite enklare, om än inte enkelt, med uttalet.

Satsmelodin och intonationen är ganska säkra kännetecken. Den som talar göteborgska har en tendens att öka tonhöjden i slutet av en mening samtidigt med en förlängd vokal mot slutet; "Ja e från Götebåårj", "Han jobbar på ortopeeden".

Ju längre man drar ut på vokalen och går upp i tonhöjd, desto mer göteborgskt låter det. Detta gäller både dem som talar mycket göteborgskt och dem som bara har en antydan till dialekt. Tonhöjdskurvorna ser likadana ut, men svängningarna är större hos dem som verkligen talar dialekt.

Som en parentes kan nämnas att det här med att gå upp på slutet av en mening förmodligen till stor del förklarar det goda rykte göteborgskan har i landet, Göteborgskan visar sig i enkäter vara en populär dialekt. Och inte nog med det, detta bidrar också till att göteborgare uppfattas som glada och trevliga. Ett något lättförtjänt rykte, kan man tycka, men vi misstycker inte.

ENSKILDA LJUD

▼ Uttal handlar inte bara om satsmelodi utan också om konsonanter och vokaler.

Det mest intressanta här är nog att göteborgskan har tio vokaler, inte bara de nio vi lärde oss i skolan en gång. Den tionde vokalen är ô; ö och ô är alltså två olika vokaler eller fonem som den formella termen lyder.

Definitionen på fonem är att de ska vara betydelseskiljande. Lösa betyder 'klara', medan lôsa betyder 'dra benen efter sig'.

Man kan lösa en uppgift, aldrig lôsa en uppgift. Man kan lôsa, aldrig lösa, på vägen till spårvagnen.

En läkare kan söva en patient, inte sôva en patient. Däremot kan läkaren och andra ligga och sôva 'sova' en stund, inte söva en stund.

Knô betyder 'trängas' och knôkat betyder 'packat'. Uttalen knö och knökat är omöjliga. Hör du någon säga knökat, så är det definitivt inte en göteborgare.

Det finns en packe ord med ô-uttal, till exempel dôna, vrôla och brôte. Ursprunget är dåna, vråla och bråte. Det är gamla å-ljud som fått ô-uttal.

Det finns andra kännetecken bland vokalerna. Kort i blir e (fisk/fesk, lille/lelle) i göteborgskan liksom i flera sydvästsvenska dialekter.

Vi lär oss att undvika det här uttalet i betonad ställning. Men ändelsen -it i ord som sprungit och skrivit är obetonad och uttalas ofta (oftast?) sprunget och skrivet. Alltså supinumändelsen av starka verb, som det heter i grammatisk terminologi.

Detta uttal är vanligt även hos den som i övrigt dämpat sitt dialektala uttal. Det är bara att vara uppmärksam, man får lyssna uppmärksamt.

Innan du läser vidare
Känner du till det här tecknet?

Ô

…om inte – här är svaret:
• Göteborgskans unika tionde vokal

Göteborgskan har också ett å-aktigt uttal av långa a-ljud.

Vasagatan kan närma sig Våsagåtan i spontant tal, men det blir aldrig sammanfall mellan gatan och gåtan.

Många försöker undvika det å-aktiga a-ljudet, men det är inte så lätt att hitta ett bra standardspråkligt a-uttal. Någon kan i överdriven rikssprakснit få ett a-uttal som låter som hämtat från en svensk 40-talsfilm. Det låter tillgjort för känsliga göteborgska öron.

De göteborgska detaljerna på konsonantfronten är inte lika stora. Man kan dock notera ett distinkt r-uttal. Ju fler slag med tungan r-ljudet får i ett ord som brandspruta, desto mer göteborgskt låter det: brrandsprruta. Ett skotskt r-uttal snarare än ett amerikanskt.

Många av göteborgskans särdrag är västsvenska, drag som inflyttarna hade med sig för 100–150 år sedan när de flyttade in till Göteborg.

En del drag fick vara med i stadsdialekten, annat ratades. Västgötska uttal som schlå och schluta fick stanna hemma på gården.

Finessen att ha både bakre och främre r, Röra (initialt bakre, sedan främre) flyttade inte med till stan. Så talar ingen göteborgare.

Utefter kusten (liksom i skånska och danska) finns en uttalsregel som gör p, t, k till b, d, g efter vokal (piba, båden, kaga). Inga spår av det i stadsdialekten.

Samtliga dialekter runt om Göteborg har tjockt l (fuL, bLå). Inget sådant syns till i stan, trots att säkert 80–90 procent hade med sig det från hemdialekten. Sådana drag måste ha upplevts som lantliga och töntiga.

Alltså inget som passade en sofistikerad stadsbo. Förekomsten av sådana här drag anger att talaren inte talar göteborgska.

Göteborgskan är inte unik i det här avseendet. Landets stadsdialekter ligger närmare standardspråket än de närliggande landsbygdsdialekterna.

SKOLANS ROLL

▼ Idag upplever många dialekter, eller åtminstone vissa dialektala drag, som trevliga inslag i språkmiljön. Så har det inte alltid varit.

För hundra år sedan hade skolan snarast en utrotningspedagogisk inställning till dialekten. Eleverna skulle botas från en dialektal åkomma.

År 1939 delades ett häfte med titeln ”Göteborgsdialekten och skolan” ut till lärarna i Göteborgs folkskolor. I inledningen får vi veta att ”vissa dialektegenheter vålla besvär ur flera än en av dessa synpunkter”.

Den första punkten på listan fascinerar: ”Vilka dialektdrag äro ur fysiologisk synpunkt betänkliga, i det de medverka till uppkomsten av onaturliga spänningar i talorganen.” Läs meningen en gång till!

Här söker författarna experthjälp från läkarvetenskapen. Man undrar vilka drag som är fysiologiskt betänkliga. Svaren är knapphändiga.

Det enda exempel som ges är det å-aktiga a-ljudet: ”Röstfysiologiskt är ljudet otillfredsställande, emedan det artikuleras för långt bakåt.”

Logiken i resonemanget imponerar inte. Hur kan gåtan vara exemplariskt medan göteborgskt gatan är otillfredsställande? Häftet avslutas med en praktisk-pedagogisk del: ”Vad kan man vid undervisningen göra för att mildra, ev. bortarbeta, mera stötande former av göteborgsdialekten?” Jo. ”Stundom kunna ord eller ramsor sättas in i en känd melodi och sjungas med riktigt och oriktigt uttal, gärna med en smula överdrift.”

Folk säger båda,
folk säger båda,
folk säger båda hela dan.
Vi säger bada,
vi säger bada,
vi säger bada här i stan.

Folk säger köngen,
folk säger köngen,
folk säger köngen hela dan.
Vi säger kungen,
vi säger kungen,
vi säger kungen här i stan.

Anta nu att man satt där i skolbänken och undrade vilka som avses med ”folk” och ”vi”. Kompisarna säger båda och köngen. Vi, det skulle väl vara fröken och jag, vi säger bada och kungen. Det är inte självklart vilka slutsatser eleven drar med avseende på sitt framtida språkbruk.

Man kan inte låta bli att fundera över de etiska principerna: ”Om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta”.

Vad gör man om åkomman råkar vara göteborgska? Vissa drag som ännа kan botas (utrotas), andra som satsmelodin kan lindras (dämpas), men ibland återstår bara några tröstens ord. En del stackare växer upp med göteborgska som modersmål.



Mer om textförfattaren Lars-Gunnar Andersson

▼ Lars-Gunnar Andersson född 1949 är professor i modern svenska vid Göteborgs universitet och ledamot av Kungl. Vetenskaps- och Vitterhetssamhället i Göteborg.
▼ Vid sidan av arbetet inom universitetets ramar har han ägnat mycket tid åt att sprida språkkunskap och svarade bl.a på språkfrågor i radions program ”Språket” under 17 år.
▼ Efter pensioneringen har han ägnat sig åt ”göteborgska”. Det blev två böcker i ämnet, Göteborgsgrammatik /2019) och Göteborgslexikon (2021).

Kanske snart i Sverige

Text: Josef Milerad

Narkolepsi är en invalidiserande neurologisk sjukdom, ofta med debut i tonåren. Den kännetecknas av störningar i regleringen av vakenhet och sömn kombinerat med attacker av plötslig muskelparalys (kataplexi) i samband med starka känslor som skratt men även vid insomnande och uppvaknande.

En uttalad dagsömnighet gör att den drabbade kan somna okontrollerat under dagtid. Det kan inträffa under en skollektion, under ett möte eller vid stillasittande arbete. Det skapar stora problem i skolan och i arbetslivet. Etiologisk behandling saknas. Centralstimulantia används som symptomatisk behandling för att minska dagsömnighet.

Sjukdomsmekanismen

Orexin (hypokretin), är en neuropeptid som reglerar sömn / vakenhet och koordinerar övergången mellan sömn och vakenhet.

Narkolepsi typ1 (NT1), den vanligaste typen orsakas av skador på orexin-producerande nervceller i hypotalamus.

Det narkolepsiutbrott som orsakades av svininfluensavaccinet Pandemrix berodde på en immunologisk reaktion mot orexinproducerande nervceller. Antalet vaccinorsakade fall i Sverige har beräknats till 500 - 600 och flertalet var barn.

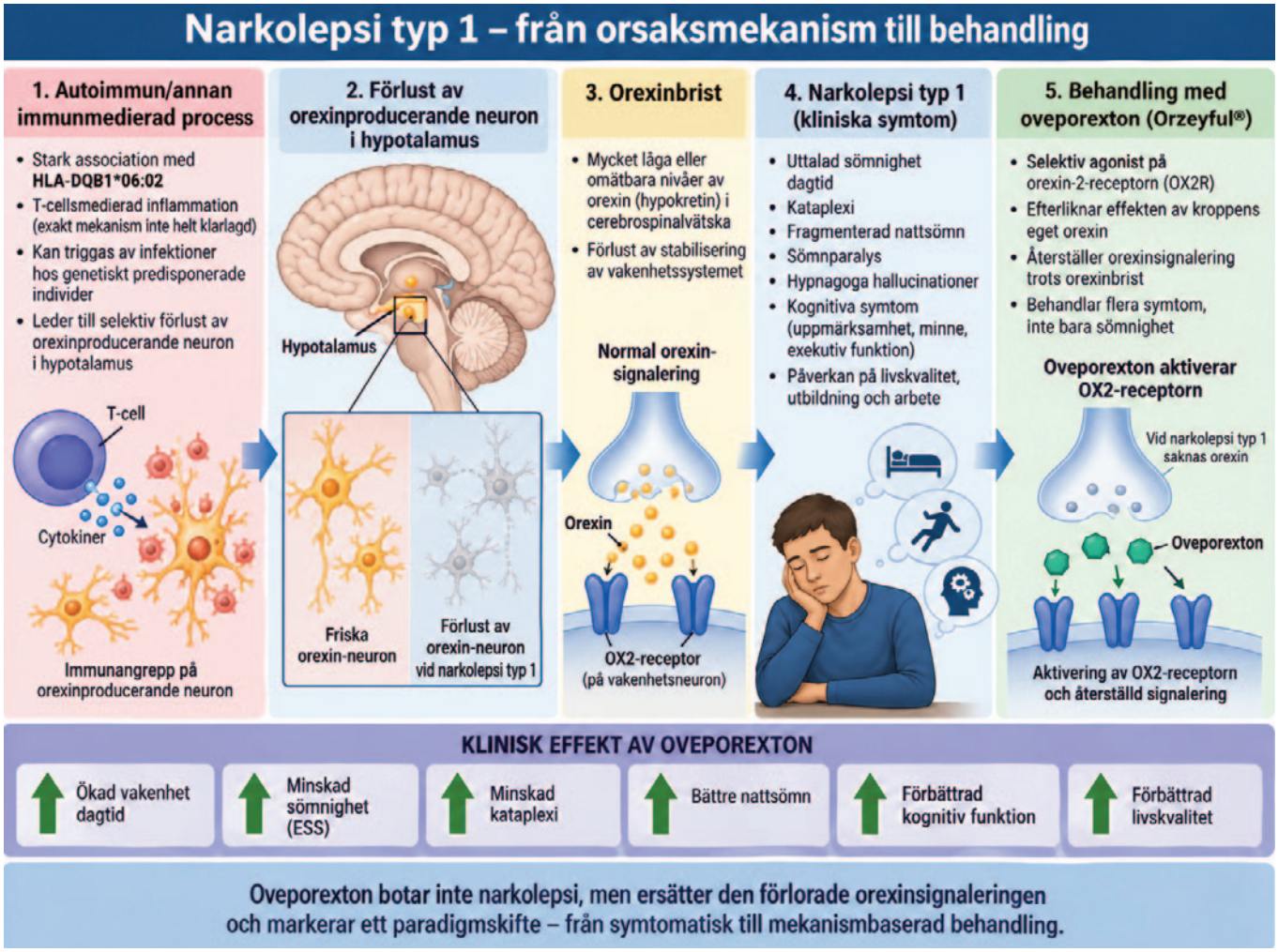
Nytt banbrytande läkemedel mot narkolepsi typ 1

US Food and Drug Administration godkände i början av augusti preparatet Oveporexton (Orzeyful) för behandling av NT1. Det är ett genombrott för en etiologisk behandling som kan normalisera livssituationen för denna hårt prövade patientgrupp . Oveporexton är en selektiv agonist på orexin-2-receptorn (OX2R) och är utformad för att efterlikna den signal som normalt förmedlas av kroppens eget orexin. Läkemedlet kan alltså återaktivera den neurala signalväg som saknas vid NT1 och återställa orexinsignalering.

Dagens symtomatiska behandling med vakenhetsfrämjande läkemedel kan främst minska dagtröttheten men påverkar ej övriga symptom.

Godkännandet som ännu så länge bara gäller vuxna bygger på två randomiserade fas III-studier med totalt 273 deltagare. Efter 12 veckors behandling sågs en signifikant bättre förmåga att bibehålla vakenhet. Subjektivt upplevd sömnighet och frekvensen av kataplexi minskade signifikant jämfört med placebo. Fas III-data visade även förbättringar av andra kognitiva funktioner. Oveporexton förbättrade både uppmärksamhet, minne och exekutiv funktion samt patienternas egna skattningar av kognitiva problem. Detta är särskilt betydelsefullt eftersom kognitiva svårigheter är vanliga vid NT1 och förbättras lite av traditionell symptomatisk behandling.

Oveporexton ersätter således orexinsignaleringen men leder inte till att de orexinproducerande nervceller som har gått förlorade återbildas. Om läkemedlet påverkar de immunolo-



giska processer som ursprungligen utlöste sjukdomen är oklart. Det är därför mer korrekt att beskriva behandlingen som fysiologisk ersättning av en förlorad neurobiologisk signal.

I Europa granskas nya läkemedel centralt av den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA (European Medicines Agency) där svenska Läkemedelsverket deltar som expertinstans. Ansökningar om marknadsgodkännande är under granskning hos flera internationella myndigheter, även EMA. Medlet är ännu inte formellt godkänt för försäljning på den svenska marknaden, men positiva resultat från kliniska fas 3-studier har banat väg för den pågående registreringsprocessen.

Referenser

1. Mignot E, et al. Oveporexton (TAK-861) for the treatment of narcolepsy type 1: efficacy and safety results from two pivotal phase 3 trials. CHEST. 2025.

2. Mignot E, et al. Efficacy and Safety of Oveporexton (TAK-861), an Oral Orexin Receptor 2 Agonist, for Narcolepsy Type 1 Treatment. SLEEP. 2026.

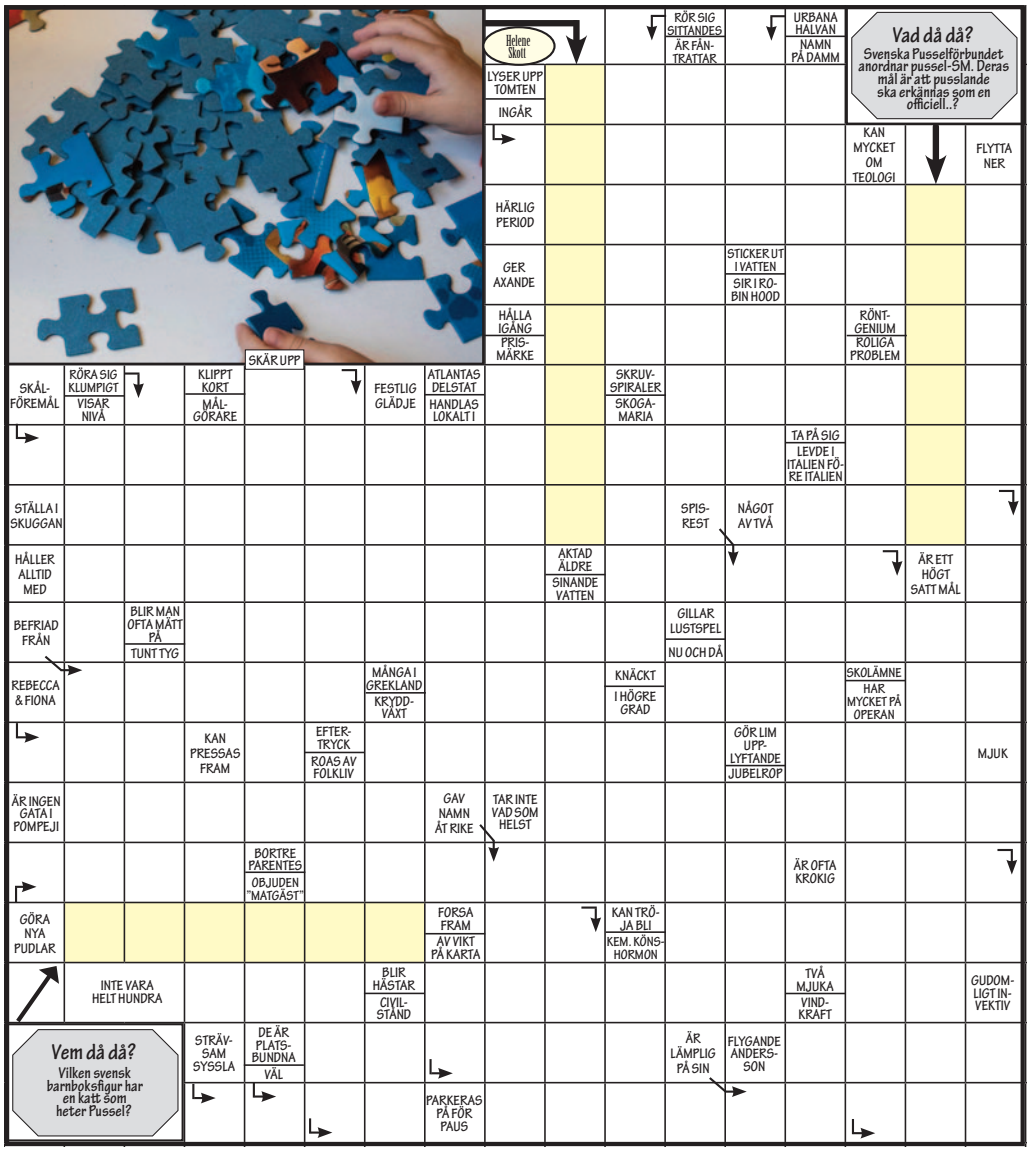
3. Pizza F, et al. Oveporexton improves cognitive symptoms in patients with narcolepsy type 1. SLEEP. 2026.

4. Vassalli A, Tafti M, Liblau RS. Narcolepsy is (not) an autoimmune disease. Nature Reviews Neurology. 2026.

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

Varsågoda! – ett nytt kryss att gympa hjärnan med

▼ Kära korsordslösare – ni är så otroligt snabba och skickliga på att lösa våra korsord. Jag får minst 15 rätta svar samma dag tidningen kommer ut. Men även om ni inte placerar er på vinnarlistan så skicka in era svar för jag läser alla brev!



Här är listan på de 63 första som lämnat rätt lösning på krysset 2-2026

1. Dagmar Edung, Forsa.
2. Elisabeth Synnergren, Djursholm.
3. Sven-Åke Hedström, Falkenberg.
4. Gunnar Malmkvist, Lund.
5. Henrik Zetterström, Frösön.
6. Anders Bergström, Lund.
7. Torbjörn Rosenqvist, Uppsala.
8. Lars Ove Söderberg, Visby.
9. Gunnar Johansson, Sollentuna.
10. Håkan Wramsby, Djursholm.
11. Sol-Britt Curstedt, Sollentuna.
12. Gudrun Silverbåge Carlsson, Göteborg.
13. Nils Edvardsson, Pixbo.
14. Jan Oscarsson, Falsterbo.
15. Birgitta Ringström, Västerås.
16. Kjell och Margit Rydh, Höör.
17. Henning Höjer, Nyköping.
18. Bengt Lindqvist, Nyköping.
19. Merike Boberg, Uppsala.
20. Hans Fahl, Lidköping.
21. Eva Ljungberg, Arvika.
22. Eva Andersen Karlsson, Djursholm.
23. Peter Borenstein, Göteborg.
24. Jan Johansson, Älvsjö.
25. Jag Westin, Göteborg.
26. Olov Fjelkegård, Nynäshamn.
27. Stefan Hofvendahl, Helsingborg.
28. Stephan Rössner, Bromma.
29. Gitten Cederblad, Göteborg.
30. Eva Smedberg, Gävle.
31. Barbro Östholm, Frändefors.
32. Arne Thorfinn, Linköping.
33. Claes Magnusson, Lerum.
34. Undis Englund, Umeå.
35. Cecilia Trovallius, Nacka.
36. Lars Faxén, Göteborg.
37. David Bergqvist, Norrtälje.
38. Birgitta Eeg-Olofsson, Göteborg.
39. Barbro Lundquist, Lidköping.
40. Lars och Anna Lundin, Skene.
41. Karin Olofsson, Ramlösa.
42. Sven Olof Lindahl, Eksjö.
43. Åke Johansson, Stockholm.
44. Bengt Lindell, Kalmar.
45. Birgitta Stener Setterwall, Stockholm.
46. Ylva Jernudd Wilhelmsson, Uppsala.
47. Birgitte Berthelsen, Göteborg.
48. Per Hallgren, Västra Frölunda.
49. Hans Ringertz, Danderyd.
50. Malin Lindh, Göteborg.
51. Birgitta Persson, Ängelholm.
52. Jan Fåhraeus, Jönköping.
53. Ingvor Vidal, Mölndal.
54. Charlotte Eigert, Karlskrona.
55. Martin Fahlén, Kungälv.
56. Rickard Eitrem, Karlskrona.
57. Peter Fridström, Karlskrona.
58. Bengt Erik Alm, Växjö.
59. Gunnar Nyberg, Mölndal.
60. Ingrid Simert, Eksjö.
61. Bo Wängberg, Mölndal.
62. Anders Wihlborg, Helsingborg.
63. Ulla Wiklund, Eskilstuna.

Tror du att du löst krysset ovan rätt?



Mejla din lösning till Josef Milerad, josef.milerad@gmail.com

▼ Går det inte att mejla så posta lösningen till: Reflektorstigen 1, 181 55 Lidingö.

Rätt svar på kryss nr 2 - 2026

